

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA DE FÁTIMA ANTERO SOUSA MACHADO**

**COMPREENSÃO DAS MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS DO USUÁRIO NO PSF  
POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO HABILITADORA**

**FORTALEZA**  
**2007**

MARIA DE FÁTIMA ANTERO SOUSA MACHADO

COMPREENSÃO DAS MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS DO USUÁRIO NO PSF  
POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO HABILITADORA

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE, como requisito parcial para obtenção do título doutora.

Área de Concentração: Saúde Comunitária

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Neiva Francenely Cunha  
Vieira

FORTALEZA  
2007

MARIA DE FÁTIMA ANTERO SOUSA MACHADO

COMPREENSÃO DAS MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS DO USUÁRIO NO PSF  
POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO HABILITADORA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Data da aprovação: 12/01/2007

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Maria Nóbrega-Therrien  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Duarte Pereira  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorena Barbosa Ximenes  
Universidade Federal do Ceará - UFC

## **DEDICO**

Ao meu pai Silva Antero(*in memoriam*) e minha mãe Toinha, por serem responsáveis pela minha formação.

Ao NEGÓ, pelo companheirismo e entusiasmo com que abraça os meus objetivos.

Aos meus filhos Caroline e Marcelo, razão mais forte de mais esta etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À professora, PhD Neiva Francenely Cunha Vieira, pelos ensinamentos, não só para a colaboração deste trabalho, como também para minha formação de mestra e pesquisadora. Serei eternamente grata a Deus por ter me proporcionado essa convivência de crescimento profissional e pessoal.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela sabedoria, discernimento e paciência a mim conferidos no decorrer deste curso.

Aos usuários do Programa Saúde da Família do Município do Crato-CE, sem os quais este estudo não teria sido realizado.

Aos profissionais do Programa Saúde da Família, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho, em especial à enfermeira Deusimar, pela receptividade carinhosa.

À coordenadora do Programa Saúde da Família, enfermeira Aline, pela presteza com que me recebeu.

À Universidade Regional do Cariri-URCA, por me liberar das minhas atividades docentes, tornando possível a obtenção desse título.

Às professoras Ms. Rita Moura, Dr.<sup>a</sup> Miriam Pardo e Dr.<sup>a</sup> Andréa Linard, do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, pela solidariedade e amizade demonstradas na fase de desenvolvimento deste trabalho.

À Dr.<sup>a</sup> Anamaria Cavalcante e Dr.<sup>a</sup> Jocileide Campos, pelo apoio da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP.

À Professora Ms. Ana Valeska, coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP, pela compreensão e apoio dado no decorrer do curso.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Fátima Carvalho Fernandes, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela atenção e carinho a mim dispensados.

Aos docentes da pós-graduação em Enfermagem da UFC, pela contribuição conferida a minha formação de doutora.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, em especial, a Gilson pela presteza.

Aos funcionários da Biblioteca pela disponibilidade, em especial, a Norma Linhares que realizou a correção das referências.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP, pelo apoio dispensado a pesquisa.

As professoras membros da banca examinadora, por gentilmente aceitarem avaliar este estudo.

A Paulo César, estimado primo e amigo, pela contribuição na construção dos quadros e tabelas do estudo;

Às estimadas colegas do doutorado, pela convivência prazerosa e momentos de reflexão compartilhados.

Às amigas Karla, Estela, Janaína e Alix por dividirem comigo momentos de angústia, inseguranças e alegrias vivenciados durante este processo.

As colegas do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA e da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, pela solidariedade e amizade dispensadas nesta fase de minha vida.

Às colegas e amigas da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP, em especial a Márcia Machado, Rosalva Mota e Ana Carmem; a solidariedade, amizade e carinho de vocês foram fundamentais nesta fase da minha vida. Serei eternamente grata a vocês.

A Misrelma Bessa, minha eterna aluna, colega e grande amiga, pela valiosa colaboração no processo de coleta de dados desta pesquisa.

A minha família, em especial a minha irmã Maninha, batalhadora e humana; a você também dedico esta vitória.

A família do Nego, a qual adotei como minha, em especial a Cláudia, por se fazer sempre presente na minha vida.

Para Tio Manoel, Tia Selma, Beatrice, Patrícia e Manoela, o carinho com que me acolhem e a torcida por mais esta etapa da minha vida; sem dúvida, apenas são alguns dos motivos que fazem de vocês das pessoas mais importantes na minha vida.

Aos amigos - irmãos (são tantos!!!); uns de forma mais presente, outros, mesmo distantes, não deixaram de expressar seu carinho. Sem vocês tinha sido muito mais difícil...

E por último, e com certeza uma das mais importantes pessoas nesta fase da minha vida, a você, Rosa, por ter cuidado da minha família, do meu lar e principalmente de mim. Sua disponibilidade foi à tranquilidade necessária para o sucesso deste curso.

*Se planejarmos para um ano plantaremos arroz;*

*Se planejarmos para dez anos plantaremos árvores;*

*Se planejarmos para cem anos prepararemos pessoas.*

**Provérbio Chinês**

## RESUMO

É na concepção de promoção da saúde como um “novo modelo” de saúde centrado na promoção da qualidade de vida, e formulado a partir dos princípios do SUS, que surge o Programa Saúde da Família. Outra perspectiva no objeto da atenção à saúde se faz necessária, deslocando-se do individual para o coletivo e da mudança de atuação e organização geral dos serviços, com a reorganização da prática assistencial dos profissionais em novas bases e critérios. Essa redefinição do objeto não é uma atividade isolada, de relação unilateral e de monólogo. Ela é, acima de tudo, uma relação de interação e participação dos agentes sociais envolvidos: profissionais e clientela. Assim, este estudo tem como objetivo compreender como ocorrem os processos decisórios da participação dos usuários no PSF, relacionados à saúde-doença, identificando neste movimento o nível de mudança do usuário. Trata-se de estudo de natureza qualitativo- descritivo, utilizando como referencial teórico-metodológico o Modelo de Estágio de Mudança, de Prochaska e DiClemente. A pesquisa foi desenvolvida com os usuários do PSF e os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, do Município do Crato-Ceará-Brasil. Os dados foram coletados por meio da entrevista semi-estruturada, do grupo focal e da observação. A fase de campo ocorreu entre os meses de maio e setembro de 2005. Os dados foram analisados mediante proposta de procedimento de organização e análises de Bardin (análise de conteúdo) e submetidos à luz do referencial teórico. Evidencia-se que as mudanças ocorridas com o usuário no PSF estão assim configuradas: no 1º nível, a ênfase é na doença, especificamente no cuidado de si. No 2º nível, registra-se um cuidado na família, mesmo que ainda centrado na demanda da cura e tratamento da doença. No 3º nível, avança no sentido da prevenção na família, já com registros de olhar no entorno. No 4º nível, mesmo que timidamente, já se registra um comportamento do usuário para alcançar sua autonomia e emancipação. Estes resultados parecem indicar um movimento ascendente de aprendizagem de participação do usuário no Programa Saúde da Família e, conseqüentemente, um movimento de participação do usuário em direção à promoção da saúde.

**DESCRITORES:** Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Participação Comunitária; Programa Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Pública.

## ABSTRACT

The understanding of health promotion as a "new model" which is central in the promotion of quality of life, and based on the primary principles of SUS, led to the Family Health Program. A different perspective on the subject of health care becomes necessary when moving from the individual to the community focus requiring a different approach to the organization of health care and therefore the approach taken by the service's personnel. This redefinition of the objectives is not unilateral or isolated, but results from the interaction and participation of all the social agencies involved, professionals and clients. Therefore, this study examines the process of decision making which determines at which point in the disease process the PSF's users are involved. This study is of a qualitative-descriptive nature, based on Prochaska e DiClemente's Stages of Change Model. The research was developed with the participation of PSF's users and the individual professionals within the multiprofessional care team, located in town of Crato, Ceará, Brasil. The data was collected by the use of a semi-structured interview, using focal groups and observation. The field study took place between the months of May and September, 2005. The data was analyzed according to Bardin's (analysis of contents) Model, and subjected to theoretical referencing. The results made clear that there was evidence that the changes in participation occurred in the users of PSF were: Stage One, here the emphasis is on the illness and how it will specifically affect the client themselves. Stage two, here the clients wish to know how the illness will affect the family and what will be the main affects of the treatment. Stage three, here enquiring develops towards prevention of the disease in the family, and there is evidence that they starting to look beyond themselves to the community. In Stage four there is a reluctant but real tendency for the users to be autonomous in their care. Thus, the results seem to indicate an ascending learning movement towards participation by the users of PSF and that this movement is in the direction of Health Promotion.

**DESCRIPTORS:** Health Promotion; Health Education; Consumer Participation; Family Health Program; Public Health Nursing

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Estrutura teórico-metodológica de uma participação Habilitadora. Fortaleza-CE.....	61
FIGURA 2 - Mapa do Município do Crato, sede e zona rural, segundo a distribuição das equipes de Saúde da Família da zona rural. Crato-CE, 2006. ....	80
FIGURA 3 - Mapa do Distrito-Sede do Crato, zona urbana, segundo a distribuição das equipes de Saúde da Família. Crato-CE, 2006 .....	82
FIGURA 4 - O Movimento de Mudança do usuário e profissional no PSF a partir das categorias. Crato-CE, 2006 .....	143
FIGURA 5 - Níveis de participação e descritores baseadas na estrutura teórico-metodológica da Participação Habilitadora. Fortaleza-CE, 2006 .....	145
FIGURA 6 - 1º nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE, 2006.....	151
FIGURA 7 - 2º nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE, 2006.....	155
FIGURA 8 - 3º nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE, 2006 .....	160
FIGURA 9 - 4º nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE, 2006 .....	165
FIGURA 10 - A Participação Habilitadora do usuário no Programa Saúde da Família. Crato-CE, 2006 .....	168

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Número de equipes de Saúde da Família no PSF segundo o seu processo de implantação. Crato-CE, 2006. ....	79
QUADRO 2 - Identificação das equipes de Saúde da Família que assistem os usuários do estudo, segundo sua denominação, localização e período de implantação. Crato-CE, 2006.....	81
QUADRO 3 - Distribuição dos profissionais existentes no PSF. Crato-CE, 2006 .....	83
QUADRO 4 - Distribuição dos profissionais, segundo as equipes de Saúde da Família investigadas. Crato-CE, 2006. ....	85
QUADRO 5 - Caracterização dos usuários da equipe 1, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.....	87
QUADRO 6 - Caracterização dos usuários da equipe 2, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.....	87
QUADRO 7 - Caracterização dos usuários da equipe 3, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006. ....	88
QUADRO 8 - Caracterização dos usuários da equipe 4, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006 . ....	88
QUADRO 9 - Caracterização dos usuários da equipe 5, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006. ....	89
QUADRO 10 - Caracterização dos profissionais da ESF 1, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006. ....	95
QUADRO 11 - Caracterização dos profissionais da ESF 2, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.....	95

QUADRO 12 - Caracterização dos profissionais da ESF 3, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.....	96
QUADRO 13 - Caracterização dos profissionais da ESF 4, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.....	96
QUADRO 14 - Caracterização dos profissionais da ESF 5, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006. ....	97

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização dos usuários, segundo a faixa etária. Crato-CE, 2006. ....	89
TABELA 2 - Caracterização dos usuários, quanto ao sexo. Crato-CE, 2006.....	90
TABELA 3 - Caracterização dos usuários, quanto ao estado civil. Crato-CE, 2006. ....	91
TABELA 4 - Caracterização dos usuários, quanto à escolaridade. Crato-CE, 2006. ....	91
TABELA 5 - Caracterização dos usuários, quanto à ocupação. Crato-CE, 2006 .....	92
TABELA 6 - Caracterização dos usuários, quanto à renda familiar. Crato-CE, 2006. ....	93
TABELA 7 - Caracterização dos profissionais, segundo a faixa etária. Crato-CE, 2006. ....	97
TABELA 08 - Caracterização dos profissionais, segundo o sexo. Crato-CE, 2006. ....	98
TABELA 09 - Caracterização dos profissionais, segundo a formação. Crato-CE, 2006 .....	98
TABELA 10 - Caracterização dos profissionais, segundo o tempo de formação. Crato-CE, 2006 .....	99
TABELA 11 - Caracterização dos profissionais, segundo a capacitação em Saúde da Família na modalidade de residência ou especialização. Crato-CE, 2006 .....	100
TABELA 12 - Caracterização dos profissionais, segundo o tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006 .....	101

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 Como Surgiu e Evoluiu o Interesse pelo Tema.....	17
1.2 Contextualização e Justificativa do Objeto de Estudo .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	33
2.1 Objetivo Geral .....	34
2.2 Objetivos Específicos .....	34
<b>3 QUADRO TEÓRICO DA ANÁLISE</b> .....	35
3.1 Construção Histórica e Filosófica da Promoção da Saúde .....	36
3.2 Programa Saúde da Família: Cenário para a Promoção da Saúde .....	43
3.3 Educação em Saúde: Uma Ação para a Promoção da Saúde .....	46
3.4 Participação: Um Caminho para a Autonomia e a Emancipação .....	50
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: A ELABORAÇÃO DO <i>CORPUS</i> DE ANÁLISE</b> .....	54
4.1 Referencial Teórico-Methodológico .....	55
4.2 Método de Pesquisa .....	64
4.3 Contexto do Campo de Estudo .....	65
4.4 Os Sujeitos do Estudo .....	66
4.5 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados .....	67
4.6 Técnica para Análise dos Dados .....	70
4.7 Aspectos Éticos .....	74
<b>5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	76
Seção 1 - O Programa Saúde da Família: aproximação com a realidade investigada .....	78
1 Caracterização do Programa Saúde da Família no Município do Crato .....	78
2 Composição das equipes do PSF no Município do Crato .....	83
3 Caracterização dos informantes do estudo .....	86
3.1 Perfil dos usuários do Programa Saúde da Família .....	86
3.2 Perfil dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família. ....	94
<b>SINOPSE</b> .....	103
Seção 2 - Os discursos presentes no PSF: a perspectiva do usuário e profissional.....	105
1 O PSF : a percepção dos usuários acerca do Programa .....	105
2 O trabalho da equipe de Saúde da Família .....	111
3 Formação do vínculo equipe Saúde Família / usuário .....	115
4 Acessibilidade .....	119
5 PSF: respostas às necessidades sentidas .....	122
6 Educação em saúde: como o processo acontece no PSF .....	126

6.1 A percepção dos profissionais acerca da Educação em Saúde.....	126
6.2 Respostas à participação dos usuários nas ações de Educação em Saúde .....	129
6.3 Integralidade e intersectorialidade no processo educativo desenvolvido pelas ESF .....	133
6.4 As dificuldades relatadas pela ESF para o desenvolvimento do processo educativo .....	134
7 Mudanças comportamentais advindas da inserção do usuário no PSF .....	136
SINOPSE .....	140
Seção 3 - Níveis de mudança dos usuários no Programa Saúde da Família .....	144
1º Nível - Participação normativa – pré-contemplação .....	146
2º Nível - Participação normativa + independência – contemplação.....	152
3º Nível - Participação emancipatória – determinação/preparação .....	156
4º Nível - Participação transformadora – ação/manutenção .....	161
SINOPSE .....	166
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>169</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>174</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>196</b>

# 1 INTRODUÇÃO

---

Este capítulo é uma tentativa de provocar uma reflexão acerca das questões que permeiam o tema participação, objeto deste estudo, buscando construir no *corpus* descritivo, o recorte e o argumento no qual este se sustenta. Para tanto, nos apropriamos do conhecimento produzido sobre o tema que permitiu uma aproximação e o delineamento das questões a serem investigadas. Desta forma, traremos a seguir nossas reflexões e inquietações que despertaram o interesse pelo estudo, e, ainda, a contextualização, justificativa e relevância que atribuímos a este.

### **1.1 Como Surgiu e Evolui o Interesse pelo Tema**

O nosso interesse pela temática está alicerçado na condição de profissional assistente e docente, que, na qualidade de professora, ministrando a disciplina de Educação em Saúde em uma instituição de ensino superior, desenvolvo trabalhos sobre este tema com os discentes de Enfermagem junto à comunidade. Esta situação fez-nos refletir e estudar sobre o ato de educar em saúde, e sua importância para a promoção da saúde, buscando conhecer e compreender sua dimensão histórica e filosófica, para a formação de cidadãos capazes e comprometidos com a sociedade, e com a concretização da proposta preconizada e discutida nas conferências de saúde que destacaremos no decorrer do estudo.

A promoção da saúde como um processo articulado com acontecimentos e eventos de produção da saúde requer um esforço e um exercício coletivo para implementação de estratégias de Educação em Saúde que viabilizem e incorporem experiências e práticas de desenvolvimento de habilidades por parte do usuário como elemento de concretude dessa proposta, numa perspectiva democrática, e valorizando a inserção dos membros da sociedade como seres ativos, autônomos e participativos.

Essas reflexões e experiências influenciaram na escolha do nosso objeto de estudo de mestrado, quando nos propusemos a estudar *a participação materna em um programa de desnutrição infantil*. Evidenciamos neste uma divergência acerca da percepção de participação entre os atores sociais envolvidos - mães e profissionais - revelando num processo de interação entre aqueles um viés autoritário e de ações verticalizadas, pautado numa comunicação no sentido unidirecional do profissional para

a clientela e uma relação do tipo clientelismo/assistencialismo. A participação como uma tomada de decisão por parte do grupo materno não foi evidenciada no contexto estudado. Se, por um lado, as mães não compreendiam nem participavam de ações para a promoção da saúde de seus filhos, de outra parte, os profissionais detinham o poder e se distanciavam da possibilidade de concretizar essa ação (MACHADO, 2001; MACHADO; VIEIRA, 2004).

Estes pontos acompanham-nos nos estudos dos alunos de graduação e especialização, com a feitura de suas monografias, nas quais o enfoque de promoção da saúde, Educação em Saúde e participação como objetos de investigação demonstra ser um campo relevante do saber, como possibilidades de examinar lacunas nesse corpo do conhecimento. Essas experiências ampliaram e aguçaram o nosso interesse pelo assunto, e, assim, optamos pelo estudo na tese de doutorado, quando nos voltamos para o foco da participação do usuário no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), cenário por excelência para que esta aconteça. Esta afirmação assenta-se nos documentos oficiais do PSF, por considerar ser a participação dos sujeitos no Programa uma evidência nas ações do cuidado, elemento importante para assegurar a eficácia na implementação das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS); uma vez que o indivíduo/sujeito, participando nos processos decisórios nos modos de cuidar da saúde, será capaz de exercer melhor sua cidadania, aprendendo a aprender a cuidar de si mesmo, aprendendo a aprender a cuidar da família, aprendendo a aprender a cuidar do contexto em que vive, aprendendo a aprender a exercer o controle social. A seguir, nos propomos contextualizar a participação no campo da promoção da saúde, e, desta forma, descrever e delimitar o objeto de nosso estudo.

## **1.2 Contextualização e Justificativa do Objeto de Estudo**

O Informe Lalonde de 1974 é tido como um referencial histórico no campo da saúde pública e representou um marco na disseminação do ideário da promoção da saúde. Este termo e conceito têm origem naquele ano, quando o Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, Marc Lalonde, publicou o documento intitulado *Nova perspectiva*

*sobre a saúde dos canadenses*, propondo mudanças radicais na implementação de políticas públicas no setor de saúde. Como resultado desse relatório, o Governo canadense mudou a ênfase nas suas ações para o enfoque na seguinte ordem: promoção da saúde, prevenção e tratamento (BUNTON; MACDONALD,1993). O relatório de Lalonde prontamente originou uma série de iniciativas, principalmente por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), que incorporou a idéia e apoiou a realização da Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão), realizada em 1978.

A mudança de enfoque da atenção tradicionalmente curativa para uma abordagem preventiva começava a se delinear, iniciando-se a elaboração de um conceito de saúde e se estabelecendo a meta “Saúde para todos até o ano 2000” - uma compreensão de saúde que transcende aos determinantes biológicos do processo de ser saudável. Incorpora a dinâmica da vida cotidiana, valorizando o trabalho, transporte, moradia e lazer. Em novembro de 1986, a Reunião Internacional de Saúde, ocorrida em Ottawa, retomou e absorveu o sentido e as determinações de Alma-Ata, formalizando uma declaração de princípios que demanda uma nova visão em saúde pública (MELLO et al., 1998).

Os documentos resultantes desses eventos privilegiaram, dentre outras medidas de prevenção e promoção da saúde, a participação das pessoas/sujeitos/atores sociais nos modos de cuidar da saúde e incentivaram maior interação de profissionais de saúde e clientela. Duas ações merecem destaque neste processo a Educação em Saúde e a participação dos usuários nos serviços.

A Carta de Ottawa conceitua promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior *participação* no controle desse processo” (BRASIL, 2001b, p.19). A vista deste conceito, podemos imaginar o quanto é importante a educação para que haja uma mudança na forma de pensar e agir das pessoas e, conseqüentemente, uma melhoria na sua qualidade de vida.

A transformação, portanto, do modelo assistencial curativo em um padrão voltado para a atenção primária se fazia necessária para se adequar ao novo conceito de saúde que se esboçava então. Somente nos anos seguintes, as discussões se intensificaram e as conferências sobre promoção de saúde realizadas em Ottawa

(Canadá), Adelaide (Austrália), Sundswall (Suécia), e Jacarta (Indonésia) tiveram papel fundamental, pois retificaram a participação dos grupos coletivos nas ações para a promoção da saúde como um instrumento de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, fortalecendo as ações comunitárias e habilidades pessoais.

Nesse cenário de graduais transformações ideológicas no plano internacional, e de uma crescente insatisfação do modelo privativo assistencial de saúde no Brasil da década de 1970, surge o movimento sanitário, que culmina na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esta conferência constitui o marco de mudança político-ideológica, que se acentuou com a reforma sanitária, re-orientando novas práticas, especialmente relacionadas à atenção básica de saúde. O amparo legal deste movimento ocorreu na Constituição de 1988, quando o Estado assegurou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Dessa luta resultaram, diretrizes de políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) para viabilizar a proposta da reforma sanitária, considerada o marco filosófico da promoção da saúde no Brasil.

A concretização deste movimento de implementação de políticas públicas ocorre por meio de programas e projetos estruturantes, bem como na organização e gestão das ações e serviços públicos de saúde. A instalação do Sistema Único de Saúde ocorre por meio de várias ações, no sentido de assegurar a implementação dos seus princípios e diretrizes, dentre elas o Programa de Atenção Básica à Saúde, que constitui o atendimento no nível da atenção primária, que envolvem ações de educação sanitária; saneamento básico; saúde da mulher e da criança, incluindo imunização e planejamento familiar; prevenção de endemias; dentre outras, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no qual o agente comunitário de saúde por meio da visita domiciliar tem como função identificar os agravos que acomete a população, e juntamente com os profissionais de saúde e a comunidade buscar soluções, e, o Programa de Saúde da Família (PSF), que se constitui por meio da formação de uma equipe de profissionais de saúde e agentes comunitários com o objetivo de atender as demandas e promover a saúde da população. Mais detalhes acerca destes temas, consultar autores como Andrade (2001), Mendes (2002), Negri (2002), Souza (2002) e Araújo e Assunção (2004), para citar alguns.

É na idéia de promoção da saúde como um “novo modelo” de saúde centrado na promoção da qualidade de vida, e formulado a partir dos princípios do SUS - tais como universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade - que surge o Programa Saúde da Família, instituído pelo Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família, como elemento fortalecedor do SUS e estratégia estruturante da atenção básica de saúde, busca reorganizar o modelo assistencial até então vigente que compreendia o indivíduo de forma isolada, tratando-o como objeto receptor de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente. O PSF tem o intuito de reorganizar a prática da atenção à saúde, levando o cuidado para mais perto das famílias brasileiras.

Assumir esse modelo assistencial da saúde, segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (2002, p.41), implica “[...] na redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária” , ante os modelos anteriores. Ainda conforme os autores, na estruturação desta nova forma de atenção, o Ministério da Saúde reorienta um conjunto de ações e serviços desenvolvidos no sistema de saúde mediante estratégias, dentre as quais desenvolveu e implementou o Programa Saúde da Família, que, pelos seus resultados, é considerado o eixo da reorganização da prestação de serviços básicos no Sistema Único de Saúde.

Corroborando este pensamento, Araújo e Assunção (2004) assinalam que este Programa, adotado como modelo substitutivo da rede básica tradicional, tem como eixo norteador a criação de vínculos e de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, inserido num espaço geograficamente delimitado. É sabido, no entanto, que essa inversão só é possível por meio da mudança do objeto da atenção à saúde, deslocando-se do individual para o coletivo e da mudança de atuação e organização geral dos serviços, com a reorganização da prática assistencial dos profissionais em novas bases e critérios.

A redefinição dos meios e atividades exige nova atitude de articulação entre o saber popular e científico, introdução de práticas complementares de cuidado, quanto às relações técnicas e sociais, a incorporação e valorização do acolhimento e vínculo do usuário e das suas crenças, de forma que ele se ache parte, e assim participe das

decisões e ações do ato de cuidar com a transcendência de si mesmo. Essa redefinição do objeto não é uma atividade isolada, de relação unilateral e de monólogo. Acima de tudo, é uma relação interativa e de participação dos atores sociais envolvidos - profissionais e clientela.

É nesta filosofia que a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve estar alicerçada para que haja de fato a concretização da proposta. A ESF, constituída basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), tem como objetivo central a prestação de assistência integral, contínua, com resolubilidade e qualidade, às necessidades de saúde da população, destacando-se a perspectiva da família. A ESF representa, portanto, o principal instrumento para a consolidação do Programa Saúde da Família, por ter como foco o trabalho com as famílias, em uma área adstrita, e ter acesso ao modo de vida dessa população. Atualmente, outros profissionais - como dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e assistentes sociais - estão sendo incorporados pela secretarias municipais de saúde ao trabalho no PSF, dependendo da necessidade local.

Na sua proposta, o PSF prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, envolvendo a Educação em Saúde como aliada (BRASIL, 2000b). Se a equipe do PSF fundamenta sua prática sobre esta proposta, a assistência à saúde da população deve então ter sido objeto de modificações ao longo dos dez anos de implantação do PSF em todo o Território Nacional, considerando que o vínculo dos profissionais de saúde, agentes comunitários e a população facilitaram a identificação e o cuidado dos agravos de saúde da comunidade, e, conseqüentemente, promoveram maior participação do usuário-família nos processos decisórios de cuidar e agir na promoção da saúde.

Alguns aspectos merecem ser destacados, relacionados a mudanças, como resultados da proposta, em direção à promoção da saúde. No sentido desta compreensão, destacamos alguns desses avanços, como: a cobertura do PSF nos municípios brasileiros, de cujo total de 5.562, 4.754 já se encontram contemplados com o Programa, perfazendo um total de 21.475 ESF em pleno funcionamento, o que corresponde a 39,4% de cobertura da população; a acessibilidade do usuário aos

serviços ofertados por esse Programa, e ainda modificação nos indicadores epidemiológicos. Neste sentido, podemos ilustrar exemplos como a diminuição de incidência de câncer de colo uterino, a redução da taxa de mortalidade infantil, a redução da desnutrição infantil, o aumento de adesão ao aleitamento materno, o aumento da cobertura vacinal, dentre outros (SOUZA, 2002; SILVA, 2004).

Estes dados revelam que, em se tratando da extensão da cobertura da população, da acessibilidade e dos indicadores epidemiológicos, houve avanços, o que é extremamente importante como medidas de ações preventivas incluídas nas ações da promoção da saúde, mas as questões voltadas para a mudança de comportamento não só dos profissionais em relação ao trabalho educativo com as pessoas, como também, as mudanças de comportamento das pessoas em terem uma atitude positiva para cuidar de si, da família e da coletividade, em que medida isto está acontecendo? Em termos efetivos de participação do usuário, em que se avançou nestes últimos dez anos?

A literatura acerca do PSF - como Simões (2000); Oliveira (2000); Chaves (2000) e Melo (2001) - nos permite observar uma lacuna de um processo extremamente importante para a promoção da saúde, que é a participação da comunidade, já que a promoção da saúde envolve não só ações preventivas como também, mudanças de comportamento, estilo de vida, articuladas com desejo, vontade e motivação. Convém destacar que essa participação até foi ampliada no sentido da participação do usuário nos conselhos municipais de saúde, no entanto isto caracteriza uma participação de modo institucionalizada. A participação plena da comunidade, todavia, como gestão política histórica, desejada pelo movimento sanitário, não vem acontecendo.

Não podemos deixar de lembrar que, historicamente, os mecanismos de participação da comunidade nos serviços são receptivos, o que se caracteriza como participação consentida, significando um controle do serviço sobre o modo de participação da clientela (BORDENAVE, 1985). Este tipo de participação, no entanto, não ocasiona mudanças significativas na vida dessas pessoas e, conseqüentemente, na sua saúde. Sob tal aspecto, é fácil concluir que a eficiência da proposta do PSF se fundamenta em uma mudança comportamental da comunidade e dos profissionais de

saúde, que, em função dessa proposta, requer o entendimento do outro na perspectiva do outro. Para tanto, a Educação em Saúde se propõe a atender este propósito.

Educação em Saúde hoje é um processo que, ao fazer uso da *comunicação*, busca conferir às pessoas *conhecimentos* e *habilidades* para que estas possam fazer escolhas sobre sua saúde, despertando a consciência crítica, reconhecendo os fatores que influenciam a saúde e encorajando-as a fazer algo para mudar o *status quo*, com base na interação respeitosa da cultura popular, em oposição à prática comumente adotada por meio do autoritarismo paternalista que faz da Educação em Saúde, muitas vezes, um fracasso.

Concordamos com Araújo e Assunção (2004), ao ressaltarem que o desenvolvimento de habilidades favoráveis à saúde acontece em decorrência da divulgação de informações e da Educação em Saúde, em todos os espaços coletivos, preparando o indivíduo para as diversas fases da existência e o enfrentamento das enfermidades. Neste contexto, insere-se a idéia de *empowerment*, ou seja, a aquisição de poder técnico (capacitação) e político pelos indivíduos e pela comunidade. O poder e o controle das pessoas sobre o seu destino produzem ações concretas e efetivas na tomada de decisão para o atendimento das prioridades, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde.

O desenvolvimento destas habilidades por meio da Educação em Saúde está em íntima relação com a participação dos usuários para que assumam o controle e a mudança de comportamento necessária para a promoção da saúde. É importante ressaltar que, quando se fala em mudança de comportamento, esta deve ser entendida como uma modificação na forma de as pessoas agirem sobre si, atentando também para a família e o grupo no qual estão inseridas, ou seja, a família e o entorno, possibilitando uma transformação da pessoa em sujeito ativo. Acreditamos, entretanto, que a mudança consciente ocorre com a participação efetiva do usuário/família nos meios de produção de conhecimentos e de habilidades para agir na promoção da saúde, ou seja, o que neste estudo construímos e definimos como *participação habilitadora*. Este tipo de participação é entendida como um processo consciente, crítico, em que a mudança de comportamento para cuidar da saúde ocorre pela aprendizagem sobre saúde, pelo desenvolvimento de habilidades, pelo entendimento

das condições de saúde articuladas ao estilo de vida, ou ainda no modo como os serviços de saúde operam. Desta forma, acreditamos que, a partir deste entendimento, o usuário terá de fato vivido uma participação habilitadora, no sentido de ser uma mudança consciente, sendo capaz de mudar, mudar na família e mudar o contexto em que vive.

Este conceito poderá ser um caminho a percorrer no sentido da construção de um conhecimento que possibilite compreender como o Programa Saúde da Família transforma a vida das pessoas, e, mais ainda, o modo de participar e cuidar da saúde. Entendemos que o PSF, como estratégia estruturante de fortalecimento do SUS, terá sua filosofia concretizada quando efetivar a participação plena do usuário; ou seja, ensejando nas pessoas o desenvolvimento de uma participação habilitadora, que resulte num processo emancipatório, tornando visível e permeável o controle social.

A emancipação aqui compreendida dentro de uma perspectiva processual e ética é própria do ser humano com a devida consciência crítica e que vivencia sua cidadania e isso só pode ocorrer a partir da liberdade e da autonomia. Demo (1999) definiu emancipação como um processo histórico de conquistas e exercício da qualidade do indivíduo de ser ator produtivo e consciente, capaz de fazer-se sujeito histórico e de pensar e conduzir o seu destino. Para Nietzsche (2000), a emancipação é entendida como um processo que ocorre com o ser humano posto em um contexto sóciopolítico, econômico e cultural. Não é abstrato e origina-se do próprio homem concreto, e esta concretude do sujeito se revela à medida que a consciência crítica, cidadania, autonomia e liberdade se manifestam e ocorrem no mundo material-concreto e não no terreno da imaginação. Assim entendido, compreendemos o processo emancipatório inserido ou presente em circunstâncias em que os seres humanos convivem, no caso do nosso estudo, o usuário inserido no Programa Saúde da Família.

A autonomia é um componente importante do processo emancipatório, que se forma no momento em que a pessoa toma consciência da situação em que vive e tem poder de decidir sobre esta. Há uma tomada de decisão por parte da pessoa, deixando de ser um sujeito passivo para um ser ativo. Freire (1998) assinala que, sem autonomia, não há aprendizagem e que a falta de liberdade impede a construção do conhecimento. Assim, a Educação em Saúde deve promover uma participação livre e

consciente, para que o usuário participe das decisões em relação ao cuidado da saúde dentro do Programa Saúde da Família, assim produzindo na clientela a sua autonomia e emancipação para a promoção da saúde.

Essa participação deve ser estimulada em todo e qualquer momento do trabalho dos profissionais da equipe do PSF; deve ser componente da prática dos profissionais, quer o indivíduo seja atendido na unidade básica de saúde, na comunidade ou em uma sessão educativa. Compreendemos a participação como categoria central para que a autonomia e a emancipação sejam efetivadas no Programa. Compreendemos também que, da mesma forma como a participação está transversalizada no eixo da prática desses profissionais, a atividade de Educação em Saúde também é uma ação que transversaliza toda sua prática, sendo um veículo para estimular a participação. Assim, desta forma, participação e Educação em Saúde constituem atividades intrínsecas do processo de trabalho dos profissionais que devem conduzir a promoção da saúde do usuário.

Na tentativa de compreender e discutir a dimensão do processo participativo, lançamos mão do “Aurélio”, dicionário da língua portuguesa, em busca do significado de participar. Segundo o autor, a palavra vem do latim *participare* e significa ato ou efeito de participar; saber fazer; informar; anunciar e comunicar (FERREIRA,1986). Para Bordenave, a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se e dominar a natureza e o mundo. E, ainda, sua prática envolve o prazer de desenvolver coisas como a interação com os outros, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar e a valorização de si pelas outras pessoas (BORDENAVE,1985). Concordamos com o autor, pois acreditamos que participação só acontece com o diálogo, a igualdade e, mais ainda, com a liberdade.

Para Nutbean e Harris (1998), a participação acontece quando as ações são planejadas em conjunto e o papel de cada pessoa envolvida é definido para a implementação das ações, ou seja, as pessoas são autoras do processo. É nesse contexto que entendemos o ato de educar em saúde: o usuário/família/comunidade participando do seu próprio destino, no que se refere à saúde, tornando-se sujeito ativo

e autônomo, a fim de desenvolver uma consciência crítica reflexiva e uma ação participativa na busca de soluções para uma prática mais eficaz.

Entendemos que é desta forma que a participação deve ser incorporada no cenário do Programa de Saúde da Família, primeiro, porque isto faz parte da própria filosofia do Programa, e, no momento que desloca o eixo do atendimento da unidade para o contexto familiar, o usuário não mais visita o serviço, e sim passa a ser visitado pelos profissionais de saúde no *locus* familiar; e mais, este deslocamento do atendimento para o domicílio representa uma mudança de contexto, possibilitando o rompimento das barreiras que entravam a formação do vínculo, tão importante para criação de um ambiente de aproximação e confiança do usuário com o profissional, inibindo, assim, os elementos opostos à participação, como, por exemplo, a autoridade do profissional sobre o usuário.

Penna e Pinho (2002), em seu estudo acerca de um programa de educação em saúde para pessoas com diabetes, evidenciaram a soberania de muitos profissionais de saúde sobre os clientes, ao pensarem que detêm o “saber” e o “poder”, revelando uma metodologia pedagógica autoritária, em que o ato de educar em saúde está acontecendo simplesmente como transmissão de conhecimentos de forma unilateral, sem que haja a participação do educando. Isto certamente inviabiliza a efetivação de tal ação, já que a participação, elemento gerador de autonomia e emancipação das pessoas, não é vivenciada, perdendo-se a oportunidade de promover e melhorar a qualidade de vida.

A partir destas reflexões levantadas até aqui, destacamos estes questionamentos, os quais se caracterizam como eixo de investigação deste estudo, tais como: *Que mudanças ocorreram nos membros da família integrada no PSF? Que mudanças aconteceram na família ao ser integrada no PSF? De que forma essas mudanças afetaram suas vidas? O que as motivou? Como sucedeu a mudança no contexto familiar? A participação do indivíduo tem gerado ações junto à família? Como essa participação é refletida junto à comunidade onde o indivíduo se insere? Como ocorre a participação da família nas decisões de saúde na comunidade, bairro e cidade? Qual foi o papel dos profissionais do PSF nesse processo? A participação do usuário nas ações de Educação em Saúde no Programa Saúde da Família promove no*

*individuo mudanças de comportamento em saúde para cuidar-se, cuidar na família e em seu entorno?*

A importância dessas questões é clara para as ações futuras do PSF, destacando que os resultados deste Programa são consideráveis no campo da atenção básica; parece-nos que o fortalecimento e, numa visão mais radical, a sobrevivência deste Programa estão diretamente ligados ao novo modo de as pessoas compreenderem a saúde num conceito mais amplo do que simplesmente bem-estar físico e social, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Percebemos que esta concepção de saúde se apresenta numa visão reducionista, na qual perde de vista a complexidade e o dinamismo da vida. Esse entendimento de 'bem estar', no entanto, influenciou a formulação das políticas públicas em muitos países, significativamente nas nações da América Latina, limitando-se aos determinantes biológicos individuais, ferindo a autonomia e capacidade de superação das pessoas no enfrentamento de determinadas situações (BRICEÑO-LEON, 2000).

Neste aspecto, acreditamos que este estudo pode incrementar a discussão acerca da dimensão que representa o concurso da comunidade (com seus conhecimentos, habilidades e atitudes) para a promoção de sua saúde mediada pela Educação em Saúde. Chamamos a atenção para o fato de que comunidade neste estudo será particularizada aos usuários do PSF, como área adstrita de cobertura definida na atenção do Programa; usuários são aqueles que usam, capazes de envolver o indivíduo e a família.

Estas inquietações e reflexões apresentadas até aqui nos auxiliaram na elaboração da tese que apresentamos e vamos defender.

***O usuário por meio da participação habilitadora nos processos decisórios em relação aos eventos de saúde-doença vivenciados na família aprende a cuidar da sua saúde e será capaz de exercer a sua cidadania, aprendendo a aprender a cuidar de si mesmo, aprendendo a aprender a cuidar da família, aprendendo a aprender a cuidar do contexto em que vive, aprendendo a aprender a exercer o controle social.***

Esta proposição, cuja afirmação defendemos, implicou a formulação do nosso objeto de investigação, no qual buscamos compreender a Educação em Saúde, que enseja aprendizagem via participação habilitadora nos diversos níveis do ato de cuidar - indivíduo, família e comunidade - no Programa Saúde da Família. Para tanto, se faz necessário conhecer como ocorre a participação do usuário no PSF, no sentido de cuidar de si, na família, e cuidar do seu entorno. A opção acontece tendo em vista, que podemos considerar o PSF, dada a sua dimensão, complexidade e tempo de instalação, na sua plena implantação. A proposta, tendo surgido pioneira no Estado do Ceará em 1993, e lançada como Programa pelo Ministério da Saúde em 1994, tendo completado, portanto dez anos de existência, parece pertinente e também relevantes estudos que demonstrem como e em que dimensão sua filosofia, princípios e diretrizes efetivamente se desenvolvem.

A maioria das publicações encontradas que estudam processos participativos em saúde relata fundamentalmente experiências de participação da população no desenvolvimento de programas pontuais de Educação em Saúde ou de controle de endemias (VÁZQUEZ et al., 2003). Ainda segundo esses autores, há grande escassez de estudos destinados a avaliar os conceitos e atitudes dos diversos atores sociais no que diz respeito à participação da população (grifo nosso). Este fato denota a importância do estudo que ora conduzimos, compreensão de um processo participativo, como e em que dimensão ocorre.

Ainda como indicador relevante que justifica a nossa escolha pela temática participação, este vem do banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior - CAPES. Nas pesquisas na Pós-graduação brasileira nos anos de 1998 a 2002, último ano constado no sítio da Comissão sobre as defesas de dissertações e teses dos programas de pós-graduação mantidos por universidades e instituições de pesquisas, ao cruzarmos as palavras, Educação em Saúde e Programa Saúde da Família, identificamos 37 estudos, sendo uma tese e 36 dissertações (CAPES, 2004). Quando, entretanto, do acesso aos resumos desses estudos, encontramos apenas quatro abordando o tema PSF, destacados a seguir: o primeiro trata da transformação da formação médica e da escola médica para atender o novo modelo de saúde (SIMÕES, 2000); o segundo analisa como acontece a Educação em

Saúde no trabalho da equipe de saúde da família (OLIVEIRA, 2000); o terceiro investiga a percepção que tem o profissional de saúde acerca de sua atuação nas equipes do PSF (CHAVES, 2000); e o quarto estudou as possibilidades e desafios de um pólo de formação de recursos humanos do PSF (MELO, 2001). Diante do exposto, merecem destaque dois aspectos. O primeiro é que, de fato, somente um dos estudos citados aborda a Educação em Saúde no PSF e o outro é que o tema participação não foi evidenciado nestas pesquisas. Podemos inferir, portanto, que estudos com este enfoque ainda são escassos.

No campo específico da Enfermagem, mapeando a literatura publicada em periódicos no período de 1999 a 2003, ou seja, as publicações acerca do tema participação nos últimos cinco anos nas principais revistas de Enfermagem, indexadas como A nacional e qualis internacional B e ou C, nas fontes de dados da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS e Portal Scientific Eletronic Library On line - SCIELO, encontramos apenas sete artigos trazendo a palavra participação como descritor nas suas edições. Dos artigos encontrados, três eram estudos de pesquisa e os demais trabalhos de reflexão sobre o tema.

O enfoque dado à temática nos estudos de pesquisa foi: a participação dos pais na hospitalização dos filhos (LIMA, ROCHA e SCHOCI, 1999;); paciente com transtorno mental participando do tratamento medicamentoso (FONSI, HUMEREZ e CAVALCANTE, 2000); e participação dos enfermeiros nas suas entidades organizativas (BUDÓ *et al*, 2001). Não evidenciamos nestes estudos elementos que conduzam os envolvidos a uma participação, já que não resta claro, por exemplo, no primeiro estudo, se os pais foram informados sobre a doença e tratamento dos filhos, aspectos importantes para que os primeiros se envolvam e compartilhem das decisões. As autoras identificam como participação das mães a realização de tarefas como banhar, alimentar, administrar medicação por via oral, aerosol e tapotagem nos filhos. A participação dessas mães, certamente, implica uma dimensão muito mais ampla do que realizar cuidados relacionados ao corpo biológico ou atividades recreativas dos filhos. Envolve, isto sim, um compartilhar de saberes, poderes e espaços, no sentido de promoverem o bem-estar dos seus filhos, numa unidade de internação hospitalar.

Nos estudos de reflexão, o enfoque dos trabalhos foi voltado para a participação institucionalizada, ou seja, esta como uma conquista jurídico-institucional, nos conselhos de saúde e da comunidade acadêmica na efetivação de um projeto político-pedagógico (ASSIS; VILLA, 2003; GAIO; FARIA, 2000; WENDHAUSEN, 2000; BECK et al., 2003).

Entendemos que a discussão destes aspectos é importante para a construção do conhecimento e ações futuras do tema em foco, no entanto parece insuficiente quando nos reportamos ao processo participativo como algo que, para ser efetivado, necessita de que as pessoas compreendam e conheçam as formas de viabilizá-lo, assim se fazendo necessárias pesquisas que dêem conta de estudar a participação na perspectiva tanto dos profissionais como da clientela, tendo em vista que a tão sonhada proposta de promoção à saúde da população depende, dentre outras condições, de incorporar a participação em saúde, como conseqüente “empoderamento” de sujeitos, comunidade e nação.

O levantamento dos estudos há pouco citado permite ainda observar a lacuna no conhecimento acerca da discussão sobre participação do cliente na emancipação e fortalecimento do SUS, no que se refere à participação dos usuários no cenário do PSF, identificando assim uma área importante para futuras pesquisas na Enfermagem. Não podemos nos esquecer de que a participação representa ferramenta indispensável para a promoção da saúde; neste sentido, efetivá-la se faz necessário para o seu sucesso. Daí a razão do nosso estudo, quando nos propomos a estudar a participação do usuário neste contexto, por acreditarmos que este conhecimento pode trazer contribuições no sentido de fortalecer os princípios do SUS e, conseqüentemente, o paradigma da promoção da saúde.

As questões postas (neste estudo na página 27) foram examinadas a partir do Modelo de Estágios de Mudança, de Prochaska e DiClemente (1982). Este formou o suporte teórico-metodológico para compreender a participação do usuário no Programa Saúde da Família. Trata-se de um modelo proposto de categorias que possibilitam avaliação de programas de promoção da saúde. Este modelo apresenta estágios de mudanças, no qual um programa de promoção da saúde ou um grupo pode ser avaliado. Destacamos o fato de que este referencial teórico-metodológico valoriza a

aproximação do contexto da clientela, além de ajudar a compreender as dificuldades e limitações que os programas, estratégias e sujeitos enfrentam para a promoção da saúde. Este referencial teórico-metodológico será explicitado no capítulo que trata do trajeto metodológico deste estudo.

## **2 OBJETIVOS**

---

## **2.1 Objetivo Geral**

Compreender como ocorrem os processos decisórios da participação habilitadora dos usuários no Programa Saúde da Família-PSF, relacionados à saúde-doença, identificando neste movimento o nível de mudança do usuário, a partir do Modelo de Estágio de Mudança, de Prochaska e DiClemente.

## **2.2 Objetivos Específicos**

-Identificar as formas de participação praticadas por estes usuários nas ações de Educação em Saúde desenvolvidas no PSF pelos profissionais;

-descrever fatos ou situações apreendidas pelos usuários nos cuidados de saúde pessoal, familiar e da comunidade; e

-identificar estágios de mudanças de comportamento adotadas pelos usuários, advindos de sua participação no PSF, à luz do modelo de promoção da saúde adotado para este estudo.

## **3 QUADRO TEÓRICO DE ANÁLISE**

---

Neste capítulo, procuramos abordar o processo de construção da *Promoção da Saúde*, resgatando a dimensão histórica e filosófica que compreende esse marco da saúde no mundo e no Brasil, trazendo o Programa Saúde da Família como cenário e a *Educação em Saúde* como a atividade meio da *Participação* do usuário, e, desta forma, definir a base teórica do estudo.

### **3.1 Construção Histórica e Filosófica da Promoção da Saúde**

A introdução de novos conceitos no universo da saúde vem mudando gradativamente a concepção, as políticas, e, conseqüentemente, a execução das práticas de saúde. Dentre esses conceitos, está o de promoção da saúde, o qual possibilitou outra visão e direcionamento da saúde no mundo inteiro. Há, portanto, de se considerar o contexto histórico em que se desenvolveu essa visão nova, no qual a relação entre saúde e qualidade de vida há muito tempo é tema de debates entre pensadores.

A qualidade de vida pode ser entendida como um conjunto de fatores, como ambiente físico, social, cultural e econômico que determinam o bem-estar de um indivíduo ou grupo; ou ainda como um construto multidimensional, caracterizado pela abstração, significados e por contextos e condições muito específicas. Bem-estar, funções físicas, capacidades funcionais, satisfação, estados emocionais, interação social, realização e desenvolvimento pessoal são algumas das dimensões que dão significado à qualidade de vida (CIANCIARULLO et al., 2002).

Dessa forma, as condições e a qualidade de vida, bem antes de serem conceituadas, já eram relacionadas à saúde. No século XVIII, Johan Peter Frank relatou, no seu livro *A miséria do povo, mãe das enfermidades*, "que a pobreza, más condições de vida, trabalho, nutrição, dentre outros, eram as principais causas das doenças, preconizando mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas". (BUSS, 2000 *apud* SINGERIST, 1956 p. 164).

Chadwick, na primeira metade do século passado, vai mais além, quando assinala que "a pobreza era muitas vezes a conseqüência de doenças pelas quais os

indivíduos não podiam ser responsabilizados e que a doença era um fator importante no aumento do número de pobres". (BUSS, 2000 *apud* ROSEN, 1979, p.164).

O debate acerca desse assunto também aconteceu na América Latina, considerando que as condições de vida (habitação, péssima distribuição de renda, e analfabetismo) são importantes agravos à saúde, e, nesses países desse Continente, se expressavam de maneira mais acentuada.

Entendemos, portanto, que a concepção acerca da promoção da saúde ocorreu paulatinamente ao longo dos anos, e que o conceito moderno, entendido nos últimos 20 a 25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas ao longo da sua existência.

A expressão "promoção da saúde" foi utilizada pela primeira vez em 1945 por Henry E. Sigerist, historiador médico canadense, que a indicava como uma das quatro áreas essenciais da Medicina. Como movimento, entretanto, foi formalizado em 1974, com a divulgação do Informe Lalonde, intitulado "Nova perspectiva sobre saúde dos canadenses". A elaboração desse documento parece ter sido ocasionada pelos crescentes custos da assistência médica e pela abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, sem trazer resultados satisfatórios para a saúde dos canadenses (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). A base da mensagem era uma crítica, dentro da questão ambiental (abordagem estruturalista) e comportamental (estilo de vida), e, assim, o Relatório Lalonde ecoou e influenciou as pessoas a fazerem críticas sobre visões reducionistas de saúde, relacionada com o modelo biomédico.

Portanto, o Informe Lalonde e a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior foram as bases para a nova idéia. O marco inicial de tal ideação pode ser representado pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, cujas metas foram a de alcançar a "Saúde para Todos no Ano 2000", e a formulação de estratégias de Atenção Primária de Saúde. Esta Conferência, todavia, pode ser entendida também como força impulsora para as conferências internacionais sobre promoção da saúde que se deram depois. "As conclusões e recomendações de Alma-Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986". (BUSS, 2000, p.170).

Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo. A Carta de Ottawa, porém, é responsável pelo atual entendimento da promoção da saúde, na qual associa este termo a um conjunto de valores, como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias, ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Notoriamente, com a Conferência de Ottawa, a saúde pública no mundo todo vislumbra um novo panorama, agregando conceitos, a fim de mudar o modelo tradicionalmente curativo para um modelo de atenção preventiva. O documento desta conferência traz para a promoção cinco campos de ação: desenvolver políticas saudáveis a partir do setor público; reforçar ação comunitária; desenvolver ações pessoais; criar condições que contribuam com a saúde; e reorganizar (reorientar) os serviços de saúde.

Os campos centrais de ação propostos são abrangentes e merecem exploração. Sobre o primeiro campo de ação, Buss (2000, p.170) detalha: "a promoção da saúde propugna a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes, de todos os setores em todos os níveis". Nesse aspecto, ainda há de se destacar que tais políticas exigem amparo legal e mudanças organizacionais, para sua concretização.

Acerca do segundo campo, o autor ainda descreve como o sentido de intersetorialidade se aplica nas práticas da promoção; a influência do meio ambiente não é um ideal ecológico, mas sim fator determinante para a saúde. Ademais, a preservação dos recursos naturais deve constituir prioridade nas estratégias de promoção. A criação de ambientes favoráveis à saúde implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência de vários setores. A proteção do meio ambiente e os recursos naturais, e o acompanhamento sistemático do que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde passam a compor centralmente a agenda da saúde.

No outro campo, merece destaque para o chamado *empowerment* - ampliação do poder ou fortalecimento e da participação comunitária. Pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de ampliação do poder político. O desenvolvimento de uma comunidade fundamenta-se nos recursos de que esta dispõe, para que, assim, esta tenha condições de controlar as questões relativas a sua própria saúde, uma vez que com tal mecanismo se estimula a independência desta comunidade. Buss (2000, p.171) também fundamenta este aspecto dizendo que, “o incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment*) na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, é essencial nas iniciativas de promoção da saúde”.

Sobre o desenvolvimento das habilidades pessoais, é preciso sublinhar a Educação em Saúde em diversos contextos, aliada ao conceito de *empowerment*, ou seja, é necessário proporcionar informação para que o indivíduo ou comunidade esteja apto a fazer opções em favor de sua saúde. Assim, é preciso prover meios para que esta informação os alcance. Para tanto, conforme Buss (2000, p.171),

é imprescindível a divulgação de informações sobre educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a idéia de *empowerment*.

E, finalmente, outro campo de ação dispõe sobre a reorientação dos serviços de saúde. Neste ponto, a responsabilidade acerca da saúde envolve, além dos profissionais de saúde, governo, grupos, instituições e indivíduos. A mudança do modelo assistencial é preconizada, e o modelo biomédico, centralizado na prática puramente clínica, não mais se adequa ao padrão assistencial holístico proposto, provocando assim profundas transformações nos financiamentos e na organização dos serviços e sistemas de saúde e na formação dos profissionais.

Além dos campos de ação já comentados, a Carta de Ottawa assegura que as três estratégias fundamentais para a promoção da saúde são: defesa da saúde, capacitação e mediação. Direcionar diversos campos, como cultura, economia e comportamento, e ainda, campos biológicos, sociais e ambientais, para compor melhorias ou ainda construir a saúde, é um dos desafios da promoção da saúde. Outra estratégia preconizada é a igualdade de oportunidades, uma vez que o cidadão precisa ser capacitado para desenvolver seu potencial de saúde. Só dessa forma é assegurada a igualdade de oportunidades. Por fim, a última estratégia envolve a participação dos profissionais como responsáveis por equilibrar os diversos interesses entre os mais diferentes setores.

Posteriormente, em 1988, a Conferência de Adelaide (Austrália) dá prioridade às políticas públicas saudáveis e as enfatiza como pressuposto para vidas saudáveis; atribui responsabilidades aos governos e a todos os seus setores pelas conseqüências de decisões políticas sobre a saúde da população. Também garante a visão globalizada e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde, em razão do grande fosso entre os países quanto ao nível de saúde (BUSS, 2000).

Em 1991, em Sundswall (Suécia), acontece a Terceira Conferência Internacional de Promoção, cujo ambiente foi o foco da discussão, nas dimensões física, social, econômica, política e cultural, como coadjuvante na manutenção da saúde, e assim convida todas as nações para participarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. O ambiente desfavorável é produto das desigualdades sociais, que desestabilizam a qualidade de vida dos homens, comunidades e países (PORDEUS et al., 2002). Ambiente é entendido como espaço onde as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, o trabalho, as áreas destinadas ao lazer e as estruturas que determinem o acesso aos recursos para viver e as oportunidades de ter maior poder de decisão.

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (Indonésia) no ano de 1997, refletiu sobre o que se aprendeu acerca de promoção da saúde, com a finalidade de reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios no século XXI. A Declaração de Jacarta define como pré-requisito para a saúde: paz, abrigo,

instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. Esta conferência ainda reafirmou as cinco estratégias propostas na Carta de Ottawa para a promoção da saúde.

Além destas conferências, ainda acontece, como fórum de debate da promoção da saúde, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bogotá (Colômbia), que ocorreu mediante as diferenças dos países da América Latina e busca discutir promoção da saúde no âmbito desses países. Destacam-se cinco metas a serem implementadas, como: satisfazer as necessidades básicas da população em todas as suas manifestações; adotar novas medidas, especialmente educativas e de participação comunitária; vencer as barreiras políticas que limitam o exercício da democracia e lutar contra a violência e problemas psicossociais; eliminar as diferenças que representem obstáculos ao acesso de certos setores ao bem-estar; e atingir um desempenho integral e recíproco (CERQUEIRA, 1996). Outros fóruns, como a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, em Genebra (Suíça) em 1998, e a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, também compõem esse cenário de eventos internacionais que discutem e orientam a concretização da proposta da promoção da saúde.

O conceito de promoção da saúde é extremamente abrangente. Seria um erro limitá-lo somente a um conjunto de ações que objetivam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos. Deve-se entender promoção em saúde como “uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p.210). Dessa forma está claro que, para promover saúde, se faz necessário lançar mão de outros instrumentos que transcendem os serviços de saúde propriamente ditos.

Para compreender melhor este conceito, é fundamental entender o significado de algumas palavras, como refere o autor há pouco citado: *Combinação* refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções e fontes de apoio. *Educacional* refere-se à Educação em Saúde e *Ambiental* refere-se às circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras,

relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde (CANDEIAS, 1997).

Muito mais do que um conceito, a promoção da saúde deve compor o cotidiano de qualquer indivíduo, não podendo ser entendida somente como uma meta (Saúde para Todos no Ano 2000), mais sim como uma necessidade da humanidade, e a tão sonhada qualidade de vida deve deixar de ser utopia de países pobres para tornar-se resultado das práticas da promoção da saúde.

Como Carvalho indica (2004), este projeto (promoção da saúde) representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da tradição da Saúde Pública. Este modo de ver a promoção da saúde é também compartilhado por Buss (2000), quando considera que a promoção à saúde procura articular o tema da saúde com os temas da condição e qualidade de vida. Com base na concepção citada pelos autores, o ideário da promoção da saúde vem democratizando a saúde no mundo e trazendo contribuições relevantes para a reforma sanitária brasileira.

A promoção da saúde, no entanto, tem diferentes desafios, dependendo da realidade específica de cada país. Na América Latina, por exemplo, a promoção implica uma relação entre saúde e desenvolvimento, uma vez que nestes países há uma precariedade nas condições de vida da maioria da população e, em conseqüência, um aumento dos agravos à saúde, além de uma escassez de recursos para o enfrentamento desses agravos. Assim, é imprescindível que exista conciliação entre interesses políticos, econômicos e sociais. O Brasil se insere nesta realidade e, mesmo com todos os avanços alcançados desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, obstáculos como organização dos serviços de saúde, recursos financeiros para financiamento do sistema, recursos humanos capacitados para atuar no sistema e participação da comunidade, ainda são aspectos a serem ajustados para concretizar a promoção da saúde.

Várias iniciativas, entretanto, (como as citadas na página 20 do capítulo introdutório deste estudo) apontam tentativas para a efetivação do projeto da promoção da saúde, como o Programa Saúde da Família, que representa uma das iniciativas mais importantes, por configurar uma estratégia de mudança de modelo assistencial. No item

a seguir discorreremos acerca deste Programa e da sua importância para efetivar a promoção da saúde.

### **3.2 Programa Saúde da Família: Cenário para a Promoção da Saúde**

No Brasil, a luta pelo estabelecimento de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde no primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do País, culminando com a implantação de políticas de saúde que pudessem atender o novo paradigma, segundo o qual a assistência deve assentar-se na saúde e não mais na doença.

O movimento da reforma sanitária brasileira atende essa reivindicação, alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atenda as reais necessidades da população nas questões de saúde como direito de cidadania. Como resultado, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MENDES, 1999).

A Constituição Federal de 1988, além de criar o Sistema Único de Saúde, garante também a saúde como direito de todo cidadão, incorporando nessa Lei a nova proposta de saúde, que se delineava em todo o mundo, abrangendo não só ações curativas como também preventivas. Como explicita a própria Lei, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao contexto universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Como indica Mendes (2002), a partir da implementação do SUS, não só foi desencadeada uma ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes. Não pode ser ignorado, no entanto, o fato de que a implantação do SUS teve inúmeras dificuldades, dada a dimensão da proposta para redirecionar o segmento da saúde, pois fatores como organização dos serviços de saúde,

financiamento, gerenciamento e formação profissional constituem aspectos importantes para o bom funcionamento do sistema. É possível, então, assinalar que o Sistema Único de Saúde é uma tentativa de universalizar os direitos sociais, e que o Programa Saúde da Família (PSF) é estruturado na tentativa de atender aos anseios deste modelo de atenção a saúde.

Para atender aos princípios do SUS, como universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e participação comunitária, o Ministério da Saúde priorizou a família como elemento básico para assistência. Em dezembro de 1993, a partir de uma reunião sobre o tema "Saúde da Família" em Brasília, foi criado um grupo de trabalho com diversos segmentos da sociedade, objetivando discutir a proposta de implantação de um novo modelo assistencial para o País (BRASIL, 2000a).

Sem dúvida, no Brasil (sendo um país com importantes agravos à saúde), aspectos diversos contribuíram para priorizar a família no cenário das políticas públicas e a discussão do papel destas nas situações de risco, como a migração acentuada pelas condições de pobreza das regiões menos favorecidas, desagregando famílias; o aparecimento das crianças de rua e falta de moradia para essas famílias, dentre outras (CIANCIARULLO et al., 2002); estas são apenas algumas situações, dentre tantas presentes neste vasto País, que evidenciaram a necessidade de se direcionar a atenção para o contexto familiar. O foco da atenção deixa de ser o paciente (indivíduo) para ser a família (coletividade).

Assim em 1994, ano definido pela ONU como Ano Internacional da Família, surgiu o Programa Saúde da Família, lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde em março de 1994, objetivando organizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e para o hospital.

O Programa Saúde da Família, na sua construção, recebeu influências indiretas externas de variados modelos de saúde da família, em especial os modelos canadenses, cubano e inglês. Suas origens, entretanto, estão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, que veio atender a população como um programa emergencial de combate à seca (MENDES, 2002).

Para organizar a assistência em novas bases, deve-se considerar que a mudança do enfoque é uma das linhas norteadoras do PSF: alterar (entenda-se substituir) o modelo tradicional de assistência voltada à cura das doenças por um modelo no qual a família interage nas diversas situações de saúde-doença. Para que a família possa ser cuidada de modo global, se faz necessário que o cuidado aconteça antes que as situações de doença apareçam ou se agravem.

Para tanto, se faz necessário o conhecimento das necessidades das famílias (nutrição, educação, saneamento básico e outros), sendo que essas são bem mais compreendidas quando observadas no seu cotidiano. O atendimento dessas necessidades, no entanto, exige maior flexibilidade por parte dos serviços, que precisam se desvincular dos procedimentos tradicionais cristalizados, para adotar uma forma de intervenção inovadora, contextualizada e afinada com crenças e valores das famílias deste cenário social e político. O PSF se propôs a cumprir esse papel no momento em que estabelece a formação do vínculo das famílias com o Programa, uma estratégia de aproximação da clientela e, desta forma, envolvê-los na identificação dos problemas e na busca de soluções.

Ao completar dez anos de existência, o PSF constitui um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Para tanto, como anota Souza (2004), sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde.

Corroborando este pensamento, Silva (2004, p.11) destaca que o PSF, ao completar dez anos, apresenta muitos avanços e persistem algumas distorções, como:

Disparidades nos financiamentos para a assistência à saúde; o modelo clínico-curativo é ainda dominante, baseado na visão mecanicista da saúde e da vida; a multiprofissionalidade, tratada com interdisciplinaridade, distorce a noção de integralidade; predomina na prática dos profissionais de saúde, a idéia de unicausalidade para a determinação do processo saúde-doença.

Compreender essa dimensão é criar possibilidades para superar esses obstáculos e permitir avançar no sentido de alcançar a plenitude da promoção da

saúde, por acreditar que é na prática deste Programa que esta proposta se concretiza. Entendemos que a Educação em Saúde também representa um fator importante para esta concretude, haja vista que, por meio desta, as pessoas podem se tornar mais conscientes dos problemas que afetam suas vidas e, conseqüentemente, atuar na busca da resolubilidade desses.

Neste cenário, emerge a Educação em Saúde como ação possível para incentivar o indivíduo para o autocuidado, dos membros da família e da coletividade, promovendo reflexões que conduzam modificações nas atitudes e comportamentos para a promoção da saúde.

### **3.3 Educação em Saúde: uma Ação para a Promoção da Saúde**

Para melhor entendimento da Educação em Saúde, principalmente desta como processo, há que se ressaltar sua constituição histórica. É certo exprimir que esta é desenvolvida ao longo dos anos no Brasil (obviamente, por influência de uma série de eventos que ocorriam mundialmente). Os primeiros passos na direção de programas de Educação em Saúde no País foram dados por Carlos Sá e César Leal Ferreira, que, em 1924, criaram no Município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual (BRASIL, 1996a). A partir daí ocorreram muitas ações nesse sentido, sempre envolvendo *propagandas sanitárias*, concentrando-se em recursos escritos, excluindo nessas ações a massa de analfabetos existentes no País.

A educação sanitária, conforme instituída na década de 1920, tinha propósitos claros de higienização social e cumpria a tarefa de normatizar a arquitetura do espaço urbano e de controle higiênico das camadas menos favorecidas da população. A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades de educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública-SESP (BRASIL, 1996a). Nesse momento a educação sanitária foi priorizada nos planejamentos e atividades do SESP com grupos de gestantes, adolescentes e a

comunidade em geral. Assim, essas ações se expandiram além dos órgãos de saúde e se caracterizaram como uma das atividades básicas das práticas de saúde.

A educação sanitária representa a herança histórica da Educação em Saúde, que ainda demonstra fragilidade na sua operacionalização, aliada à falta de debates mais aprofundados sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes espaços.

É impossível ignorar o papel da educação no âmbito da saúde. Essa afirmação encontra respaldo na colocação do Expert Committee on Planning and Evolution of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde) (BRASIL, 1996a), da Organização Mundial de Saúde - OMS, na qual assinala que a Educação em Saúde não só tem o papel de informar, como também de capacitar com vistas a melhorar a saúde individual e coletiva:

O foco da educação em saúde está voltado para população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter os padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (p.1-2).

No que se refere à Educação em Saúde, esta pode ser definida também como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. (CANDEIAS, 1997, p. 210). Este conceito apresenta a Educação em Saúde como o processo que vai impulsionar ações, logo, componente da promoção da saúde. Essa definição, entretanto, congrega algumas palavras com significados importantes a serem destacadas, especialmente a expressão *facilitar ações voluntárias*, na qual facilitar pode ser entendida também como *capacitar* o indivíduo ou comunidade a tomar as próprias decisões a cerca da sua saúde.

A Educação em Saúde, porém, é algo complexo, haja vista que a combinação de experiências diversas de aprendizagem, unida a diferentes comportamentos, obriga esse processo a se desenvolver de uma forma flexível e não limitado a fórmulas prontas, considerando que o cidadão está inserido em realidades

distintas, podendo apresentar características peculiares, exigindo que a Educação em Saúde transcorra na dinâmica sugerida pelo cenário.

Outro importante aspecto que merece destaque é a proposta de um processo planejado, o que sugere a idéia de ações continuadas, como acentua Dominguez (1998, p.78):

a educação em saúde é um componente muito importante, fundamental da promoção e da prevenção primária, porém deve realizar-se em todo momento do processo saúde doença por todos os setores e organizações que tem responsabilidade de realizar educação em saúde de qualidade.

Em uma visão mais abrangente, espera-se que a Educação em Saúde desenvolva nas pessoas o senso de responsabilidade não só pela própria saúde, mas também pela saúde de sua família e da comunidade, participando da vida desta construtivamente, ou seja, as pessoas capacitadas no processo de Educação em Saúde devem se tornar sujeitos ativos, tanto na tomada de decisões para melhoria na sua qualidade de vida, como também na busca pela melhoria da comunidade que integra.

Isto equivale dizer que "a educação em saúde deve promover por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária". (BRASIL, 1996a, p.2); isto é, o indivíduo não só deve se responsabilizar pela sua saúde, como também pela saúde do meio em que ele vive, pelas pessoas que compartilham esse ambiente, dando assim a conotação de um ser consciente e político, visto que a Educação em Saúde também incentiva a mobilização social.

Portanto, seja na absorção de informações ou em ações que demonstrem a tomada de consciência, a população se mostra como grande termômetro desse processo. A Carta de Ottawa enfatiza que o povo não pode alcançar todo o seu potencial de saúde, a menos que seja capaz de tomar efetivamente todo o controle dos fatores que determinam seu estado de saúde (TERRY, 1992). Desta forma, pode-se assinalar também que a "a educação em saúde é um dos mais importantes elos de ligação entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais

eficientes" (BRASIL, 1996a, p.2), configurando-a assim como um dos mais importantes elos entre as perspectivas da população e as práticas de saúde.

Ao representar um destes espaços, o Programa de Saúde da Família deve incorporar como relevante a Educação em Saúde como prática em suas ações cotidianas, a fim de atingir os objetivos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Particularmente no PSF, onde o indivíduo se mantém vinculado ao seu cotidiano, a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é neste âmbito que as pessoas fazem as próprias escolhas, e se torna mais importante o conhecimento sobre seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho. Por intermédio da Educação em Saúde, seja esta praticada de forma individual ou coletiva, a expectativa é de que se forme no indivíduo uma consciência a respeito de sua condição no que diz respeito à qualidade de vida.

Na perspectiva de Melo (1976), é na prática, a partir da realidade, onde ocorrem as relações homem-meio, que a Educação em Saúde se insere. Duarte Jr (1998) enfatiza esta verdade, quando diz que educar significa situar o indivíduo em contato com sua cultura, para que ele possa viver. Concordamos com os autores citados, pois os padrões de vida apreendidos na comunidade são de grande importância para o comportamento humano, porquanto se trata de um aprendizado iniciado no contexto familiar, estendido nas escolas, nos grupos onde o indivíduo vive, em todas as fases da vida. Entender e trabalhar esse fato por meio da educação em saúde é necessário, pois se configura um processo de amadurecimento e desenvolvimento que levará as pessoas à ampliação de suas percepções.

A Educação em Saúde, portanto, é um instrumento imprescindível para a efetivação do Programa Saúde da Família, visto que as ações de promoção e prevenção devem reger as práticas desse Programa. Sendo assim, quando destacamos a educação como parceira na promoção da saúde, parece-nos um equívoco vincular práticas educativas com atividades obrigatórias para, por exemplo, ter acesso a medicamentos, consultas, ou ainda participar de premiações. Práticas como essas parecem ainda ser comuns na nossa realidade. Acreditamos, portanto, que tais métodos podem comprometer o processo educativo em saúde e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento, visto que, a partir do momento em que a participação da

comunidade acontece nesse modelo, passa a ser de certa forma imposta. Este tipo de participação, segundo Bordenave (1985), acontece quando obriga o indivíduo a fazer parte de grupos e realizar certas tarefas consideradas indispensáveis.

### **3.4 Participação: um Caminho para a Autonomia e a Emancipação**

A participação como instrumento legal da população não é uma idéia nova. Ao longo dos tempos, políticas são desenvolvidas no sentido de projetá-la como ferramenta importante de decisão popular. De certo, o processo acontece de forma lenta e muitas vezes arraigado de interesses que distanciam a possibilidade de sua concretização.

Morgan (2001) define participação como um processo de dois tipos: participação como meio ou perspectiva utilitária e participação como fim, ou perspectiva de *empowerment*. Como meio, a participação da sociedade é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições, como a alternativa estratégica emergencial ou de intervenções prioritárias. Muitas das experiências de participação nos sistemas de saúde podem ser consideradas participação como meio. Já a participação como fim, reconhece o direito da população a participar nas decisões que afetam sua vida cotidiana e se promove como espaço democrático para o controle social das instituições.

Esta última proposição é pertinente à de Demo (1999), ao ressaltar que a participação é um exercício democrático. Por meio dela, aprendemos a exercer algumas tarefas, como eleger, “deseleger”, exigir prestação de contas, desburocratizar, entre outras. Para o autor, mediante a participação, se formam autênticos representante da comunidade.

Como indica Bordenave (1985), participação não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Não é uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento, mas consiste numa vivência coletiva e não individual e que pode ser aprendida numa práxis grupal. Congruentemente, Nietzsche (2000) assinala que participação é um ato processual de conquista, do sujeito na construção coletiva.

Todos estes autores nos dão suporte para compreender a participação como um processo que implica conquista, compromisso, envolvimento e compartilhamento, possibilitando no indivíduo formar uma consciência crítica sobre a realidade na qual está inserido, e, desta forma, tornar-se um ser autônomo e emancipado, podendo tomar decisões que afetem, não apenas sua vida, mas também da sua família e da coletividade. Nesta concepção, insere-se um ser cidadão, idealizado e almejado para a efetivação do projeto da promoção da saúde.

Este tipo de participação, denominada de *participação habilitadora*, compreendida e adotada para o nosso estudo, articula-se à concepção de *empowerment*. Este termo significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais (VASCONCELOS, 2004). Para Laverack e Labonete (2000), *empowerment* pode ser definido como meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas. Na proposta da promoção da saúde, este termo está contemplado na Carta de Ottawa e na Declaração de Sundswall, quando destacam a capacitação da comunidade, controle da comunidade e participação da comunidade como estratégias para melhoria da qualidade de vida. Merece destaque, no entanto, a referência deste termo na Declaração de Jacarta, quando reconhece que a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo e que, para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é preciso que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança (BRASIL, 2001b).

No Brasil, a participação do povo foi incorporada como diretriz no Sistema Nacional de Saúde e na Constituição Federal, como resultado de muitas lutas conduzidas pelo movimento sanitário brasileiro. Essas lutas tiveram papel importante na construção da democratização do País. Com o movimento da reforma sanitária, a participação da sociedade foi oficializada legalmente a partir da Constituição de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90, nas quais a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, nas diferentes esferas, foi amparada (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a, 1990b). Assim, a participação da sociedade, também denominada de controle social, foi

conquistada com inserção de órgãos colegiados deliberativos, como os conselhos de saúde e outros espaços institucionalizados.

No momento em que se reporta a participação social como um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, não nos podemos esquecer de que essa participação pretende capacitar indivíduos e grupos para a transformação da realidade, respeitando-se o universo cultural das comunidades e se entendendo a prática pedagógica como dinâmica e participativa. A proposta do Programa Saúde da Família deve atender essas realidade, já que um dos seus objetivos é desenvolver no usuário uma participação ativa e efetiva no exercício de uma cidadania consciente, de emancipação dos sujeitos.

Entendemos que um bom indicador deste fato é se mudanças estiverem ocorrendo na vida dessas pessoas e gerando por meio delas uma consciência crítica dos seus direitos de cidadão e de reorientação dos serviços e das políticas públicas. Acreditamos que desta forma a promoção da saúde se completa, pois, no momento em que a população atuar como identificador das suas necessidades e implementar conjuntamente essas mudanças com o profissional, avaliarem as mudanças e reorientarem, aí sim, a promoção da saúde se efetiva.

Enfocando experiências de participação da clientela, destacamos o estudo de Machado e Vieira (2004), que abordou concepções e percepções acerca de participação de mães e profissionais em um programa de desnutrição infantil. Para as mães desse estudo, participação é cumprir as obrigações estabelecidas pela instituição, visando à recuperação de seus filhos. Já os profissionais, apesar de compreenderem os elementos importantes para que o processo ocorra, não utilizam estratégias adequadas para esta ser alcançada. Com efeito, suas visões pessoais do que é participação encontram-se dissociadas e desconhecidas em ambos os lados, conseqüentemente, uma participação ativa, atuante e crítica está prejudicada.

Parece-nos que estabelecer um processo participativo é tarefa importante para os profissionais de saúde, buscando desenvolver e valorizar a ação participativa e as habilidades dos indivíduos, para que estes possam exercer uma força social e agir em prol da coletividade.

Garcia (1996), no seu estudo com adolescentes grávidas, no qual, buscando conhecer como ocorre à dinâmica das relações externas estabelecidas entre as famílias das adolescentes e a comunidade em que estavam integradas, constatou que, do grupo das treze adolescentes do estudo, de sete, as famílias não participavam de nenhuma atividade de caráter comunitário. Entre as diversas razões apontadas para a não-participação familiar, destacaram-se a falta de interesse, a distância, a falta de tempo e o cansaço decorrente da luta cotidiana pela sobrevivência.

Entendemos que o grau de envolvimento do ser humano em um processo por meio de sua participação será conforme seu conhecimento da realidade. Não adianta propor participação junto à comunidade, quando não se planeja, discute e juntos crescem no processo. Toda vez que a clientela participa como membro ativo no planejamento e execução de uma atividade, torna-se co-responsável do seu sucesso ou fracasso. Para tanto, se faz necessário refletir junto à comunidade, respeitando alguns princípios, como indica Varela (1999): respeito à liberdade de pensar e agir das pessoas; valorização dos processos cognitivos, da experiência pessoal na atualização de si (ou crescimento), da razão comunicativa, estimulando a competência comunicativa na busca do senso sobre a verdade.

Assim expresso, participação neste estudo é entendida como um processo em que todos os segmentos envolvidos refletem, discutem, opinam e atuam sobre uma dada realidade - no caso específico, a participação do usuário no Programa Saúde da Família por meio das ações de educação em saúde. Nesta perspectiva, entendemos que, conhecendo como a clientela participa e em que nível esta tem ocorrido, resultados positivos podem emergir na realidade investigada.

**4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS:  
A ELABORAÇÃO DO *CORPUS* DE  
ANÁLISE**

---

Neste capítulo, apresentaremos o trajeto metodológico a ser percorrido. Iniciamos descrevendo o referencial teórico-metodológico adotado e a decisão sobre o método escolhido, em seguida, o cenário onde o estudo foi realizado, quem foram os sujeitos, os instrumentos utilizados para a coleta dos dados e os procedimentos adotados para a análise, não nos esquecendo de ressaltar as questões éticas observadas para realizar a investigação.

#### **4.1 Referencial Teórico-Metodológico**

A adoção de modelos e teorias para a investigação deve ocorrer no sentido de nortear a investigação, nas análises e, conseqüentemente, a produção do conhecimento.

A utilização de modelos e teorias para investigação no campo da promoção da saúde pode facilitar o entendimento dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e aos interesses das pessoas envolvidas. O uso de modelos e teorias como suporte para orientar a prática contribui para que o planejamento de ações se aproxime do contexto da clientela, além de ajudar a compreender as dificuldades e limitações dos programas de promoção da saúde (NAIDOO; WILLS, 1994).

Para Riehl e Roy (1980), modelo é um grupo de conceitos sistematicamente constituídos, cientificamente embasados e logicamente relacionados, o qual identifica componentes essenciais da prática, denominado também de modelo conceitual ou estrutura conceitual. Para Chinn e Kramer (1995), teorias e modelos são bases para investigação. É o caminho para caracterizar um fenômeno, para apontar aqueles componentes ou características que dão identidade ao fenômeno e dar suporte à prática profissional (BARNUM, 1998).

A estrutura conceitual, portanto, é um paradigma ou elenco de conceitos e proposições gerais e abstratas que fornecem uma estrutura de referência em um domínio de investigação de uma disciplina que trabalha com os conceitos (GEORGE, 2002).

Assim, modelo é entendido como referenciais conceituais, representações elaboradas de algum aspecto do ambiente, utilizando as abstrações como blocos embaçadores; e teoria é compreendida como uma generalização abstrata, que apresenta uma explicação sistemática sobre as relações entre fenômenos, aplicável a uma variedade de situações reais, sendo capaz de analisar, predizer, explicar a natureza ou comportamento de um fenômeno específico. Tanto a teoria como o modelo permitem construir uma base mais sólida, para uma prática mais informada (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004).

O conhecimento dos modelos e teorias, assim como sua utilização na prática, facilitará a implementação de ações mais eficazes de promoção da saúde, garantindo continuidade nessa direção, pois a promoção da saúde, como prática social, se faz no continuum de reflexão e ação. Quem focaliza mudanças de comportamento de saúde deve observar suas bases teóricas e o diálogo com as pessoas envolvidas, para criar um clima de abertura e compartilhamento, no processo e nos seus resultados.

A utilização de modelos e teorias que orientem as ações de promoção da saúde para o desenvolvimento individual e coletivo contribuirá para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de se cuidar e agir, ser protagonista, além de possibilitar maiores chances no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde quanto para a prevenção de doenças (FREUDENBERG et al., 1995).

No caso específico deste estudo, buscamos examinar a participação desde a decisão individual, de uma atitude de prontidão, para agir sobre o ato de cuidar de si, na família e no grupo, como agente de mudança. Neste sentido, empregamos o Modelo de Estágios de Mudança, de Prochaska e DiClemente (1982).

### **MODELO DE ESTÁGIOS DE MUDANÇA (*THE STAGES OF CHANGE MODEL*)**

O Modelo de Estágios de Mudança foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente.

Prochaska é formado em Psicologia Clínica, professor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Rhode Island e diretor do Centro de Pesquisa de Prevenção do Câncer dos Estados Unidos. É também docente honorário do curso de Medicina da Universidade de Birmingham (Inglaterra). É autor de cerca de 100 publicações, incluindo três livros. É reconhecido internacionalmente pelo seu trabalho como colaborador do Modelo de Estágios de Mudança (PROCHASKA, 2006).

DiClemente é formado em Psicologia Clínica, professor do Departamento de Psicologia da Universidade Maryland, nos Estados Unidos. É internacionalmente conhecido pelo seu trabalho realizado com o Modelo de Estágios de Mudança, com usuários de drogas e tabagismo. É autor de aproximadamente 140 publicações (DICLEMENTE, 2006).

O Modelo de Estágios de Mudança foi desenvolvido em 1982, sendo resultado do estudo comparativo de teorias de Psicoterapia e de mudança de comportamento. Descreve e explica diferentes estágios comuns que ocorrem com as pessoas durante os processos de mudança. Baseia-se no fato de que a mudança de comportamento é processual, e que os indivíduos têm vários níveis de motivação e prontidão, para mudar (NAIDOO; WILLS, 1994; BUNTON; MACDONALD, 1992).

Prochaska e DiClemente (1982) descrevem a prontidão para mudar como estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Ao desenvolverem um instrumento para identificar os estágios de mudança, chegaram a quatro estágios bem definidos, confiáveis e bem relacionados entre si: Pré-contemplação, Contemplação, Determinação ou Preparação e Ação. Os autores trazem ainda o estágio denominado Manutenção, o que eles identificam como etapa de manutenção. Os estágios são na seqüência descritos:

1 Pré-contemplação - neste estágio, não se tem nenhuma intenção de mudança do comportamento, em um futuro breve; nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema. O indivíduo não tem consciência do comportamento que deve ser mudado, pode ter consciência das conseqüências de seu comportamento, mas não planeja mudá-lo. Nesta fase, o profissional de saúde pode discutir com o indivíduo os problemas associados com a doença ou condição de risco.

No nosso estudo, este estágio pode ser identificado quando os usuários receberam informações para mudança de comportamentos de saúde, no entanto, não demonstrou uma mesma atitude para mudança.

2 Contemplação – caracteriza-se pela conscientização de que existe um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança. Neste estágio, as pessoas estão pensando na mudança de comportamento; o profissional poderá discutir com o indivíduo os potenciais benefícios que a mudança pode trazer. Neste estudo, foi entendida como mudança de comportamento e o reconhecimento dos benefícios ocorridos no indivíduo, mas também em relação à família.

3 Determinação ou Preparação - fase em que o indivíduo seriamente se compromete com as mudanças, e decide fazê-las em curto período. No estudo, identificamos este estágio quando o usuário, além de cuidar de si e de sua família, passa a compreender da ação no coletivo, identificando ações necessárias no seu entorno.

4 Ação – este estágio acontece quando o indivíduo escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido. A mudança já se iniciou, o profissional elabora, com o indivíduo, um plano de ação, para o indivíduo, família e o seu entorno.

5 Manutenção - continuidade da mudança, para benefício da saúde; nesta fase, a vontade de manter a mudança é fator-chave para o sucesso, podendo ocorrer recaídas. É o estágio em que se trabalham a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação. O profissional realiza o acompanhamento do indivíduo e suas mudanças. Os dois últimos estágios de mudanças apresentados foram identificados no nosso estudo, quando o usuário, além de todas as mudanças ocorridas nos demais estágios, demonstrou interesse em participar ou participou junto à unidade de saúde/gestão.

Este modelo é circular e tem aplicação, tanto no plano individual, como no contexto de programas. Facilita a decisão, quando as pessoas querem mudar, identifica barreiras para as mudanças, reconhecendo obstáculos em problemas comuns, durante a mudança. De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (1999), o indivíduo não caminha nos estágios de forma linear-casual (em que há uma causa, um efeito e conseqüentemente alteração no comportamento) como anteriormente se pensava. As

mudanças de estágios são mais bem representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir, sem ordenação lógica.

O modelo foi escolhido para o estudo por ter aplicação em ambos os níveis - individuais e de programas. Nutbean e Harris (1998) referem que, para um programa, o modelo é útil por demonstrar os diferentes processos de mudanças, como, por exemplo, de que forma as etapas do programa estão ocorrendo e ainda como as intervenções devem ser tomadas. E ainda pode ser aplicado para diferentes populações, circunstâncias e necessidades. Os autores destacam que as pessoas têm diferentes percepções e, portanto, diversificados níveis de prontidão para mudar.

O Modelo de Estágios de Mudança é considerado uma ferramenta eficaz para intervenções de mudanças no estilo de vida e é usado, principalmente, nos Estados Unidos, para controle de doenças, no Instituto Nacional do Câncer, no Centro de Controle do Alcoolismo, na Associação Americana de Pneumologia. Além disso, há relatos do uso desse modelo em programas para pessoas obesas, sedentárias, fumantes e na adoção do uso do condom na prática do sexo seguro (HANSON; BENEDICT, 2002).

Pesquisando estudos que utilizaram o Modelo de Estágios de Mudança, de Prochaska e DiClemente, encontramos o uso deste em pesquisas com dependentes de álcool (HERNANDEZ-AVILA, BURLESON e KRANZLER, 1998); usuários de drogas (SCOTT, 2004); tabagismos (FARKAS et al., 1996; PEARLMAN et al., 2004), e obesidade (LAMB; JOSHI, 1996). No Brasil, estudos cadastrados no banco de dados do Portal da CAPES e da Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) nos últimos cinco anos, encontramos dois trabalhos utilizando este modelo. Um dos estudos teve como objetivo identificar os estágios motivacionais em alcoolistas que estão iniciando um tratamento em unidade especializadas na recuperação da dependência química e verificar se há uma correlação entre estes estágios e a gravidade da dependência alcoólica do grupo estudado ( OLIVEIRA et al., 2003). O outro ensaio investigou se uma intervenção psicológica produz melhora de índices clínicos em pacientes prestes a receberem um tratamento odontológico (SOUZA; SILVA; GALVÃO, 2002).

Esses questionamentos conduziram a elaboração da estrutura teórica do estudo, denominada de **Estrutura Teórico-Methodológica de uma Participação Habilitadora**. Esta estrutura teórica foi inspirada no Modelo de Estágios de Mudança, de Prochaska e DiClemente, no qual buscamos a partir deste construto identificar níveis de mudanças ocorridos nos indivíduos e família ao longo de sua incorporação no PSF. Tomamos como descritores de evidência comportamentos e atitudes manifestados pelos informantes como resultado de sua participação no PSF.

A estrutura é a fundamentação conceitual de um estudo. Nem todo estudo é baseado em uma teoria ou modelo conceitual, mas todos possuem uma estrutura, que pode estar implícita ou descrita pelo pesquisador (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004). A figura 01 a seguir traz a estrutura teórico-metodológica deste estudo, formada por níveis de participação do usuário no Programa Saúde da Família.

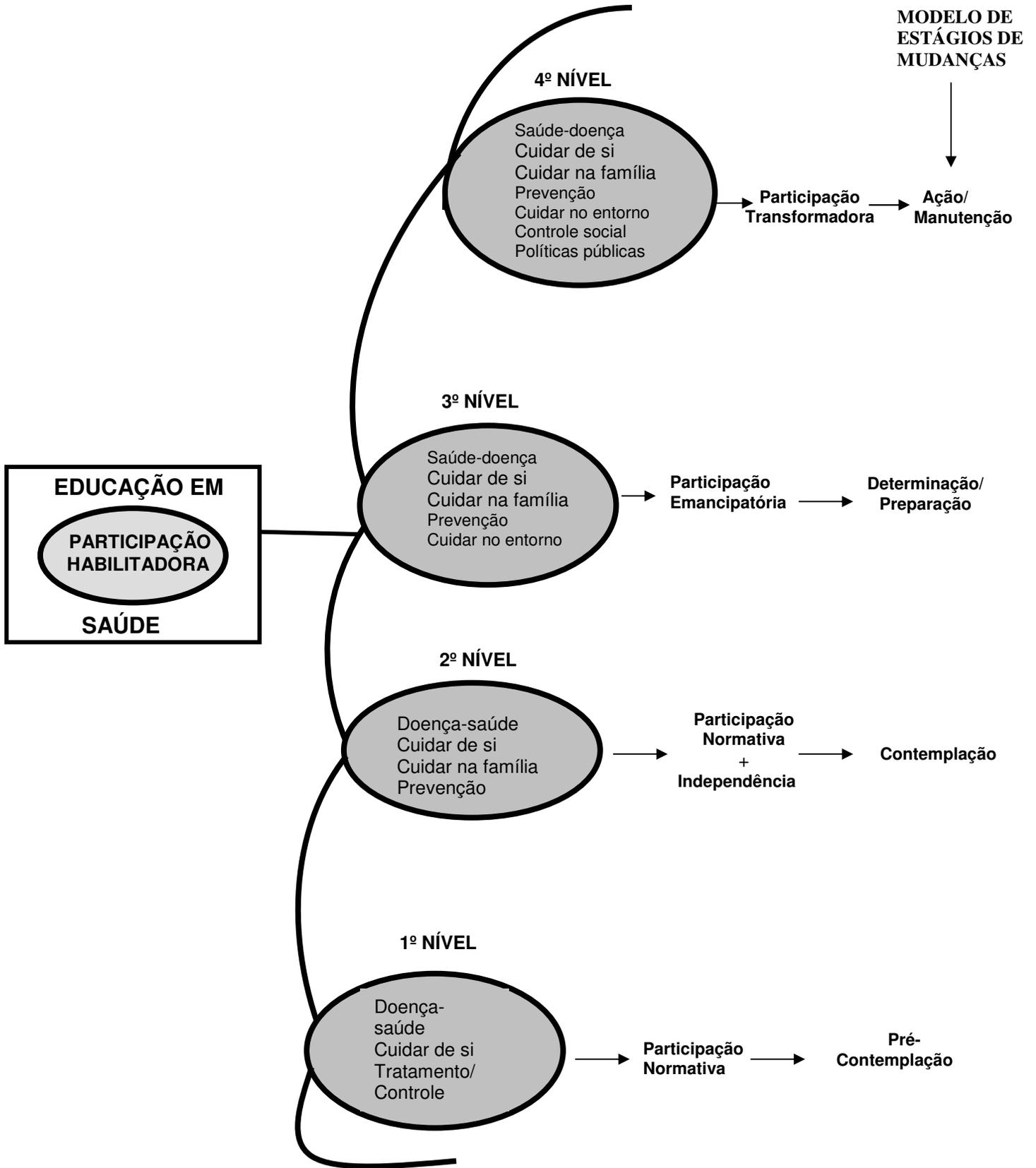


FIGURA 1 - Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora. Fortaleza-CE,2006.

A participação habilitadora, entendida no estudo como já mencionado, como aquela que leva a autonomia e emancipação do usuário, constituída por meio de um processo educativo, pode acontecer em diferentes níveis dentro do Programa Saúde da Família. Acreditamos que isto acontece em movimento espiral ascendente, como demonstrado na Figura 01, ocorrendo por meio do estímulo à participação do usuário para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para agir na promoção da saúde, no sentido do mais simples para o de maior complexidade. No primeiro nível o indivíduo aprende primeiro a cuidar de si mesmo, no segundo a cuidar dentro do contexto da família, no terceiro nível aprende a cuidar do entorno, e, por último, a exercer a cidadania.

*No primeiro nível*, o usuário estará apto a cuidar de si, representando neste caso uma **Participação Normativa**. O usuário toma para si uma consciência ou necessidade para cuidar da doença que afeta sua saúde, com ênfase no tratamento e controle desta e ainda está muito no plano individual. Neste, consideramos aqui um **estágio de Pré-Contemplação**. O indivíduo pode mudar, mas não tem nenhuma intenção de que essa mudança vai acontecer de imediato ou que seja mantida. Para ilustrar uma situação que se enquadre neste nível, podemos trazer, como exemplo, a mãe que, quando o filho tem uma diarreia, aprende como conduzir esta situação em casa, utilizando o soro caseiro, no entanto, quando a criança contraí outra diarreia, ela logo procura o serviço de saúde. Neste caso, não houve mudança, não se formou uma consciência para isto, o usuário tem a informação, mas não demonstra uma mudança efetiva.

*No segundo nível*, a participação do usuário é ampliada para o desenvolvimento de uma consciência para além de cuidar de si, mas também para cuidar na família, considerada uma **Participação Normativa + Independência**. Neste sentido, o indivíduo toma consciência de que seus problemas podem afetar a dinâmica familiar, como, por exemplo, ele é hipertenso e faz uso do álcool ou tabaco, criando conflitos e afetando o relacionamento com a família. Neste caso, o indivíduo toma consciência de que isto prejudica a ele e a sua família. Neste nível, há uma compreensão do usuário de que, quando algo afeta a ele ou a um membro da família,

toda a família, de alguma forma ou em alguma dimensão, é afetada. Neste caso, podemos considerar que houve um **estágio de Contemplação**.

*No terceiro nível*, o usuário, além de cuidar de si e da sua família, estende sua participação para cuidar também do seu entorno, o que representa o início da formação de uma consciência crítica de cuidado coletivo, representando uma **Participação Emancipatória**. Os problemas do grupo e ou comunidade passam também a ser seus problemas, daí o seu envolvimento no sentido de solucioná-los. Para ilustrar este nível, podemos pensar numa situação que afeta diretamente o indivíduo, mas que também afeta a comunidade, como, por exemplo, a falta de profissionais ou medicamentos no serviço para um cliente hipertenso. O cliente passa a ter consciência de que não é só ele o afetado, mas todo um grupo que é hipertenso como ele. Há uma tomada de consciência de que além de cuidar de si e da família, é também parte de um grupo. Ocorre assim o **estágio de Determinação ou Preparação**.

*O quarto nível*, o usuário cuida de si, da família, do seu entorno e há uma compreensão e envolvimento com as políticas pblicas, aqui representado pela participação do usuário nos conselhos municipais de saúde, mobilizações sociais e outros grupos, representando uma **Participação Transformadora**. Neste nível, o indivíduo passa a perceber que o problema não é só do grupo de hipertensos ou dos diabéticos, por exemplo, mas de toda uma coletividade, daí a necessidade do envolvimento da sociedade como um todo para solucioná-lo. O usuário será capaz de buscar em um contexto mais amplo com outros grupos, juntando-se com outros movimentos sociais, estratégias no sentido de viabilizar ações de promoção da saúde para a realidade na qual se encontra. Consideramos aqui que acontece o **estágio de Ação e ou de Manutenção**.

Para um entendimento da dimensão do ato de cuidar nestes cenários, buscamos no estudo nos amparar em conceitos que guiem nossa compreensão. Para Collière (1989), cuidar é tomar conta, é um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita e atividades que visam a manter, sustentar a vida. Watson (1979) refere que o cuidado implica desenvolvimento pessoal, de modo que, quando a pessoa cuida de si ou do outro de modo autêntico, propicia crescimento e liberdade

para a escolha das possibilidades. É neste sentido que compreendemos o ato de cuidar nos diferentes níveis de participação, pois o usuário, a partir do seu desenvolvimento pessoal para cuidar de si, amplia a visão para cuidar da família e do entorno.

Para identificar e analisar os níveis de participação dos usuários, utilizamos instrumentos que registraram eventos junto aos informantes do estudo em diversos cenários da atenção à saúde no PSF (indivíduo, família e entorno).

Acreditamos que o modelo escolhido guiou a busca pela compreensão do nosso objeto de investigação, no sentido de nos apontar, por intermédio dos estágios de mudança, qual a direção político-ideológica que o movimento educativo dentro do Programa Saúde da Família conduz quanto à participação do usuário.

## **4.2 Método de Pesquisa**

A opção pelo método da pesquisa está na definição do objeto de estudo, e deve ser adequada no sentido de responder às indagações que norteiam a investigação. Nesse sentido, optamos por uma investigação qualitativo-descritiva. A escolha tem por base o objeto do nosso estudo, que é compreender Educação em Saúde, que enseja aprendizagem, via participação habilitadora, nos diversos níveis do ato de cuidar: indivíduo, família e comunidade, no Programa de Saúde da Família. Para tanto, optamos por um método que permita o delineamento e a análise de fatos, fenômenos, idéias e percepções, visto que estes aspectos não podem ser quantificados.

Por meio da abordagem qualitativa, busca-se interpretar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas vivenciadas e aos fenômenos sociais (MINAYO; DESLANDES, 2002). A pesquisa qualitativa, como indica Minayo (1998), não se preocupa em quantificar, mas em compreender os fatos oriundos das relações sociais, resultado da atividade humana, a qual pode ser percebida no cotidiano, na vivência e explicação do senso comum. Assim sendo, esta abordagem representa uma opção indicada para o nosso estudo, já que este tem como

preocupação descrever as experiências de participação dos sujeitos, identificando em que nível se encontra.

Na perspectiva de Nietzsche e Leopardi (2002), com esse tipo de pesquisa, tenta-se compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e também na perspectiva do próprio pesquisador.

Quanto aos fins, é também descritiva, destacando que tal modalidade de pesquisa pode ser, como ensina Santos (1999), um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema, podendo também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VERGARA, 1997).

É importante ressaltar, ainda, a relação deste método com o referencial teórico-metodológico eleito para o estudo, o Modelo de Prochaska e DiClemente, que apresenta na sua estrutura conceitual estágios de mudanças que contribuíram para a compreensão do objeto e elucidaram encaminhamentos para este estudo. Assim, o método escolhido foi adequado à pesquisa em foco.

### **4.3 Contexto do Campo de Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Crato-CE, Município localizado na microregião do Cariri, no sul do Estado, a 560 km da Capital, com uma população de 107.718 habitantes, sendo 78.561 na zona urbana e 29.157 na zona rural (IBGE, 2002). O serviço de atenção primária à saúde está focalizado nas unidades básicas com Programa Saúde da Família. Esse Programa foi implantado no Município em dezembro de 1998, iniciando seu funcionamento com quatro equipes, distribuídas inicialmente na zona rural, em face de que os usuários da zona urbana podiam contar com atendimento junto aos hospitais e postos de saúde locais (SILVA, M., 2003). Seguidamente, o Município foi estruturando o PSF, objetivando a cobertura de toda a população e encontra-se hoje com 24(vinte e quatro) equipes, distribuídas 14(quatorze) na zona urbana e 10(dez) na rural. É nesse cenário que foi desenvolvido o estudo, no qual

selecionamos para a investigação as equipes sediadas na zona urbana, resguardando, neste caso, o critério de acessibilidade do pesquisador ao campo.

A escolha do local da pesquisa decorreu das seguintes razões: do fato de a autora ser docente de um curso de graduação em Enfermagem em uma universidade sediada nesse Município e trabalhar com alunos na disciplina Educação em Saúde na realidade a ser investigada; de ser o Programa Saúde da Família cenário onde a participação deve ocorrer em toda sua plenitude, haja vista que isto representa um dos princípios deste Programa; pela possibilidade de colaborar com o desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural, e, por fim, pela intenção de contribuir como profissional e docente na reflexão desta temática junto aos profissionais do contexto investigado.

#### **4.4 Os sujeitos do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida com os usuários do Programa de Saúde da Família e os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, no Município já referido. O grupo de informantes foi composto pelos usuários e profissionais das equipes do PSF da zona urbana do Município. Foram selecionadas as equipes que tinham mais tempo de implantação, levando em conta a experiência com os usuários. Ainda consideramos para o recorte desse grupo os critérios de inclusão e exclusão definidos para esta pesquisa, como indicado.

##### *De inclusão*

- Ser profissional de saúde pertencente a uma equipe do PSF que tenha no mínimo cinco anos de implantação (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde);
  - o profissional concordar em participar do estudo;
  - ser usuário do PSF no mínimo há cinco anos; e
  - o usuário concordar espontaneamente em participar do estudo.

##### *De exclusão*

- Todas as situações que não se coadunaram com os aspectos inclusivos.

A não-inclusão do profissional dentista e do auxiliar de consultório dentário, como informantes da pesquisa, ocorreu em razão do tempo de inserção destes profissionais na ESF, que só aconteceu no Município a partir de 2001 e, ainda, pelo modo como eles estão inseridos nas equipes, uma vez que cada profissional desempenha suas atividades em duas ESF.

O limite do tempo de cinco anos como critério de inclusão do usuário no estudo justifica-se, primeiro, por ser o tempo máximo de implantação das equipes da zona urbana no Município no momento da coleta dos dados, e por acreditarmos que este tempo é significativo para obter diferentes estágios de mudanças de comportamentos de saúde e ainda possibilitar a essas pessoas a exposição de suas vivências de participação no Programa.

Além dos critérios há pouco estabelecidos para a seleção dos informantes, fizemos sorteios dos usuários dentro das diversas ações do Programa, buscando desta forma assegurar maior rigor no estudo, e tratamento igualitário desses informantes dentro dos critérios de inclusão já referidos.

Após os recortes mencionados, o grupo de informantes ficou assim definido: cinco equipes de Saúde da Família foram selecionadas para o estudo, das quais foram entrevistados de sete a dez usuários por equipe, totalizando 42 (quarenta e dois) usuários participantes do estudo e 31 (trinta e um) profissionais das ESF. O número de profissionais decorre do fato de uma ACS se encontrar de licença médica e ainda porque nem todas as equipes contam com o número de quatro ACS por equipe. Perfaz, assim, um total de 73 informantes para a pesquisa. Entendemos que este número foi suficientemente representativo, já que, de acordo com o método escolhido, não há preocupação com a representatividade numérica.

#### **4.5 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados**

A coleta de dados junto aos sujeitos foi orientada por três instrumentos, que, apesar de serem distintos, se completam nas suas funções de busca de informações, permitindo níveis diferentes de eficácia na de coleta de dados. Como indicam Poulain e

Proença (2003), as pesquisas podem associar vários métodos de coleta, de acordo com os objetivos a serem alcançados. Assim, utilizamos no estudo a entrevista semi-estruturada, o grupo focal e a observação, sobre o que nos reportaremos a seguir, separadamente.

A utilização desses instrumentos possibilitou a técnica de triangulação dos indicadores, que representa na pesquisa um recurso de rigor metodológico, pois permite analisar o objeto de estudo usando mais de uma visão. Corroborando este fato, Leopardi (2002) refere-se à triangulação como algo em que o investigador, ao utilizar três fontes ou técnicas diferentes de coleta de dados, obtém diferentes formas de acesso aos indicativos e, desta forma, garante confiabilidade à coleta e precisão nos julgamentos, por produzirem dados comparáveis. Esta técnica possibilitou não somente examinar o nosso objeto em várias perspectivas como principalmente ampliar nossa perspectiva sobre o fenômeno.

O primeiro instrumento utilizado consistiu de uma entrevista semi-estruturada direcionada aos usuários e outra aos profissionais (apêndice A e B), ressaltando que, neste caso, o entrevistador segue um roteiro preestabelecido (LAKATOS; MARCONI, 1991) e o referido modelo de entrevista é apropriado para uma pesquisa qualitativa, visto que esta, conforme indica Triviños (1987), oferece liberdade para que o informante seja espontâneo nas suas respostas.

A técnica de entrevista semi-estruturada consiste em “fazer falar” as pessoas quando interrogadas sobre determinado tema, podendo ser reformulado no decorrer do tempo para redirecionar a discussão, sem deter-se estritamente ao assunto de partida (POULAIN; PROENÇA, 2003).

A escolha desta modalidade se justificou no estudo na medida em que a pesquisa se propôs identificar fatores explícitos e implícitos no discurso dos sujeitos pesquisados, o que, eventualmente, solicitou da nossa parte maior flexibilidade na abordagem direcionada aos informantes pesquisados. A entrevista semi-estruturada permite ao investigador formular novas perguntas, além daquelas previamente elaboradas, de acordo com o discurso dos sujeitos e, desta forma, estes também participam da estruturação da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas abordaram aspectos relacionados à participação do usuário no PSF e foram gravadas mediante autorização dos informantes do estudo, e, quando não autorizado pelos participantes, os dados foram, por nós, registrados manualmente e em seguida lido para o entrevistado, para que confirmasse seus posicionamentos. Somente um usuário se recusou ao procedimento, sendo feito todo o registro de sua fala no diário de campo. As entrevistas, tanto com os usuários como com os profissionais, aconteceram na própria unidade básica de saúde, com duração de 30 a 50 minutos.

Para enriquecer as falas dos entrevistados e em busca de mais informações referentes ao objeto de investigação, utilizamos o grupo focal, que contribuiu com a coleta de dados, no sentido de que este tipo de instrumento propicia o relato de experiências e percepções em torno de um tema, obtendo informações qualitativas em profundidade. O sucesso no uso da técnica está no fato de que exista um foco, um tópico a ser explorado, que pode ser um tema, específico, um grupo, ou ambos (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). No caso deste estudo, o foco foi participação do usuário no contexto do Programa Saúde da Família.

Para a realização do grupo focal, ficamos atenta a todos os passos sistematizados na literatura referida pelos autores anteriormente comentados, tais como: homogeneidade do grupo (foram operacionalizados grupos distintos com profissionais e usuários), limite no número de participantes (nenhum grupo ultrapassou dez participantes), e, seguindo um roteiro, para direcionar a discussão (apêndice C). Quanto ao número de participantes, Debus (1997) refere que o ideal é de seis a quinze pessoas por grupo. Realizamos um grupo com os profissionais e outro com os usuários de cada equipe investigada. No que se refere à composição do grupo, esta pode ocorrer desde um grupo preexistente ou organizar-se para o objetivo da investigação (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002). O grupo dos usuários foi formado a partir dos informantes entrevistados.

Por fim, lançamos mão da observação provida de um *check-list* (apêndice D) com o intuito de sistematizar e direcionar o processo. No que se refere à observação como instrumento de investigação, concordamos com Trentini e Paim (1999), quando assinalam que esta deve ser consciente, objetiva, formalizada e exteriorizada, de maneira que seja exposta à compreensão de outras pessoas. No nosso estudo,

utilizamos a observação aberta, neste caso, o grupo investigado tem conhecimento do papel do pesquisador (POULAIN; PROENÇA, 2003), ou seja, os informantes do estudo estiveram cientes do nosso papel de pesquisadora durante o momento observado.

A ocasião escolhida no estudo para realizar a observação foi uma sessão educativa, primeiro, pela importância da participação na aprendizagem, como já descrito no decorrer do trabalho, e, segundo, por ensinar uma visão tanto dos usuários quanto dos profissionais, objetivando obter, dos informantes estudados, comportamentos, atitudes e enfrentamentos que expressem a participação. As sessões educativas observadas foram aquelas planejadas e desenvolvidas pelos profissionais das equipes, com tópicos e estratégias por eles escolhidos. Assim, foram palestras, grupos e sala de espera e o número de observações foi de duas a três por ESF.

Antes da fase de coleta de dados, realizamos o teste dos instrumentos Apêndices A e B, com seis informantes de um PSF de outro município (três usuários e três profissionais), buscando refinar e validar os instrumentos, no sentido de atender a investigação. A realização do teste-piloto possibilitou validar os instrumentos de coleta de dados, confrontando com os objetivos do estudo. Os dados coletados no teste possibilitaram, ainda, testar a estrutura teórica e o modelo de análise adotado no estudo.

As respostas obtidas das entrevistas e grupo focal nos momentos vivenciados junto aos participantes do estudo foram transcritas imediatamente após a gravação, para que não se perdessem informações importantes à compreensão do fenômeno estudado. Em seguida, procedemos à leitura do material e o agrupamos em categorias, as quais foram analisadas à luz da literatura e do referencial teórico, indicado neste estudo. Em relação aos dados da observação, utilizamos as informações provenientes do *check-list*, mais as nossas observações registradas no diário de campo.

#### **4.6 Técnica para Análise dos Dados**

Os dados qualitativos apresentam-se sob a forma de descrições narrativas, que, em geral, decorrem de entrevistas e anotações. Não existe um acordo comum

quanto à forma de análise na pesquisa qualitativa. Como indica Patton (1990), contudo, isto não quer dizer que não existam orientações sobre como fazê-lo. Corroborando este fato, Cavalli (1996), acentua que qualquer método requer um conjunto de regras e procedimentos, que permitem controlar os componentes subjetivos da interpretação.

Entre as estratégias adotadas na análise deste método, incluem-se preparação e descrição do material bruto, redução dos dados, interpretação e análise (MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998). Para Minayo e Sanches (1993), uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou da fala cotidiana dentro de um quadro de referência, no qual a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

Na investigação qualitativa, um procedimento útil é a formulação e organização dos dados em categorias, que dependem fortemente dos objetivos do estudo e da experiência do investigador (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002). Neste estudo, optamos por este procedimento e para orientar a composição das categorias, buscamos o método de análise de conteúdo, já que este oferece uma padronização na organização do material coletado e conseqüente rigor no processo de análise (BARDIN, 1977).

Este método teve origem nas pesquisas quantitativas, sendo hoje, amplamente usado nos estudos qualitativos como um referencial de análise. Conforme se reportam as autoras anteriormente citadas, este “busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo organizar os dados em unidades léxicas (palavras significativas) ou categorias (classe de dados definidos por uma expressão ou palavra)” (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002, p. 241-242).

O método de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977, p.42),

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Neste ordenamento, os procedimentos são estruturados de forma a promover uma organização dos dados por fases, procurando, a partir daí, conhecer aquilo que

está por trás das palavras, ou seja, é uma busca da compreensão de uma realidade por meio das mensagens, e, assim, realizar inferências com base nos conhecimentos adquiridos pela leitura flutuante do objeto de estudo e pelo referencial teórico eleito.

O método de análise de conteúdo de Bardin (1977), cronologicamente, apresenta três fases a seguir delineadas.

1. Pré-análise - momento destinado à organização do material. Corresponde a um período de intuições, mas tem como propósito operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, visando ao desenvolvimento das fases posteriores. Nesta etapa, se processa a leitura exaustiva das entrevistas e destaca-se os temas para posterior análise.

Neste estudo, esta fase foi direcionada para a leitura das entrevistas referente aos usuários e, posteriormente, às entrevistas dos profissionais. No procedimento da leitura do material, buscamos destacar os temas das falas, por exemplo: O PSF é o negócio de ajuda do governo, *de ajudar as famílias mais carentes (U-4.7)*. Nesta fala, obtivemos, por meio do tema destacado, uma percepção do usuário acerca do PSF como um Programa para pessoas de baixo poder aquisitivo. Este tema e os demais que surgiram nesta abordagem possibilitaram constituir a categoria **“Percepção do usuário acerca do PSF”**.

2. A exploração do material - quando o material está preparado para análise, ou seja, é a análise propriamente dita. É a aplicação sistemática das decisões tomadas, o momento de se aplicar o que foi definido na fase anterior, em termos de operações de codificação, a partir da identificação das falas semelhantes.

Neste período, procedemos ao agrupamento das falas desde os temas destacados nas narrativas dos informantes, possibilitando o estabelecimento das categorias, tais como: percepção do usuário acerca do PSF; acessibilidade; respostas às necessidades sentidas; Educação em Saúde e outras.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos; a partir daí, o analista, tendo a sua disposição resultados significativos e fiéis, pode, então, propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos e com base no referencial adotado.

Esta fase foi amparada no Modelo de Estágios de Mudança, de Prochaska e DiClemente, na Estrutura Teórico-Metodológica da Participação Habilitadora e na literatura revisada, possibilitando a interpretação e análise dos indicativos. Buscamos nos aprofundar nas mensagens expressas nas falas dos informantes do estudo, o que possibilitou fazer inferências.

Assim, empregamos o procedimento da análise temática, umas das técnicas da análise de conteúdo, a qual recomenda a utilização de tema como base de análise do material coletado, ou seja, das respostas dos informantes foram retirados temas, para posterior análise.

Para Urung, citado por Bardin (1977, p.105),

[...] tema é uma unidade de significações complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode reenviar (e reenvia geralmente) para diversos temas.

Na lição de Bardin (1977), a técnica de análise temática busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, observando a freqüência de aparição, podendo esta significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Para organização dos temas, retirados das falas dos informantes, em categorias, respeitamos os princípios, citados por Bardin (1977), de homogeneidade, exclusão mutua, pertinência, objetividade e produtividade.

As categorias empregadas na codificação dos dados podem surgir do referencial teórico que norteou o estudo, desenvolvidas indutivamente durante a fase de análise dos dados ou podem ser fornecidas pelos próprios participantes do estudo. O fundamental é que elas sejam desenvolvidas em estreita interação com os dados, permitindo, assim, a compreensão destes (MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998). Nesta pesquisa, a formulação das categorias foi inspirada no referencial teórico do estudo, o Modelo de Estágios de Mudança, nos objetivos e nas narrativas dos informantes, identificando, a partir do construto teórico elaborado, categorias que revelaram os estágios de mudança ocorridos nos indivíduos e famílias integrados no Programa Saúde da Família. Estas categorias formaram o nosso mapa conceitual de análise, o

qual indicou a direção político-ideológica do tipo de participação promovido pela equipe de Saúde da Família, aos usuários do Programa.

Os dados de identificação dos entrevistados contidos nos instrumentos da pesquisa possibilitaram constituir o perfil dos informantes. Esses estão organizados em quadros e posteriormente agrupados em tabelas.

A análise dos dados foi submetida à luz do referencial teórico e da literatura para a pesquisa, nos eixos da Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Participação e Programa Saúde da Família.

#### **4.7 Aspectos éticos**

A ética é o conhecimento ordenado que estuda o comportamento moral do homem perante a sociedade, sendo universal e única, estando sempre no singular, pois pertence à natureza humana presente em cada pessoa e deve ser respeitada (BOFF, 2000). Com base nesta premissa, procuramos observar as questões éticas que envolvem um processo de pesquisa.

Assim, submetemos o projeto desta investigação à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o qual foi aprovado, conforme parecer do referido órgão (Anexo A).

Esta resolução visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996b), observando-se os quatro referenciais básicos da Bioética - autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça - contidos na mencionada Resolução.

No respeito ao princípio da autonomia, de início solicitamos autorização à Secretaria de Saúde do Município e à Coordenação do Programa Saúde da Família para realização da pesquisa (apêndice E e F). Em seguida, mantivemos contato com os profissionais e os usuários, a fim de prestar todos os esclarecimentos necessários

acerca da busca. A aceitação para participar do estudo foi voluntária, podendo quem assentiu se retirar da pesquisa quando assim o quiser, conforme prevê o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice G e H). Após assinatura desse documento, procedemos às entrevistas.

Utilizamos para coleta dos dados a entrevista semi-estruturada e o grupo focal, nos quais as perguntas foram claras e, quando houve dúvida por parte dos participantes do estudo a respeito destas, procuramos esclarecê-las, no entanto, tendo o cuidado de não induzir. Com este procedimento, cumprimos o referencial da não-maleficência.

Quanto aos benefícios obtidos com a realização da pesquisa, esperamos que, com arrimo na compreensão de participação dos informantes do estudo e de como esta ocorre no âmbito do Programa Saúde da Família pelos usuários, outra perspectiva pode ser utilizada no sentido de valorizar sua participação como estratégia para a promoção da saúde.

O princípio da justiça foi contemplado na garantia do anonimato dos informantes, pois esses não estão identificados na pesquisa. Estabelecemos para os usuários a denominação de Usuário 1.1, Usuário 1.2, Usuário 1.3,... Usuário 5.10, já os profissionais estão identificados conforme sua categoria dentro do Programa, como Medico 1, Enfermeiro 1, Auxiliar de Enfermagem 1, Agente Comunitário de Saúde 1.1... Medico 5, Enfermeiro 5, Auxiliar de Enfermagem 5, Agente Comunitário de Saúde 5.4. Assim suas identidades foram resguardadas.

Procuramos, no curso de toda a pesquisa ficar atenta às normas previstas e estabelecidas pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e pelo PSF, que serviu de vertente para o estudo.

## **5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

---

Neste capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa a partir dos dados coletados junto aos informantes, os quais estão orientados pela estrutura teórica e o modelo de análise adotado no ensaio. Optamos por apresentar nossos resultados em seções, as quais estão assim organizadas:

- na primeira, apresentaremos o Programa Saúde da Família no município estudado, buscando contextualizar toda sua implantação, bem como a caracterização dos informantes do estudo, no sentido de contextualizá-los na pesquisa;
- na seguinte, faremos análise do Programa à luz dos usuários e dos profissionais, buscando, com esteio nos achados, uma identificação com os campos da promoção da saúde, bem assim com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; e
- na terceira e última seção trazemos, mediante as categorias estabelecidas no estudo, orientadas pelo referencial teórico adotado, os níveis de mudança dos usuários no Programa Saúde da Família.

Assim, encontra-se consolidado o *corpus* descritivo do nosso estudo, o qual reflete seus propósitos. A seguir, apresentaremos os nossos resultados, bem como a análise e compreensão do fenômeno examinado.

## **SEÇÃO 1**

### **O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE INVESTIGADA**

O Programa Saúde da Família – PSF surgiu no Brasil como estratégia de organização da atenção básica de saúde, em 1994, quando foram implantadas as primeiras equipes do PSF pelo Ministério da Saúde, sendo o Estado do Ceará um dos cenários pioneiros, o que ocorreu de forma gradativa no âmbito dos seus 184 municípios. O Município do Crato foi panorama desta realidade.

#### **1 Caracterização do Programa Saúde da Família no Município do Crato**

O Programa Saúde da Família no Município do Crato foi implantado em dezembro de 1998, iniciando seu funcionamento com quatro equipes, as quais foram distribuídas para dar cobertura às localidades da zona rural, em face de que os usuários da zona urbana podiam contar com maior facilidade de atendimento junto aos serviços (hospitais e postos de saúde) disponíveis para a população.

No estudo de Silva, em que avalia a implantação do Programa Saúde da Família no Município do Crato, evidenciou que do ano de 1998, quando da sua implantação, referido Programa, com quatro equipes, tinha uma cobertura de 20% da população (SILVA, M., 2003). Em 2003, registra-se um salto nesta cobertura, quando o Programa já conta com 22 (vinte e duas) equipes em funcionamento, cobrindo 73,3% da população cratense. O Município necessitaria de 30 (trinta) equipes para obter a meta de 100% de cobertura junto à população adstrita. O avanço resultou ao Município, no ano de 2002, um reconhecimento pelo Ministério da Saúde, em virtude da cobertura da população alcançada a curto prazo.

Atualmente, o Município conta com 24 equipes atendendo a população. Cada ESF é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, até quatro agentes comunitários de saúde-ACS, e a cada duas equipes um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário-ACD. O quadro a seguir demonstra o processo de instalação das equipes do Programa Saúde da Família no Município.

QUADRO 1 – Número de equipes de Saúde da Família no PSF, segundo o seu processo de implantação. Crato-CE, 2006.

ANO	N.º DE EQUIPES.		TOTAL
	ZONA RURAL	ZONA URBANA	
1998	04	-	04
1999	03	01	04
2000	03	04	07
2001	-	03	03
2002	-	02	02
2003	-	02	02
2004	-	-	-
2005	-	02	02
TOTAL	10	14	24

Fonte: CRATO. Secretaria de Saúde do Município. Coordenação do PSF.

Considerando o número de ESF existente nesse Município, verifica-se que seu crescimento ocorreu de maneira gradativa, o que de certa forma possibilitou melhor estruturação ao Programa. Isto demonstra ainda o compromisso dos gestores, buscando garantir a cobertura de 100% da população e desta forma responder de modo satisfatório às necessidades dos usuários.

O contingente de 24 equipes no atendimento à população representa aproximadamente 75,0% de sua cobertura. O mapa do Município, a seguir, traz a distribuição das ESF na zona rural.

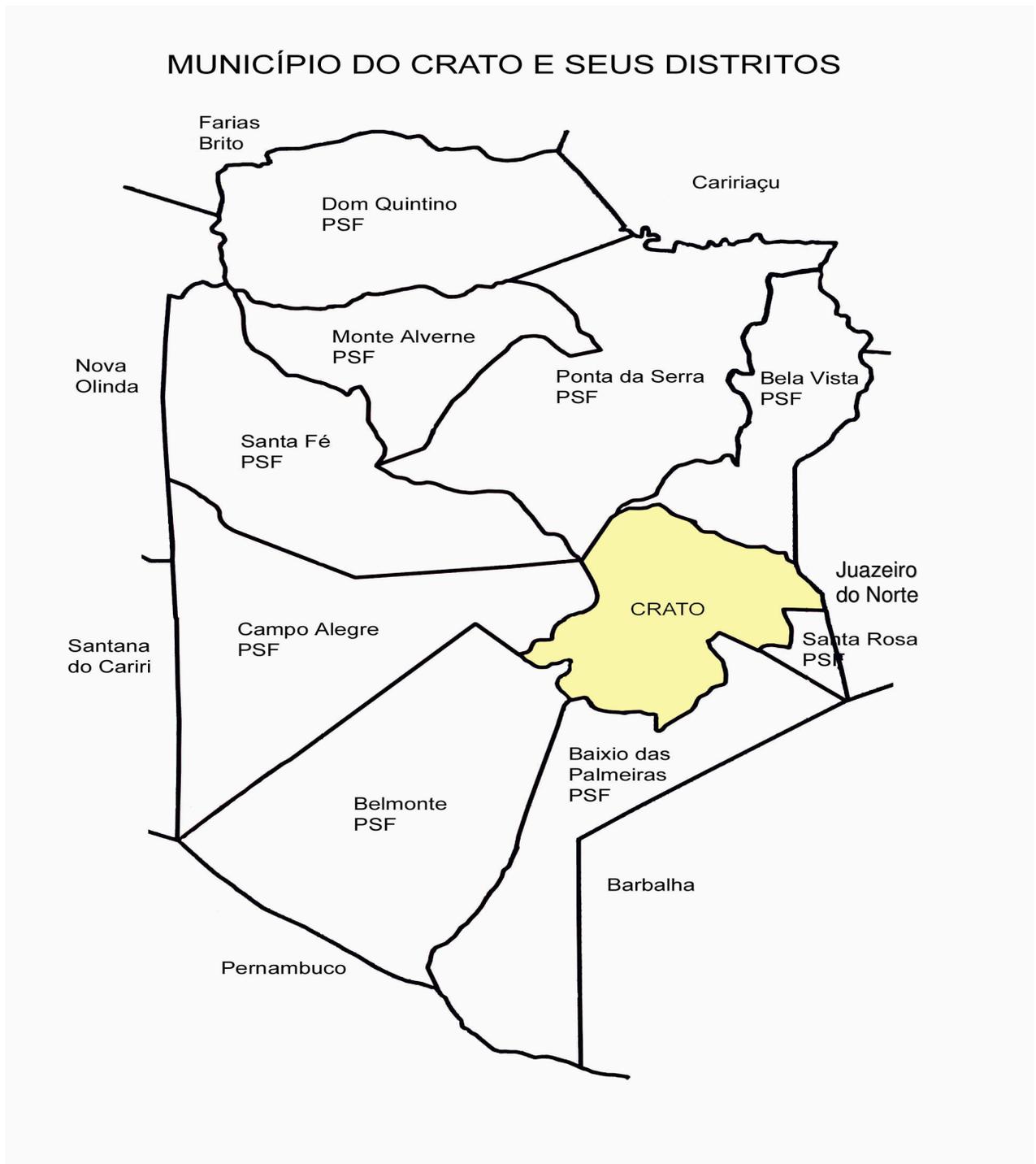


FIGURA 2 - Mapa do Município do Crato, sede e zona rural, segundo a distribuição das equipes de Saúde da Família da zona rural. Crato-CE, 2006.

Fonte: Secretaria de Saúde do Município do Crato-CE/Coordenação do PSF.

Como no nosso estudo estamos investigando somente os usuários e os profissionais das equipes da zona urbana e, dentre essas, aquelas que se encontram há mais de cinco anos implantadas, as equipes do PSF incluídas na pesquisa são aquelas estabelecidas nos anos de 1998 a 2000, conforme está discriminado a seguir.

QUADRO 2 – Identificação das equipes de Saúde da Família que assistem os usuários do estudo, segundo sua denominação, localização e período de implantação. Crato-CE, 2006.

<b>EQUIPES</b>	<b>DENOMINAÇÃO NO ESTUDO</b>	<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>DATA IMPLANTAÇÃO</b>
PSF Giselia Pinheiro	Equipe 1	Zona Urbana	Maió/1999
PSF Muriti II/Barro Branco	Equipe 2	Zona Urbana	Abril/2000
PSF Parque Grangeiro	Equipe 3	Zona Urbana	Maió/2000
PSF Ossian Araripe	Equipe 4	Zona Urbana	Maió/2000
PSF Alto da Penha	Equipe 5	Zona Urbana	Setembro/2000

Fonte: Secretaria de Saúde do Município do Crato-CE/Coordenação do PSF.

As cinco equipes representam 20,8% das ESF do Município do Crato e estão distribuídas em diferentes bairros do Distrito-Sede, os quais têm características sociodemográficas semelhantes, critério este considerado para serem contemplados com as primeiras equipes implantadas. O mapa a seguir apresenta a localização das ESF estudadas.

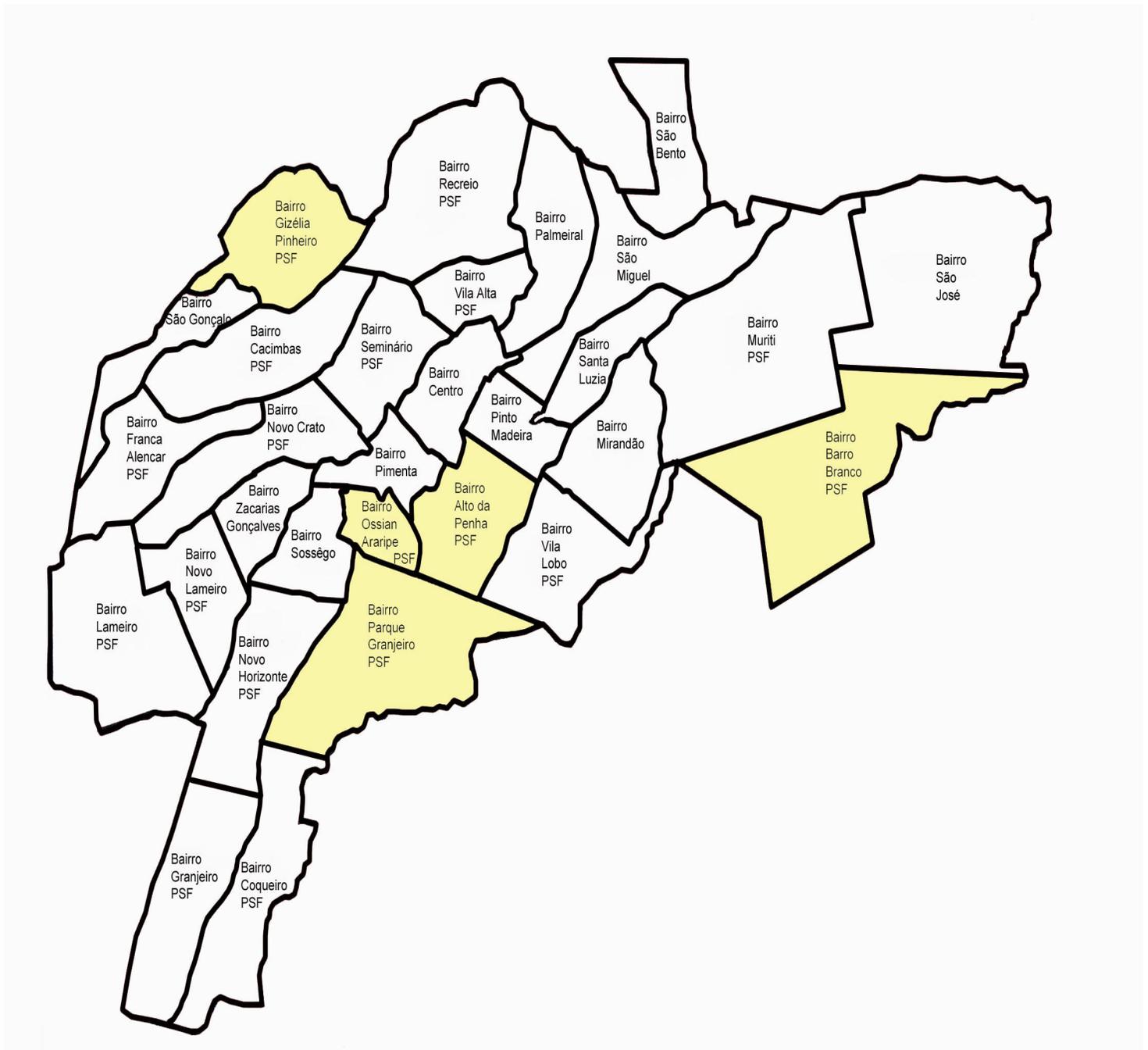


FIGURA 3 - Mapa do Distrito-Sede do Crato, zona urbana, segundo a distribuição das equipes de Saúde da Família. Crato-CE, 2006.

Fonte: Secretaria de Saúde do Município do Crato-CE/Coordenação do PSF.

Como na maioria das cidades brasileiras, a implantação do PSF no Município do Crato iniciou-se nas áreas de maior risco ou mais carentes de ações da atenção básica, localizadas na periferia da Sede. Para o Ministério da Saúde, essas regiões se caracterizam por acesso escasso aos serviços de saúde, população pouco informada sobre cuidados básicos de saúde e falta ou carência de saneamento básico (BRASIL, 2001a).

## 2 Composição das equipes do PSF no Município do Crato

Com relação aos profissionais existentes no PSF desse Município, encontra-se conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

QUADRO 3 – Distribuição dos profissionais existente no PSF. Crato-CE, 2006.

<b>PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
COORDENADORES	02
SECRETÁRIA	01
MÉDICOS	24
ENFERMEIROS	24
ODONTÓLOGOS	12
AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	12
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	24
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	128
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>227</b>

FONTE: Secretaria de Saúde do Município do Crato-CE/Coordenação do PSF.

O Município, conforme expresso há pouco, dispõe dos profissionais de saúde para o funcionamento do Programa Saúde da Família. A equipe de Saúde da Família deve ser constituída, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de

enfermagem, que, juntamente com os agentes de saúde, (de quatro a seis), prestarão assistência às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2000a).

Cada equipe do PSF é responsável por determinada área, ou seja, um território, conforme normatiza o Ministério da Saúde. As atividades exercidas são territorialização (reconhecimento da população e seus problemas de saúde, mediante o diagnóstico da comunidade), atendimento ambulatorial com visitas domiciliares, Educação em Saúde, vigilância epidemiológica, articulação com os demais setores do município, entre outras. A dedicação da equipe deve ser integral e seus profissionais precisam residir no município onde trabalham. A equipe deve estar vinculada a uma unidade de saúde, devidamente adequada à nova dinâmica do trabalho e atendendo satisfatoriamente a clientela da sua área de abrangência, que pode ser de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes (BRASIL, 2001a).

No Município estudado, cada equipe está composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e, para cada duas equipes, um odontólogo e um atendente de consultório dentário, atendendo em média 1000 famílias na zona urbana e de 800 a 900 na zona rural. Portanto atende a norma do Ministério da Saúde no que se refere à composição e à organização das equipes. A dinâmica dada no atendimento às famílias pelas equipes, acontece conforme um cronograma estabelecido por equipe, procurando atender por ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) e demanda. Assim, cada equipe estabelece um dia para cada tipo de atendimento, como, por exemplo, adulto (hipertensão/diabetes), mulher (gestante, planejamento familiar e prevenção do câncer ginecológico), criança (puericultura e agravos), atenção ao adolescente, atividades de Educação em Saúde e ainda atendimento à demanda espontânea da clientela.

As equipes selecionadas para o estudo estão organizadas conforme quadro a seguir.

QUADRO 4 – Distribuição dos profissionais segundo as equipes de Saúde da Família investigadas. Crato-CE, 2006.

<b>PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
MÉDICOS	05
ENFERMEIROS	05
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	05
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	16
TOTAL GERAL	31

FONTE: dados da pesquisa

Encontramos junto às equipes um número de profissionais compatível com o preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme já destacado nesta seção do estudo, no entanto ressaltamos o número de ACS encontrado nas equipes, que, como demonstrado no quadro 04 é de 16, representando um déficit de quatro profissionais, levando em conta que cada equipe deve contar no mínimo com quatro profissionais desta categoria. Três das ESF se encontravam com o número de profissionais ACS incompleto, uma equipe possuía apenas dois e duas três profissionais. Não podemos esquecer da importância deste profissional na equipe e do seu papel junto às famílias, pois um número insuficiente de ACS pode representar a não-cobertura das famílias adstrita ao Programa, e, conseqüentemente, a não-execução das atividades necessárias para o bom êxito do trabalho a ser desenvolvido pelas equipes. Dada a importância do papel desse profissional, destacamos que este fato representa uma dificuldade a ser superada para o êxito do PSF no Município do Crato.

O agente comunitário de saúde deve trabalhar fora da unidade de saúde, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (OLIVEIRA; BERGER, 1996). Esse elo sucede principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem a população, percebidos ou explicitados pelas pessoas, comunicar à equipe a sua percepção e retornar à comunidade com encaminhamentos, juntamente com os demais profissionais da equipe (ARAUJO; ASSUNÇÃO, 2004). Assim, se torna um articulador do trabalho da equipe,

exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer muito bem a comunidade em que vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios; daí a importância de um número adequado desses profissionais para cada equipe.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde passou a ser reconhecido como profissão pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Explica Maria Helena Machado que, para se tornar uma profissão, uma área precisa ter conhecimento intelectual próprio que seja usado a serviço de uma dada realidade visando transformá-la (MACHADO, 2005). No caso específico dos ACS, para a autora, houve um equívoco quando se criou uma categoria, para, posteriormente, definir sua formação, função e autonomia.

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde investe na formação dessa categoria, resultando na proposta da habilitação técnica, que tem, dentre seus objetivos, a promoção do ensino integrado ao trabalho. No caso dos ACS do estudo, todos referiram ter recebido capacitação para o desenvolvimento de sua função (Curso de Formação em ACS), e, das cinco equipes, quatro estavam contempladas com a inclusão dos ACS no Curso Técnico de ACS, cuja aplicação do primeiro módulo estava acontecendo no Município, no momento da coleta dos dados.

### **3 Caracterização dos Informantes do Estudo**

A seguir apresentamos o perfil dos usuários e dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

#### **3.1 Perfil dos usuários do Programa Saúde da Família**

Os dados que caracterizam os usuários estão organizados por equipe, posteriormente agrupados em tabelas. Optamos por este modo de apresentação, buscando facilitar a identificação dos entrevistados com os dados seguintes referentes à participação desses no PSF. Os quadros que se seguem trazem os dados dos usuários das cinco ESF do estudo.

QUADRO 5 – Caracterização dos usuários da Equipe 1, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
U-1.1	26	F	Solteira	EF Incompleto	Do Lar	1 SM	5 anos
U- 1.2	34	F	Solteira	Alfabetizada	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-1.3	48	F	Divorciada	Alfabetizada	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-1.4	65	F	Casada	EF Completo	Agricultora	1 SM	5 anos
U-1.5	52	F	Casada	Alfabetizada	Agricultora	SR Fixa	5 anos
U-1.6	69	F	Viúva	EF Incompleto	Do Lar	1 SM	5 anos
U-1.7	52	F	Casada	EF Incompleto	Agricultora	1 SM	5 anos
U-1.8	19	F	Solteira	EF Incompleto	Estudante	< 1 SM	5anos
U-1.9	26	F	Solteira	EF Incompleto	Doméstica	1 SM	5 anos

FONTE: dados da pesquisa

QUADRO 6 – Caracterização dos usuários da Equipe 2, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
U-2.1	35	F	Casada	EF Completo	Professora	1 SM	5 anos
U-2.2	29	F	Solteira	EF Completo	Op. Máquina	SR Fixa	5 anos
U-2.3	24	F	Casada	EF Incompleto	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-2.4	52	F	Casada	EF Completo	Do Lar	1 SM	5 anos
U-2.5	25	F	Solteira	Ensino Superior	Do Lar	2 SM	5 anos
U-2.6	68	M	Casado	S/escolaridade	Aposentado	1 SM	5 anos
U-2.7	27	F	Solteira	EF Incompleto	Faxineira	1 SM	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

QUADRO 7 – Caracterização dos usuários da Equipe 3, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
U-3.1	61	F	Solteira	S/escolaridade	Do Lar	1 SM	5 anos
U-3.2	40	M	Separado	EF Incompleto	Segurança	1 ½ SM	5 anos
U-3.3	62	F	Casada	EF Completo	Atend. Cônsul. Dent	1 ½ SM	5 anos
U-3.4	55	F	Divorciada	Superior	Professora	SR Fixa	5 anos
U-3.5	34	F	Casada	EF Incompleto	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-3.6	23	F	Solteira	EF Completo	Do Lar	1 ½ SM	5 anos
U-3.7	27	F	Separada	EM Completo	Vendedora	1 ½ SM	5 anos
U-3.8	34	F	Casada	EM Incompleto	Manicura	1 SM	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

QUADRO 8 – Caracterização dos usuários da Equipe 4, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>RENDA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
U-4.1	25	F	Casada	EM Incompleto	Do Lar	1 SM	5 anos
U-4.2	31	F	Casada	Alfabetizada	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-4.3	40	F	Casada	EF Incompleto	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-4.4	25	F	Solteira	EF Incompleto	Do Lar	1 SM	5 anos
U-4.5	16	F	Casada	EF Incompleto	Do Lar	< 1SM	5 anos
U-4.6	27	F	Solteira	EF Incompleto	Do Lar	< 1SM	5 anos
U-4.7	26	F	Casada	EF Incompleto	Do Lar	1 SM	5 anos
U-4.8	24	M	Solteiro	EF Incompleto	Pedreiro	< 1SM	5 anos

FONTE: dados da pesquisa

QUADRO 9 – Caracterização dos usuários da Equipe 5, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.

NOME	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA	TEMPO NO PSF
U-5.1	40	F	Divorciada	EF Incompleto	Do Lar	1 ½ SM	5 anos
U-5.2	70	F	Solteira	EF Completo	Professora	1 SM	5 anos
U-5.3	47	F	Casada	EF Incompleto	Aux. Adm.	2 SM	5 anos
U-5.4	41	F	Viúva	EF Incompleto	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-5.5	17	F	Solteira	EF Incompleto	Estudante	1 SM	5 anos
U-5.6	57	M	Casado	Sem Escolaridade	Biscateiro	< 1 SM	5 anos
U-5.7	33	F	Casada	EF Incompleto	Do Lar	1 SM	5 anos
U-5.8	27	M	Casado	EF Incompleto	Vendedor	1 SM	5 anos
U-5.9	26	F	Solteira	EM Incompleto	Do Lar	< 1 SM	5 anos
U-5.10	32	F	Separada	EF Completo	Do Lar	1 SM	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

Os dados desses quadros foram agrupados em tabelas para facilitar a compreensão e discussão.

TABELA 1 - Caracterização dos usuários, segundo a faixa etária. Crato-CE, 2006.

Faixa Etária	n	%	% Acumulado
16 - 26	13	30,95	30,95
27 - 37	12	28,57	59,52
38 - 48	6	14,29	73,81
49 - 59	5	11,90	85,71
60 - 70	6	14,29	100,00
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>	

FONTE: Dados da pesquisa

O numero de usuários do Programa Saúde da Família do Município do Crato variou de sete a dez por equipe, totalizando 42 informantes para o estudo. Esses, conforme demonstrado nos quadros, se encontram na faixa etária que vai de 16 a 70 anos. Percebe-se uma concentração na faixa etária de 16 a 37, perfazendo um total de 59%. Acreditamos que tal fato decorre de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino e se encontrar na faixa etária reprodutiva, buscando o PSF para atendimentos como acompanhamento do pré-natal, planejamento familiar ou prevenção do câncer ginecológico, ou ainda algum tipo de atendimento para os filhos.

TABELA 2 - Caracterização dos usuários, quanto ao sexo. Crato-CE, 2006.

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
M	5	11,90
F	37	88,10
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

Esta pesquisa confirma a presença marcante das mulheres nos serviços de saúde, pois dos 42 entrevistados, somente cinco eram do sexo masculino, e todos tinham vindo ao serviço pelos próprios interesses, como, por exemplo, três eram hipertensos ou diabéticos e vinham à procura do medicamento faltoso e os outros dois em busca de preservativos, já que em uma das unidades trabalhadas o atendimento daquele dia era destinado ao planejamento familiar. Sabemos que a procura, pela mulher, dos serviços de saúde nem sempre está voltada para a sua própria necessidade ou promoção de sua saúde, mais sim como cuidadora da família, fato este historicamente estabelecido ao longo da história da humanidade, perpetuando-se até os dias atuais.

Sobre este aspecto, Nakatani et al. (2003) destacam que a sociedade, por intermédio da sua cultura, imputa o papel de cuidar à mulher, que tem filhos, marido, atividades domésticas, além de, muitas vezes, trabalhar fora do lar. Sendo assim, ela freqüentemente procura o serviço de saúde pela sua própria necessidade ou de seus componentes familiares.

TABELA 3 -Caracterização dos usuários, quanto ao estado civil. Crato-CE, 2006.

<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casada(o)	19	45,24
Divorciada(o)	3	7,14
Separada(o)	3	7,14
Solteira(o)	15	35,71
Viuva	2	4,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

No que se refere ao estado civil dos participantes do estudo, 19(45%) desses eram casados, 15(36%) solteiros e os demais três eram divorciados, três separados e duas viúvas.

TABELA 4 - Caracterização dos usuários, quanto à escolaridade. Crato-CE,2006.

<b>Formação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
S/Escolaridade	3	7,14
Alfabetizada	4	9,52
EF Incompleto	21	50,00
EF Completo	8	19,05
EM Incompleto	3	7,14
EM Completo	1	2,38
Superior	2	4,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

Na escolaridade desta categoria de informantes, fortemente predominou o Ensino Fundamental incompleto, com 21(50%) dos entrevistados, seguido dos que tinham completado este nível de escolaridade (19%). Dos demais usuários, três tinham o Ensino Médio incompleto, um com Ensino Médio completo e dois com Ensino Superior. Ainda entre os usuários, três não tinham nenhuma escolaridade e quatro apenas sabiam escrever o nome. Constatamos que este grupo detém um nível de escolaridade baixa, o que certamente influencia na sua capacitação para uma

aprendizagem em relação aos conceitos do ato de cuidar, tanto de si, da família e do entorno, em relação à promoção da saúde. Sabemos que a escolaridade é indicada nos estudos como fator importante para o aprendizado da clientela, o qual conduz ao desenvolvimento de habilidades para a promoção de sua saúde (VIEIRA et al., 2002; PIROTTA; SCHOR, 2004).

Apesar de a maioria dos usuários se encontrar numa faixa etária jovem, como demonstrou a Tabela 01 - os quais de certa forma estão inseridos na própria constituição do PSF - eles podem não estar incorporando na sua vida mudanças significativas para a promoção de sua saúde, em razão da sua escolaridade.

Outro aspecto a merecer destaque o fato é que a baixa escolaridade significa menor qualificação, portanto, menor chance de competir num mercado cada vez mais exigente e com menores ofertas, além da submissão ao trabalho informal e mal remunerado, influenciando no modo de vida dessas pessoas e, conseqüentemente, na sua saúde.

TABELA 5 - Caracterização dos usuários, quanto à ocupação. Crato-CE, 2006.

Ocupação	n	%
Agricultura	3	7,14
Aposentado	1	2,38
Atend.Cons. Dent.	1	2,38
Aux. Administ.	1	2,38
Biscateiro	1	2,38
Do Lar	22	52,38
Doméstica	1	2,38
Estudante	2	4,76
Faxineira	1	2,38
Manicura	1	2,38
Op.Máquina	1	2,38
Pedreiro	1	2,38
Professora	3	7,14
Segurança	1	2,38
Vendedor(a)	2	4,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

No que diz respeito à ocupação dos usuários participantes do estudo, 22(52%) eram do lar, três da agricultura, três professoras, dois vendedores, dois ainda eram estudantes, enquanto os demais variavam de atividades, como biscateiro, faxineira, manicure, pedreiro, segurança, operador de máquinas, auxiliar administrativo, entre outros. A ocupação encontrada entre os informantes não deixa de ser um reflexo da sua escolaridade, referida na Tabela 4 .

TABELA 6 - Caracterização dos sujeitos do estudo, quanto à renda familiar. Crato-CE, 2006.

<b>Renda</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
S/Renda Fixa	3	7,14
< 1 SM	13	30,95
1 SM	19	45,24
1 ½ SM	5	11,90
2 SM	2	4,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

A renda familiar de 13(31%) usuários não chega a um salário mínimo por mês. Dos entrevistados, 19(45%) sobrevivem com um salário mínimo, sete têm uma renda de mais de um salário, não ultrapassando a dois, e três referiram não ter renda fixa. Esta realidade encontrada é condizente com a ocupação informada pelos entrevistados. Essas famílias fazem parte do contingente da população brasileira que sobrevive com uma renda *per capita* que os expõe a riscos, comprometendo sua saúde.

Constatamos, portanto, que a maioria dos usuários está inserida no percentual da população brasileira que vive em condições precárias, repercutindo no modo de viverem, e, conseqüentemente, na saúde. A situação socioeconômica de uma população reflete nas condições de vida e de acesso aos serviços de assistência à saúde.

O tempo de inserção do usuário no Programa Saúde da Família foi igual para todos, ou seja, de cinco anos. Esses estão desde o início da implantação das referidas

equipes, e, ainda, este foi o tempo mínimo estabelecido para a inclusão desses informantes no estudo.

O perfil dos usuários apresentado indica alguns elementos que podem nos auxiliar numa reflexão acerca da participação desses informantes no Programa Saúde da Família. Os dados referentes a idade e escolaridade podem ser elementos importantes a considerar para um processo participativo dentro do Programa. Observamos que a maioria dos usuários é de adultos jovens, e se encontram numa faixa etária produtiva e reprodutiva. A baixa escolaridade evidenciada entre os usuários, entretanto, pode representar um aspecto importante a ser considerado quanto à perspectiva de engajamento em passos participativos de aprendizagem para mudança de comportamento, tão necessária para a promoção da saúde desse grupo de informantes.

Entendemos que estes elementos destacados referentes ao perfil dos usuários podem influenciar no seu nível de participação no Programa, podendo comprometer num avanço, por exemplo, do estado de uma participação Normativa, com ênfase na doença, particularmente na sua doença e no cuidar de si, para uma participação Emancipatória ou Transformadora, que amplia a visão para o ato de cuidar na família e no entorno e ainda incorpora habilidades para a tomada de decisão no âmbito do controle social e das políticas públicas.

Á luz do modelo de Prochaska e DiClemente, podemos inferir que, a partir do perfil do usuário, há uma tendência predominantemente de fatores relacionados aos níveis 1 e 2, ou seja, Pré-contemplação e Contemplação.

### **3.2 Perfil dos Profissionais de Saúde das Equipes de Saúde da Família**

A seguir, estão os dados que caracterizam os profissionais, por equipe.

QUADRO 10 – Caracterização dos profissionais da ESF 1, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>ANO DA GRADUAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO/ RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
Medico 1	45	F	Medicina	1985	Não	3 meses
Enfermeira 1	26	F	Enfermagem	2002	Especialização	3 anos
Aux. de Enf. 1	45	F	EM Compl. Aux. Enf.	NA	-	2 anos
ACS 1.1	33	F	EM Compl.	NA	-	2 anos
ACS 1.2	34	F	EM Compl.	NA	-	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

NA – Não se Adequa

QUADRO 11 – Caracterização dos profissionais da ESF 2, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>ANO DA GRADUAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO/ RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
Medico 2	39	F	Medicina	1989	Especialização	4 anos
Enfermeira 2	23	F	Enfermagem	2004	Não	7 meses
Aux. de Enf. 2	31	F	EM Compl. Aux. Enf	NA	-	1 ano e 4 m
ACS 2.1	51	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 2.2	35	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 2.3	39	F	EM Compl.	NA	-	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

QUADRO 12 – Caracterização dos profissionais da ESF 3, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>ANO DA GRADUAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO/ RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
Medico 3	77	M	Medicina	1955	Não	5 anos
Enfermeira 3	29	F	Enfermagem	1999	Não	5 anos
Aux. de Enf. 3	26	F	EM Compl. Tec. Enf.	NA	-	2 meses
ACS 3.1	33	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 3.2	58	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 3.3	29	F	EM Compl.	NA	-	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

QUADRO 13 – Caracterização dos profissionais da ESF 4, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>FORMAÇÃO</b>	<b>ANO DA GRADUAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO/ RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>TEMPO NO PSF</b>
Medico 4	58	M	Medicina	1974	Especialização	8 anos
Enfermeira 4	42	F	Enfermagem	1973	Especialização	8 anos
Aux. de Enf. 4	43	F	EM Compl. Aux. Enf	NA	-	4 anos e 5m
ACS 4.1	42	F	EM Compl.	NA	-	2 anos
ACS 4.2	49	F	EM Compl.	NA	-	2 anos e 3 m
ACS 4.3	44	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 4.4	21	F	EM Compl.	NA	-	2 anos

FONTE: Dados da pesquisa

QUADRO 14 – Caracterização dos profissionais da ESF 5, segundo idade, sexo, formação, ano da graduação, especialização e tempo em PSF. Crato-CE, 2006.

NOME	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO	ANO DA GRADUAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO/ RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	TEMPO NO PSF
Medico 5	39	F	Medicina	1989	Não	4 meses
Enfermeira 5	31	F	Enfermagem	1996	Especialização	7 anos
Aux. de Enf. 5	29	F	EM Compl. Aux. Enf	NA	-	4 meses
ACS 5.1	37	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 5.2	41	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 5.3	41	F	EM Compl.	NA	-	5 anos
ACS 5.4	35	F	EM Compl.	NA	-	5 anos

FONTE: Dados da pesquisa

Os dados contidos nos quadros expostos estão agrupados nas tabelas a seguir, no sentido de melhor compreendê-los e analisá-los.

TABELA 7 – Caracterização dos profissionais, segundo a faixa etária. Crato- CE, 2006.

Faixa Etária	n	%	% Acumulado
21 - 31	9	29,03	29,03
32 - 42	13	41,94	70,97
43 - 53	6	19,35	90,32
54 - 77	3	9,68	100,00
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>	

FONTE: Dados da pesquisa

A idade dos profissionais variou de 21 a 77 anos, com média das idades de 39 anos. A realidade encontrada condiz com a característica do profissional que busca

o PSF, que, segundo o estudo de Perreira e Alves (2004), são jovens recém-formados ou profissionais que muitas vezes já se encontram aposentados de uma de suas atividades.

TABELA 8 – Caracterização dos profissionais, segundo o sexo. Crato-CE, 2006.

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
M	2	6,45
F	29	93,55
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

A maioria dos profissionais das ESF é do sexo feminino, 29(93%), pois somente dois homens compõem as equipes trabalhadas, ambos médicos, daí no estudo, quando se referir às outras categorias de profissionais, ser no sexo feminino.

TABELA 9 – Caracterização dos profissionais, segundo a formação. Crato-CE, 2006.

<b>Formação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
EM Completo	16	51,61
EM Compl. Aux. Enf.	4	12,90
EM Compl. Tec. Enf.	1	3,23
Enfermagem	5	16,13
Medicina	5	16,13
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

Todas as ACS e auxiliares de enfermagem têm o Ensino Médio completo, sendo que uma das auxiliares de enfermagem tem a formação de técnico de enfermagem. Os demais profissionais componentes das equipes têm a formação condizente com a função desempenhada dentro do Programa.

TABELA 10 – Caracterização dos profissionais, segundo o tempo de formação. Crato-CE, 2006.

<b>Tempo Formado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 ano	1	3,23
3 anos	1	3,23
6 anos	1	3,23
9 anos	1	3,23
16 anos	2	6,45
20 anos	1	3,23
31 anos	1	3,23
32 anos	1	3,23
50 anos	1	3,23
Não responderam	21	67,74
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

Quanto ao tempo de formação profissional, só foi possível obter esta informação dos profissionais de nível superior, pois os de nível médio referiram não saber informar o período de conclusão do seu curso de formação. Quanto ao profissional médico, tivemos um profissional com 50 anos de exercício profissional, maior tempo, e um com 16 anos, o menor tempo encontrado. Já para as enfermeiras, o maior tempo foi de 32 anos e o menor de um ano de formação. Conforme os dados apresentados nas seções à frente, com base nas falas desses informantes, percebemos que os profissionais com menor tempo de formação se encontram mais envolvidos com a dinâmica do Programa e ainda parecem compreender melhor a filosofia e os propósitos deste. Isto pode ter relação com a própria formação dos profissionais, pois sabemos que as instituições formadoras procuram adequar seus currículos à proposta da promoção da saúde e ao modelo do SUS, no qual se insere o PSF, buscando oferecer ao mercado de trabalho um profissional com o perfil voltado para atuar na saúde coletiva.

TABELA 11 – Caracterização dos profissionais, segundo a capacitação em Saúde da Família na modalidade de residência ou especialização. Crato-CE, 2006.

<b>Especialização/Residência em Saúde da Família</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não se adequava	21	67,74
Especialização	5	16,13
Não	5	16,13
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

Dos 31 profissionais entrevistados, 21 não se adequavam à realidade investigada na tabela acima, haja vista que esses são de nível médio. Já dos profissionais médicos e enfermeiras, nenhum havia cursado residência em Saúde da Família. Desses, somente cinco haviam feito curso de especialização na área. A capacitação dos profissionais deve ser uma prioridade na gestão dos municípios. Para isto, o Estado do Ceará, por meio da Escola de Saúde Pública-ESP-CE, ao longo desses dez anos de PSF, promove cursos no nível de especialização e residência (*latu-sensu*) para os profissionais inseridos nesse Programa.

O estabelecimento de um sistema de atenção primária à saúde exige a formação de profissionais com a qualificação adequada para desempenhar as funções múltiplas requeridas para a promoção de cuidado integral a indivíduos, famílias e comunidades (SILVA, A., 2003). Ainda segundo a autora, este é o atual desafio do sistema de saúde brasileiro diante a expansão do PSF, criando-se urgência em desenvolver estratégias educacionais efetivas para a formação e a educação permanente. Neste sentido, o Ministério da Saúde adotou os Pólos de Educação Permanente em Saúde como uma política pública do SUS.

Os Pólos de Educação Permanente são instâncias de articulação interinstitucional, *locus* para a identificação de necessidades e para constituir estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS

(BRASIL, 2004b). Representa um espaço de formação, diálogo e negociação entre os atores do SUS, portanto, um avanço para a capacitação dos profissionais das ESF.

TABELA 12 – Caracterização dos profissionais, segundo o tempo de inserção no PSF. Crato-CE, 2006.

<b>Tempo no PSF</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
< 1 ano	6	19,35	19,35
De 1 a 3 anos	7	22,58	41,94
De 4 a 8 anos	18	58,06	100,00
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>	

FONTE: Dados da pesquisa

O tempo de inserção desses profissionais no Programa variou consideravelmente entre os profissionais das equipes. Os dados expressos nos quadros permitem melhor detalhamento acerca desse tempo. Para os profissionais médicos e enfermeiras, o tempo foi quase o mesmo dentro do PSF, de três meses a oito anos, e de sete meses a oito anos respectivamente. Já as auxiliares de enfermagem foram as que tinham menos tempo dentro da ESF, pois o tempo dessa categoria variou de dois meses a quatro anos. Das 16 entrevistadas, somente quatro delas tinham dois anos dentro do PSF, enquanto as demais pertenciam à equipe desde sua implantação, ou seja, detinham cinco anos no Programa. Atuando como ACS, no entanto, essas já tinham mais tempo, pois quase todas já pertenciam ao Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS. Vale ressaltar, o tempo superior a cinco anos encontrado em um profissional médico e uma enfermeira, período estabelecido para as equipes investigadas no estudo, o que decorre da inserção desses profissionais nas primeiras ESF implantadas na zona rural do Município.

O tempo de inserção do profissional no PSF e de permanência na ESF é um fator importante para o trabalho desenvolvido no Programa, imprescindível para a formação do vínculo com a comunidade e, neste sentido, para criar laços de confiança

e fortalecer as relações necessárias para estabelecer efetiva participação no âmbito do PSF.

Acreditamos que o tempo do profissional no PSF pode ter reflexo na mudança de comportamento esperada para os usuários dentro do Programa. No caso do nosso estudo, o tempo variou de três meses até oito anos, o que certamente pode influenciar para uma indução e monitoramento dos processos de mudança de comportamento para uma Participação Habilitadora dentro do Programa.

## SINOPSE

Uma aproximação com o contexto do estudo permitiu uma compreensão de como o Programa Saúde da Família-PSF foi constituído no Município do Crato. O processo se deu de forma gradativa e baseada nas necessidades da população, priorizando áreas a partir de critérios, como ausência de serviços de saúde e áreas de maior risco. Isto certamente caracteriza um fator extremamente importante no estabelecimento do Programa, não perdendo de vista a filosofia do PSF e os princípios do SUS.

O Município se encontra estruturado com 24 equipes de Saúde da Família, representando uma cobertura da população em torno de 75%. Esta realidade já permite mudanças nos seus indicadores de saúde, bem como é esperado um aprendizado do usuário para a mudança de comportamento que conduza a uma Participação Habilitadora em direção à promoção da saúde.

As ESF encontram-se estruturadas com os profissionais de saúde conforme orientação do Ministério da Saúde, merecendo destaque o número de ACS ainda incompleto em algumas equipes, o que certamente poderá repercutir em algumas ações desenvolvidas dentro do Programa.

Os usuários participantes do estudo estão inseridos numa faixa etária ainda jovem, que deveria contribuir não só para a compreensão do Programa Saúde da Família mas, principalmente, na forma de vivenciá-lo, haja vista esses se encontrarem contextualizados no próprio ciclo de vida do Programa. A baixa escolaridade encontrada entre esses informantes, entretanto, pode representar um empecilho no modo de inserção no Programa, já que a escolaridade tem relação com a aprendizagem, e, por sua vez, a baixa aprendizagem relaciona-se com os processos de mudança e a representação do próprio usuário como indivíduo com potencial para mudar.

Merece destaque, em relação aos profissionais de saúde, a sua capacitação para atuarem no PSF. 50% dos profissionais médicos e enfermeiras ainda não portavam diploma de especialização ou residência em Saúde da Família. Isto é extremamente significativo na consolidação do Programa, podendo contribuir até

mesmo para a rotatividade dos profissionais no PSF, constatada na seção a seguir. O fato de terem outras especialidades pode representar outros interesses, podendo contribuir para esses profissionais ficarem somente no Programa por determinado tempo, dificultando, portanto, a formação de vínculo e, conseqüentemente, o empenho como equipe para um trabalho voltado para a promoção e participação do usuário.

Entendemos que o Município deve priorizar na sua política de capacitação de seus profissionais, acreditando que isto pode ser um elemento importante para a vinculação do profissional no Programa, bem como no modo de orientar suas ações voltadas para a promoção da saúde, estimulando os usuários para um nível de participação, de forma que ele possa incorporar na sua prática cotidiana os cuidados direcionados à promoção da saúde, cuidar de si, tendo uma perspectiva preventiva e promotora, cuidar da família e cuidar do entorno.

Outro aspecto que merece ser destacado, relativamente aos profissionais, se refere ao tempo de inserção desses no PSF. Entendemos que um tempo maior de inserção no Programa deveria dar ao profissional mais habilidade para lidar com a problemática em relação ao modelo de promoção da saúde. Dois aspectos, todavia, podem ser levantados diante deste fato, ou seja, a vivência no Programa o habilita mais para ter um entendimento do modelo e avançar no sentido do alcance dos seus objetivos ou uma vivência maior no Programa poderia causar uma acomodação, repetição de suas ações. Espera-se dos profissionais das ESF que, quanto maior o tempo de inserção no PSF, esses tenham incorporado na sua prática habilidades para atuar no modelo de saúde em que se insere o Projeto ora objeto de exame.

## SEÇÃO 2

### OS DISCURSOS PRESENTES NO PSF: A PERSPECTIVA DO USUÁRIO E PROFISSIONAL

Nas falas dos participantes do estudo, evidenciamos alguns elementos, os quais possibilitaram uma análise de um processo em franca efetivação, demonstrando seus avanços mas, principalmente, elementos que ainda impedem a sua efetivação.

#### 1. O PSF : a percepção dos usuários acerca do Programa

O modo de inserção dos usuários no Programa, de certa forma, contribui até hoje como um fator que impede uma compreensão ampliada do processo, no qual os atores sociais, profissionais e usuários não se envolveram de forma consistente nas discussões e assim se sentem “expectador”. Os profissionais cumprem o seu papel no atendimento à clientela, sem, no entanto, terem um envolvimento com as questões políticas que compreendem esta proposta, que é o PSF. Já os usuários buscam o Programa na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. As falas que se seguem denotam esta compreensão e nos possibilitam vislumbrar esta realidade.

***Eu acho um programa importante, quando eu vou lá eu digo que sou diabética, tenho minha pressão alta aí elas passam o remédio pra mim, tem aquela menina alta que trabalha entregando o remédio que eu acho ela uma pessoa muito legal também. (U-1.6).***

Eu gosto demais do programa, ***eu mesmo tudo que eu sinto procuro os doutor e as meninas lá, qualquer doença e vou me consultar (U-1.7).***

O PSF é bom porque tudo que a gente vai procurar a gente encontra aqui no bairro assim referente a saúde da gente, ***você vai atrás de um medicamento, atrás do médico assim pra extrair dente, pra gente se consultar, tudo que a gente vai procurar a gente encontra agora.(U-1.9).***

Eu acho um programa bom, com ***o PSF não precisa aquela coisa da gente sair daqui atrás de medico em outro lugar, esta doente se consulta aqui mesmo, a unidade perto de casa. (U-2.3).***

Eu acho assim um programa que é muito **importante pra pessoa de baixa renda, a pessoa pobre que não tem condição de ser acompanhada em outro lugar.** (U-2.7).

Eu gosto do programa, eu me liguei pela minha necessidade que eu tive no problema de hipertensão e **pela necessidade financeira. O que me trouxe pra cá é porque eu não tenho plano**, eu fui ao hospital e deu esse problema de pressão e eu procurei aqui os profissionais. (U 3.4).

É um atendimento importante no programa, só em você não ter que gastar, **já fizeram uma grande coisa a todos nós,as pessoas carentes.** (U-4.1).

Eu acho assim,que é bom, **por que quando a gente chega aqui tem consulta, tem coisa pra fazer um curativo né? Um aerosol,eu acho bom**,importante a gente ter esse programa. (U-4.2).

O PSF é o negócio de ajuda do governo, **de ajudar as famílias mais carentes.** (U-4.7).

Eu acho assim um programa que foi muito **importante pra pessoa de baixa renda** até porque ele dá muita assistência, tem Agente de Saúde que acompanha a gente diariamente e **principalmente os hipertenso** se preocupa demais, aqui é um bom atendimento dos médico com a gente, eu acho que **foi muito importante na vida da pessoa de baixa renda, a pessoa pobre que não tem condição de ser acompanhada em outro lugar**, então eu achei ótimo esse programa aqui, felizmente na comunidade está sendo excelente pra gente. (U-5.1).

Pra mim minha filha foi uma coisa muito boa, **porque eu só ganho salário mínimo** e tem que depender deles mesmo. (U-5.2).

Eu acho que é **essas pessoas que anda nas porta né?** (U-5.3).

É um programa importante, **quem não usa é meu marido que graças a Deus ele é muito assim sadio, não tem problema de saúde não, mas eu e meu filho usa muito, eu sou muito doente.** (U-5.7).

A compreensão dada pelo usuário ao Programa está refletida no modo de buscá-lo. As falas possibilitam destacar alguns aspectos que retratam a visão desses informantes acerca do Programa. O PSF é reconhecido por esses como algo bom, importante para eles, os membros da família e sua comunidade. Esta satisfação está vinculada à solução dos seus problemas, quer seja a cura da doença ou a condição socioeconômica a que estão expostos. Eles percebem o PSF como algo que veio para dar respostas aos problemas instalados, como, por exemplo a doença.

O modelo “biologicista” centrado na doença ainda é forte no País, quer seja incorporado na prática dos profissionais, como na percepção da população. O PSF foi proposto como uma dinâmica diferente para a organização dos serviços básicos de

saúde, bem como para a sua relação com a comunidade. Neste sentido, Silvestre e Costa Neto (2003), acerca dessa concepção, enfatizam ser necessário que os profissionais tenham uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ainda segundo esses autores, o trabalho do PSF deve estar voltado à criação de valores, trabalhando mais a saúde do que a doença, por meio de um trabalho interdisciplinar. Estudo de Araújo e Assunção (2004), investigando a atuação do ACS em um município de Minas Gerais, observou um enfoque na doença, suas ações direcionadas a grupos de risco. Não evidenciando ações direcionadas a população sadia a permanecer como tal, quer seja no nível individual como no coletivo, observou ainda um enfoque dessas ações no indivíduo e não na família.

O Programa Saúde da Família foi concebido com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A marca principal do PSF, fundamentada na promoção da saúde, é a mudança de foco que passa a ser a saúde não mais a doença. Na compreensão de Sucupira (2003), nessa nova perspectiva, o indivíduo só pode ser compreendido na sua totalidade se estendermos tal visão para a família com a qual ele convive, a moradia como núcleo de elementos favoráveis e desfavoráveis à sua saúde e o cenário da sua comunidade, que influencia do ponto de vista social e cultural a adoção de determinados modos de vida.

Compartilhamos desse entendimento conferido pela autora acerca do Programa. O PSF, como estratégia de mudança, não pode ser reduzido à cura da doença ou à solução de problemas das pessoas que estão à margem da sociedade. Deve, sim, ser compreendido e concebido com possibilidade de mudança, de melhoria de qualidade de vida e de promoção da saúde.

É forte a percepção dos usuários deste estudo acerca do PSF como um Programa destinado a pessoas de classe socioeconômica baixa, ou seja, um Programa para pobres e excluídos. No estudo de Schimith e Lima (2004), também foi encontrada esta realidade. Consoante as autoras, essa característica se apresenta no modo

provisório e insuficiente, em termos de estrutura física, como a equipe vem trabalhando. Com base no que se propõe o PSF como proposta de reorientar o modelo assistencial, para efetivar o SUS, esta concepção deve ser superada, entendida por nós como entrave para se alcançar o ideário da promoção da saúde.

Numa perspectiva de análise, as falas dos usuários denotam uma ação para o cuidado da doença, especificamente da sua doença; ainda está muito no nível individual, o que caracteriza uma Participação Normativa, em que o indivíduo apresenta alguns elementos de busca de ações no sentido do tratamento e controle da doença, podendo ser considerado um estágio de Pré-Contemplanção.

Os profissionais confirmam a visão conferida ao PSF pelos usuários e reforçam a busca do Programa por eles a partir das necessidades de determinantes biológicos. Suas falas, entretanto, também revelam que esta compreensão pode de fato estar associada à forma como o Programa foi concebido no Município, já que os próprios profissionais denunciam a ausência de um processo participativo, quando estes referem que nenhum trabalho de esclarecimento junto à comunidade antecedeu a instalação do Programa.

***Eles não sabem o que é PSF***, houve um encontro e lá foi só crítica “ porque a gente chega lá e não tem médico, não tem consulta odontológica, não tem prevenção”, foi tipo assim um júri eles acusando e a gente na defesa ***porque falta informação, falta eles saberem o que é PSF*** e a gente levou isso pra secretaria e pediu pra gente tentar trabalhar em grupos, em áreas focando assim até se fosse necessário com carro de som e tudo falar o que é PSF, porque eles não sabem o que é PSF, então a gente não tem como cobrar muito deles se eles vivem da assistência, ainda eles estão nessa de querer a assistência, ao meu ver ainda são poucos que procuram como prevenção, porque o nosso objetivo é tentar atenção básica e eles não entendem. (ENFERMEIRA 1).

***O PSF é ambulatório, é atendimento a demanda.*** (ENFERMEIRA 1).

É muito importante principalmente pra população, pra comunidade, mas a gente ainda não está conseguindo obter isso, porque o PSF na realidade é uma prevenção das doenças pra não chegar nem a ir até o hospital, ***a gente quer prevenir pra não adoecer e ir até o hospital, mas as pessoas geralmente só vão quando estão doente e no caso o PSF está servindo menos prevenção e mais consulta no caso de já estar doente quando chega lá.*** (ACS 1.1).

Eu acho que eles não estão bem consciente que o PSF é para a família, na realidade ***cada um cuida de si, cuida dos seus problemas*** (AUX ENF 3).

Tem avanços, **mas tem que melhorar muito ainda, principalmente no sentido de faltar remédio e atendimento (ACS 3.2).**

**Eles não entendem o que é PSF**, a gente diz: olhe, o programa da família é educação pra prevenção de doenças e no caso eles não entendem, por exemplo se você for no médico aí está com uma dor na coluna, aí a gente diz: vamos fazer uma caminhadinha pra vê se melhora, você não vai precisar tomar medicamento, medicamento é uma coisa perigosa que você fica boa de uma coisa e fica doente de outra, no caso a gente tenta repassar, aí quando eles vão no médico e que o médico passa a caminhada eles não gostam **“esse médico não presta, esse médico não sabe de nada, como é que eu estou com uma dor e eles não me passam medicamento, eu quero é o remédio”** aí passam pra um outro médico, enquanto ele não consegue aquele medicamento ele não se satisfaz. No caso a gente vai repassando o que é PSF aos poucos. **(ACS 3.3).**

**O povo ainda não sabe o que é PSF**, a gente faz palestra, nas escolas com o trabalho de gincana, pra eles terem conhecimento porque eles ainda **acham que o posto de saúde ainda aquele posto que você chegou e tem que ser consultado** né...e nós estamos investindo muito na prevenção pra que eles venham ao posto se prevenir né, e ter conhecimento do que o posto tem pra oferecer à comunidade que também eles não sabem. **(ENFERMEIRA 4).**

Lá na minha comunidade, eles ainda têm que aprender muito o que é o Programa Saúde da Família, por que foi colocado o Programa, mas na realidade, **a secretaria, o município nunca desempenhou uma atividade, uma coisa na comunidade para explicar o papel do programa, eu sempre reclamei, bati em cima disso daí, eu mesmo comecei no Programa Saúde da Família sem ter um treinamento de nada, eu não sabia foi implantado o Programa Saúde da Família**, a gente faz parte, mas muita coisa eu fui aprender depois, por que a gente ficou voando muito, por que a gente não teve treinamento, não teve uma preparação para fazer parte do programa, hoje a gente já tá mais ou menos encaixado, sabendo mais ou menos o que é, dificulta muito repassar pro povo, o que é o programa, pode fazer o que deve fazer. **(ACS 4.1).**

Nem por eles [usuários] e nem por nós Agente de Saúde, **até hoje eu ainda não consegui entender o que é o PSF, porque eu vejo de um jeito e acontece de outro**, então até agora acho que não está compreendido nem por eles e nem por nós. Eu vejo assim, como eu já entendi e como já tinha falado na televisão e tudo que tem aquela equipe lá no posto enfermeira, auxiliar, médico, o dentista e que fica melhor o acesso das pessoas até o posto e como também aqueles que não podem se deslocar de casa, que o médico, a equipe vá até eles, aí aqui nunca deu certo funcionar assim direitinho por que? **(ACS 5.2).**

**A gente não teve treinamento né, sobre PSF né, a gente entrou assim de cara né, nós não tivemos treinamento.** E a gente entende que o PSF era justamente pra isso né, que era pra evitar as filas né... nos hospitais né, e evitar que as pessoas ficassem doentes mesmo né, debilitadas e... e... muitas vezes o atendimento deixa muito a desejar por conta que pelo menos aqui na nossa área a demanda é muito grande e eu acho que não tá dando pra suprir a necessidade do bairro. A gente na área recebe muita cobrança, porque eles vêem o que é PSF, e eles querem que aconteça o que eles vêem na televisão. **(ACS 5.4).**

Nas falas dos profissionais, a percepção expressa pelos usuários acerca do PSF fica confirmada, o que se evidencia no modo como o Programa é buscado por eles. Seus entendimentos estão centrados no remédio, no tratamento, na cura, na prescrição e na consulta médica, também elementos do Programa, mas o PSF não se reduz a isto, não deve se limitar somente aos aspectos há instantes expressos.

Notamos que o profissional também ratifica esta percepção, ou ainda desloca a sua fala para o usuário, quando refere que esse não sabe ou não entende o PSF. Essa prática do profissional ainda está dentro dos valores de prática de um modelo assistencial, em plena conexão com a sua formação, haja vista que alguns desses profissionais ainda não tinham capacitação dentro do conhecimento da saúde coletiva. Isto poderá levá-los a reproduzir dentro do PSF um modelo de assistência que tem outros valores, que certamente não são os valores de uma incorporação de alguns elementos da promoção da saúde, que são a participação habilitadora do usuário, a reorientação da sua prática, o trabalho com o usuário mediado pela Educação em Saúde, possibilitando o desenvolvimento e o conhecimento de habilidades para o cuidar de si, da família e do entorno.

É importante ressaltar que a consolidação e adaptação das formas de assistir no PSF requerem, além de uma nova forma de agir dos profissionais de saúde, um entendimento dos usuários do que é o PSF. O estudo de Pereira e Alves (2004) destacou relatos dos profissionais acerca da dificuldade da clientela para entender o que é o PSF. Conforme as autoras, o PSF passou por algumas versões na realidade investigada em Belo Horizonte, o que torna legítima a dificuldade dos profissionais e clientela para compreensão do Programa.

Pensar a constituição de um novo modelo de saúde significa a presença de atores que pretendem esse processo e a necessidade da mudança. Como indica Bettioli (2006), não se pode pensar em mudança sem que a maioria dos envolvidos seja ouvida e consultada sobre o sistema de saúde local. A reorganização do sistema de saúde, em seu nível primário, implica mudanças de comportamento dos envolvidos: gestores, profissionais, rede de assistência e população.

Não se pode ignorar o impacto da transição e adaptação vividas no País nos últimos anos, em resposta ao movimento da reforma sanitária. Acreditamos que isto ainda representa uma dificuldade a ser superada para a efetivação do Programa, quer seja por parte dos gestores, profissionais ou usuários. O caminho para esta superação pode ser o envolvimento de todos na consolidação do PSF, entendido por nós como um projeto que busca sair do modelo de assistência biomédico para o padrão de vigilância a saúde.

Percebemos que há uma convergência entre as falas dos profissionais e usuários quanto à ação destes últimos para o cuidado da doença, representado pela busca de alguns elementos concretos, como o remédio, o tratamento e a consulta médica. Trata-se, pois de uma Participação Normativa do usuário e ao mesmo tempo um reforço desses elementos de busca, por parte dos profissionais, de ações voltadas para o tratamento e controle da doença. Estas evidências apontam para um estágio de Pré-Contemplação na relação entre profissional e usuário.

## **2. O Trabalho da Equipe de Saúde da Família**

O trabalho em equipe representa ferramenta extremamente importante para o PSF, no entanto este se mostra ainda fragilizado, quer seja pela cultura do trabalho em equipe ou pela insuficiente compreensão do que seja um trabalho de equipe, o que certamente influencia no modo de agir da ESF dentro do Programa. As falas a seguir confirmam a diversidade das especialidades dos profissionais envolvidos no Programa, conforme apresentado na Tabela 11, refletindo na prática a educação continuada de cada um.

***Não há muita interação, principalmente com a médica, por ser um pouco mais ausente, o tempo que passa aqui não dá pra gente está se reunido, eu e a dentista agente tem mais tempo aqui e passa o dia todo aqui, mas ela já não passa muito tempo aqui. Pra ocorrer assim o PSF mesmo era pra ter uma interação maior entre a equipe. É muito difícil a gente trabalhar PSF exatamente como ele tem que ser desse jeito, enquanto o médico ele não fizer sua especialização, sua residência pensando no PSF e não na ginecologia, na pediatria e vem pra cá com algo mais generalista, eu acho que nunca vai funcionar o PSF. (ENFERMEIRA 1).***

A equipe do PSF essa nossa aqui no posto **constituído de três funcionários, no caso o médico, a enfermeira e a auxiliar, então tudo que tiver que ser feito é através dessas três pessoas**, então do modo que eu estou vendo o crescendo do PSF não vai ser possível se dá conta de tudo o quanto estão querendo pra que seja desenvolvido por a gente porque nós somos três e freqüentemente vem aquelas equipes fazer palestras ou dá cursos como há pouco aconteceu esse AIDIP aí que são oito dias de manhã e de tarde, aquele pessoal a falar rápido porque o tempo é curto, então quando termina o curso o que ficou relatou muito pouco na cabeça da gente por que? Porque nós não sabemos nós não só vamos fazer pediatria, nós atendemos tudo, então eu acho o seguinte: o papel do médico do PSF ele é um generalista por excelência porque do contrário ele não pode desenvolver a função dele. **(MÉDICO 3).**

**O PSF ta mais no posto né, e nós Agente de Saúde na comunidade** junto com o povo, dia a dia, casa a casa, ai eu acho que a gente tem mais um jogo de cintura. **(ACS 3.1).**

**Eu acho que o entrosamento não é bom, porque o PSF com o agente de saúde é uma equipe e na nossa própria equipe o médico deixa muito a desejar, ainda tem aquela noção que eu sou rei, que eu mando, desmando e no caso ele falta se entrosar mais.** Se o médico fosse junto da gente facilitaria mais, porque no caso o médico foge assim um pouco digamos, do seu papel. **(ACS 3.3).**

**A gente vê o profissional muito acomodada nas unidades e eu acho que você tem que ter um trabalho de porta em porta.** Você deixa de investigar a família dele, a comunidade, você pega toda história daquela família, até você fica sensibilizada com os casos que você tem na área né, e já na unidade você fica muito acomodada né, chegou, contou sua história, fica muito restrito a vida dele né. Nossa equipe até que é muito integrada, nossa equipe se dá muito bem, acho que é o ponto de partida é a equipe se dá bem. **(ENFERMEIRA 4).**

**O que eu acredito que falta, são profissionais mais comprometidos né com o programa, profissionais que fiquem realmente as 8 horas como deve ser feito o programa** né, e que pessoas fiquem passando sempre por capacitação, não só médico, não só enfermeira, a auxiliar de enfermagem, mas também nós agentes de saúde. **(ACS 4.1).**

**Porque uma hora não tem o médico, outra hora não tem o enfermeiro ou então trabalha só a parte da tarde** e são mais de mil e quinhentas pessoa e não tem como vim um profissional pra cá trabalhar só a tarde, só um período, é difícil aqui. **(ACS 5.2).**

Um trabalho marcado pela ausência de alguns elementos, como interação dos profissionais, capacitação para atuar no PSF, incorporação da dinâmica do trabalho dentro do Programa, e, até mesmo, uma compreensão da própria composição da equipe, resulta conseqüentemente num trabalho individualizado e fragmentado, distanciando a ESF do real propósito de um trabalho em equipe.

A equipe de Saúde da Família, como já abordado neste estudo, está constituída, no mínimo, pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde, podendo estar inseridos outros profissionais, como odontólogo e técnico de higiene dental. Todas as equipes investigadas se encontravam com estes profissionais, como já demonstrado na primeira seção deste capítulo dos resultados, no entanto, a fala do médico 3 na página anterior, configura uma visão distorcida da equipe, quando exclui o ACS como membro da ESF. Conseqüentemente, um trabalho compartilhado junto à comunidade fica prejudicado. Por sua vez, o ACS não se sente parte da equipe, quando dicotomiza o trabalho desenvolvido pela categoria do restante da equipe, e ainda se refere ao PSF como os profissionais situados na unidade básica de saúde.

O PSF, ao propor alteração no modelo assistencial, aposta na mudança de comportamento dos profissionais de saúde, até então marcado pelo distanciamento em relação aos interesses dos usuários e pela ausência de um trabalho em equipe com ênfase na interdisciplinaridade. Os usuários ratificam em seus depoimentos o modo operante dos membros da ESF, quando enfatizam a visita realizada nos domicílios preponderantemente pelo agente comunitário de saúde.

***A Agente de Saúde ia lá em casa me acompanhar***, às vezes eu não tinha condição estava muito mal mesmo e às vezes ia até os doutor daqui ia também lá em casa fazer visita, é mais difícil, mas ele já foi. (U- 2.2).

***Ela*** [Agente de Saúde] ***vai lá fazer visita*** olhar se a gente está zelando as coisinha da gente direitinho, olha as criança como é que está, as água “minha gente vamos ter que cuidar”, elas visita as casa.(U-2.4).

***Ela*** [Agente de Saúde] ***orienta, ela diz que a gente tem que trazer bem limpinho***, trazer bem varridinho as casa que elas entrar e isso aí é bom pra nós e elas sai aconselhando pra ter cuidado nas criança, pra zelar, pra ter cuidado nas arvore, ter cuidado no lixo em tudo elas recomenda bem. (U-3.1).

***A agente de saúde sempre vai na nossa casa***, vai algum doutor quando tiver alguém muito doente, ele vai lá. (U-3.2).

Observa-se que não há um trabalho orientado para as tarefas em equipe, conseqüentemente, traz prejuízos para a comunidade e o PSF. Esta posição adotada pelos profissionais de saúde fere um dos campos da promoção da saúde, que é a reorganização dos serviços sanitários, a exigir mudanças na educação e formação dos

profissionais, capazes de produzir mudanças de atitudes e organização dos serviços de saúde. Somente uma equipe com uma perspectiva interdisciplinar pode dar conta da complexidade desta missão; neste sentido, faz-se necessária uma compreensão por parte dos profissionais que a compõem, do seu papel, bem como do mister do outro na execução das ações.

Quando um profissional é contratado para atuar numa equipe de Saúde da Família, ele assume o trabalho com uma visão forjada no decurso de sua formação, nas funções desenvolvidas em instituições de saúde tradicionais, cujos métodos de trabalho guardam diferenças em relação ao modelo do PSF (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005). Corroborando esta linha de pensamento, Pereira e Alves (2004) enfatizam que o PSF é um novo e promissor mercado de trabalho para os profissionais de saúde, para o qual se exige adequação do perfil para atuação em saúde comunitária.

A definição do perfil do profissional que atua na ESF deve ser rigorosamente efetuada, para que o Programa obtenha resultados satisfatórios. Algumas características são essenciais: conhecimento sobre a área de atuação, abertura para o trabalho em equipe, facilidade de comunicação, compromisso ético e político com a saúde pública, dentre outras (grifo nosso) (BETTIOL, 2006).

Certamente a ausência desse perfil na maioria dos profissionais impede alguns avanços ao Programa. Uma tentativa de superação desta dificuldade deve ser assumida pelos cursos de graduação, os quais deverão conferir competência e habilidades para os profissionais atuarem no PSF. Os treinamentos e cursos de capacitação para os profissionais que já atuam no PSF são a alternativa buscada para superar esta deficiência.

Por outro lado, também não existe, por parte dos gestores, mecanismos reguladores para monitorar se o profissional de saúde está atuando dentro da proposta de saúde que ele foi empregado, no caso o PSF. Este poderá ser um caminho a seguir para vencermos um dos vários nós críticos que se apresentam no Programa.

As evidências aqui anunciadas nos permitem observar o posicionamento adotado pelo profissional diante do Programa. Registramos a ausência de um trabalho em equipe, refletido pela pouca interação dos profissionais.

Entendemos que uma mudança, no que se refere ao trabalho em equipe, precisa se refletir na sua prática. A ausência de uma capacitação profissional voltada para o PSF não pode ser justificativa para esse profissional não se incorporar ao modelo, ou seja, o profissional deve ajustar-se a uma prática interdisciplinar e multidisciplinar. De outra ordem, reforça um modelo de atenção à saúde pautado na doença e ações de tratamento e controle. A mudança de comportamento para participação, portanto, deve ocorrer também com os profissionais; um trabalho dentro do PSF requer esta visão.

### 3. Formação do Vínculo Equipe Saúde Família / Usuário

A formação do vínculo ESF e usuário representa ferramenta indispensável ao PSF. Este garante laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Evidenciamos, no contexto investigado, que este vínculo ainda está fragilizado em decorrência da própria estruturação do PSF no Município. O usuário percebe a rotatividade dos profissionais nas equipes, chegando até mesmo, muitas vezes, a não identificá-lo, no caso do profissional médico, como fica evidenciado nas falas abaixo:

Eu conheço muito pouco esses doutores que estão ai agora, ***eu não tenho assim uma entrosação com eles***, tinha mas com os veteranos, o médico veterano que já tinha no posto de saúde, eu sofri da dengue, aí ele foi na minha casa, ele me visitou, ele já estava amigo da gente e foi o médico maravilhoso que um daquele nunca mais eu pego pra receber porque ele foi o primeiro e único, ***porque ele era ótimo, ele conversava com a gente, ele queria saber do problema da gente e do nosso bairro***, ele tirou um dia só pra vim fotografar esse bairro todinho, buraco por buraco, casinha por casinha, casas que não tinha banheiro e tudo. Nós temos um álbum completinho da ... [nome do bairro], só ele fez isso pra vê se arranjava banheiro pra esse pessoal daqui, mas ele foi afastado aqui do nosso bairro e os outro que vieram dá assim uma passagem aqui e outra acolá. (U-1.4).

Do inicio dessa equipe do ... [nome de um profissional da equipe] ***já se foram quatro com esta ultima doutora***, gostei mais do primeiro, os outros um deles não atendia criança, ele dizia que só era doutor de adulto. (U- 1.9).

***Aqui já teve vários medica e médico e vai trocando, isto não é bom.*** (U-2.3).

Afeta principalmente quando você já está bem acostumada. **Mudança de médico, mudança de equipe sempre afeta mesmo que você não queira. (U-2.5).**

**Eu nem conheço essa equipe**, só conheço doutor [médico] porque ele já foi meu parceiro e já trabalhei com ele no Hospital ... [nome do hospital], mas nem sei se ele ainda está me conhecendo. **(U-3.3).**

Teve uma doutora que eu gostava, tinha umas reunião antigamente aí atrás, ela fazia no corredor mesmo, **mas ela passou pouco tempo aqui. (U- 4.1).**

Nos depoimentos dos usuários, registramos uma ruptura, uma quebra das ações desenvolvidas, em decorrência da freqüente troca de profissionais ocorrida no PSF. Esses informantes associam as ações desenvolvidas no cotidiano do Programa a referidos profissionais, o que certamente não condiz com os objetivos do PSF. A proposta precisa avançar no sentido de que as atividades em direção à promoção da saúde não sejam rotuladas pelo profissional que se encontra atuando naquele momento específico, mas sim pela natureza do próprio processo, que requer uma linguagem e uma prática unificada.

A rotatividade dos profissionais, constatada junto à realidade investigada, deve ser vista como um nó crítico, que precisa com urgência ser superado, já que as ações propostas para o PSF não podem sofrer solução de continuidade, como referido pelos usuários.

Os depoimentos dos profissionais também apontam para esta evidência encontrada junto aos usuários. Destacam também aspectos que impedem o reconhecimento da clientela, como, por exemplo, o fato de a equipe não dispor de prontuário, que, com certeza, facilitaria a identificação dos problemas.

**Eles me perguntaram a princípio se eu iria ficar e eu respondi pra eles que dependia deles**, que eu iria ficar dependendo deles se eles fossem educados, se não fizessem confusão em sala de espera um querendo entrar na frente do outro sem marcação, quer dizer tudo é uma questão de organização. **(Médico 1).**

Quando o PSF entrou aqui na minha área, a minha área era muito restrita assim de médico, **entrava um médico e passava seis meses, às vezes passava cinco meses e saía e passava um mês sem médico. (ACS 1.2).**

As Agentes de Saúde, elas conhecem mais a clientela, até porque elas já tem 8 a 10 anos de serviço na área, elas não mudam, entra prefeito e sai prefeito, elas

continuam no serviço delas,então elas tem muita afinidade com as famílias, ***nós mudamos muito, até mesmo de município.(ENFERMEIRA 4).***

***O nosso problema aqui é que a gente não tem prontuários.*** Quando eu cheguei aqui não tinha prontuário, então desde que eu cheguei a gente pára uma semana por mês pra ajeitar prontuário, então o que eu sei da família é de ter visitado, de ter conversado, mas assim que não tem o prontuário que eu saiba dentro daquela casa tem um hipertenso, tem uma gestante aqui tudo bonitinho não, ***eu sei pouco das famílias, as que eu fui visitar e as que vem mais aqui aí eu conheço, eu sei a realidade da família,*** mas assim de eu ter um prontuário que me diga exatamente como é aquela família eu não tenho. Às vezes a paciente vem e você não sabe qual a história dela em relação a patologias. **(ENFERMEIRA 1).**

Além da rotatividade dos profissionais e aspectos operacionais, como a inexistência do prontuário - e que facilitaria o acompanhamento das famílias -, ficou evidente uma relação baseada na coerção e inculpação do usuário, quando o profissional vincula sua permanência na equipe a um “bom comportamento” adotado pelos usuários. Isto, seguramente, vai dificultar a formação do vínculo dentro do Programa.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (BRASIL, 2004a). Deste modo, cria-se o vínculo, que envolve afetividade, ajuda e respeito.

Campos (1997) destaca que a formação do vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Ainda conforme o autor, não há vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação do serviço. Esta concepção de vínculo difere do comportamento expresso na fala do médico 1, na página 115.

Segundo Schimith e Lima (2004), a noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O Programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização

do serviço. Concordamos com as autoras, pois entendemos que o estabelecimento de vínculo entre ESF e usuário não pode estar alicerçado apenas no tempo de permanência dos profissionais da equipe na área adstrita ou no município. Isto é importante, no entanto, mesmo as ESF que têm o critério tempo a seu favor, podem não ter conseguido estabelecer vínculo com a comunidade, resultado muitas vezes de outros elementos que o impedem, como, por exemplo, a forma de acolher o usuário na unidade, o acesso desse, quer seja aos serviços prestados na unidade básica ou aos profissionais, e ainda a demanda muitas vezes centrada em único profissional da equipe.

Entendemos que a responsabilidade social dos profissionais com uma determinada população é fundamental para o êxito do PSF. A falta de estabilidade dos profissionais, quer esta seja nas equipes ou mesmo nos municípios, produz uma instabilidade no trabalho idealizado para o SUS, mas, principalmente, o envolvimento da ESF com o usuário, na busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia desse quanto a sua saúde. Somente por meio da formação do vínculo dos profissionais com os usuários, será possível um trabalho alicerçado nas suas necessidades sentidas e expressadas. Faz-se necessário também o estabelecimento de vínculo dos profissionais com a própria gestão, no sentido de estes atores sociais se sentirem parte de todo o processo, qualificando-os para o controle social da gestão.

Acerca da formação do vínculo equipe Saúde da Família e usuário, está presente nas falas dos informantes uma compreensão acerca da fragilidade deste vínculo, justificado quer pela rotatividade dos profissionais no Programa ou pela ausência de ferramentas, como, por exemplo, o prontuário da família. Consideramos que esta visão crítica dos informantes sobre os elementos que impedem a formação desse vínculo é importante para a mudança de comportamento do usuário em direção a uma Participação Habilitadora. Este argumento representa um estágio de Contemplação, caracterizado pelo reconhecimento da necessidade da mudança.

## 4 Acessibilidade

A acessibilidade como princípio do SUS garante à população a oferta de serviços de saúde que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam esses serviços. A voz dos usuários e profissionais assegura este princípio, quando referem isto como uma melhoria a partir da criação do Programa.

Quando eu terminei o tratamento eu sempre fiquei de mês em mês eu me apresentava o médico e tinha que vim pra cá porque em todo canto que eu chegava **“tem que ir pro médico perto da sua residência”** e aí fiquei aqui mesmo. (U-1.3).

É diferente a gente ser atendido aqui, assim mesmo com toda dificuldade, **mas a gente sendo atendido aqui é melhor do que ir ser atendido lá embaixo.** (U-1.6).

Mudou muita coisa, porque no lugar da gente sair daqui da ... [nome do bairro] pra ir lá pro posto da ... [nome dos posto de saúde] ou então ir lá pros hospital e chega lá nos hospital não tem médico, não tem uma ficha não tem mais nada ou já tem encerrado, então **esse posto aqui na ... [nome do bairro] fica mais perto da gente.** (U-1.7).

**Antes tinha muita gente doente sem ter um atendimento, às vezes ia pros posto no centro, pros hospital e não era atendido,** eu mesmo por exemplo cansei de ir e voltar pra trás sem ser atendida porque não tinha médico e outra coisa também a gente ia e não sabia qual era o dia do médico e chegava lá e dava viagem perdida e lá ia outro dia de novo e às vezes não dava certo e a assim por diante. (U-1.8).

**Mudou muito porque a gente pra se receitar tinha que ir de madrugada pegar ficha em hospital e hoje em dia nós temos assistência aqui mesmo no bairro** e não precisa estar saindo daqui pra outros bairro, pra hospital e os médico se precisar de exame, já bati eletrocardiograma, já bati RX, já fiz o da esteira, já fiz o eco tudo pelo PSF. (U-2.2).

**A gente ia pra aquele posto lá da ...[nome do bairro] ou pro ...[serviço de referencia] e chegava lá e às vezes não era atendida** porque não tinha como porque era gente demais, às vezes a gente voltava e corria pro hospital a gente sofria demais e agora Ave Maria aqui a gente tem tudo, a gente agradece tanto. (U-3.1).

**Teve, assim, porque fica próximo de casa,** e aqui, eu acho que aqui é igual a qualquer hospital, quer dizer eu acho que aqui é melhor que o hospital, então isso aí já foi uma grande melhora tanto pra mim quanto pra minha mãe que já é de idade, achei melhor assim cada bairro ter um posto. (U-4.1).

Por que tudo era muito difícil, **tudo era longe e aqui perto de casa** é muito melhor. (U-4.2).

Era mais difícil. ***É que a gente tinha que levantar três horas da manhã, duas horas...***as vezes não dava tempo tirar a ficha,as vezes eu tinha que dormir lá,e aqui não,você acorda seis horas e dá tempo. (U-4.3).

***Ficou mais fácil pra gente ser atendida***,qualquer coisa é só correr no posto que a pessoa é atendida rápido. (U-4.4).

***Quando meus filhos adoecem eu venho pra cá e não precisa eu sair de casa de madrugada***. Não precisa mais eu ficar arriscando minha vida saindo de casa de madrugada pra poder tirar ficha nos posto,hoje eu venho só seis ou sete horas. (U-4.6).

Facilitou mais ***quando a gente quer um médico e ficou mais perto de casa*** e facilitou mais. (U-4.7).

***Ficou melhor porque a gente sempre ia pro posto da ...[nome do bairro ]***e depois que a gente ficou sabendo que tinha esse atendimento aqui aí dificilmente vai pra lá, é tudo aqui.(U-5.5).

***Mudou muito até porque era muito cansativo, aqui a comunidade tudo se deslocava pra hospital.*** (U-5.9).

As falas dos usuários anunciam um acesso principalmente referente à proximidade de um serviço de saúde, ou seja, o fato de disporem de uma unidade de saúde na sua comunidade, no entanto, outros depoimentos deixam claro que, mesmo próximo de sua realidade, muitas vezes esse serviço não tem resolubilidade.

***As vezes a pessoa passa a semana todinha vindo aqui nesse posto e o doutor está não sei aonde***, o doutor foi pra uma reunião e às vezes a pessoa morrendo de doente, não tem dinheiro, não tem nem carro pra descer pra rua. (U-3.3).

Depois que o programa da família entrou tudo ficou difícil, ***eu venho muito e não consigo ser atendida.*** (U-3.6).

O povo lá todo mundo, eu vejo a metade do povo dizendo que esse ***programa da família não tem o atendimento que sai nos rádio, na televisão.*** (U-3.7).

***O pior é não poder levar a família pra se receitar em outro lugar e se o médico da família não está naquele dia a pessoa pode é está morrendo de doente que o outro também não atende porque ele não é daquela área***, por isso que eu acho errado. (U-3.8).

Tudo demora muito, ***quando agente faz os exames demora muito a receber né***,então se for o caso de você morrer,você morre. (U-4.1).

A falta de resolubilidade referida pelos usuários fere o princípio da acessibilidade. É necessário que os serviços de saúde da rede básica dêem uma resposta satisfatória aos casos que têm baixo grau de complexidade. Como anotam

Araújo e Leitão (2005), faz-se necessário fortalecer os serviços de atenção primária, ou seja, organizar e implementar políticas e implantar serviços que respondam às demandas advindas da sociedade. As autoras ainda destacam a importância de se considerar a visão dos usuários acerca da prestação dos serviços, tendo em vista que isto poderá contribuir para a programação de serviços que realmente dêem uma resposta efetiva à demanda na comunidade.

Esta visão expressada nos depoimentos dos usuários, na perspectiva da análise, nos permite afirmar que esses informantes percebem uma melhoria da prestação do serviço, dada a inserção deste na área adstrita, dando ao usuário um certo movimento de independência, quando ele não depende mais de outro serviço de saúde existente em outra localidade do Município. Também o usuário tem clareza de quando este serviço não fornece resposta as suas necessidades, o que para ele caracteriza a falta de resolubilidade. Podemos dizer, que quanto à visão da acessibilidade dentro do Programa, o usuário se encontra num estágio de Contemplação, relativamente à oferta-resolubilidade do serviço, porém reconhece a limitação deste as suas demandas.

Os profissionais a seguir corroboram com os usuários, quando confirmam a insatisfação desses diante da dificuldade de resolubilidade no Programa, o que para eles origina descrédito do trabalho realizado junto às famílias.

***Eles [a clientela] reclamam do PSF porque veio aqui e não foi atendida,*** porque geralmente não pode ser todo mundo naquele dia atendido, tem que ter as consultas certa 10, 16 consultas, as emergências, as urgências e aí umas reclamam e tem pessoas que ficam insatisfeitas. **(ACS 1.2).**

Quando chega ***e não dá certo a consulta***, já sai chiando “vou atrás do meus direito” já fazem isso. **(ACS 3.2).**

Eles [usuários] dizem que não vem mais, ***“ah não serviu de nada aquele encaminhamento que você me deu, fui lá e não fui atendida e não vou mais lá de jeito nenhum”***. **(ACS 5.2).**

Eles só vem quando estão doente, ***porque o acesso é difícil, tem pessoas que vem até dormir nas calçada pra conseguir ficha e é muito difícil mesmo***. **(ACS 5.2).**

Eles [usuários] reclamam muito ***“Você me mandou e disse que eu fosse falar com determinado setor do PSF e quando eu cheguei lá ele não me atendeu, fiquei lá esperando muito tempo e não fui atendida”*** às vezes a gente se sente triste por isso porque se você encaminhou e de repente alguém te diz isso, você passa a não ter credibilidade, na próxima vez que você for falar com

as famílias de determinada área encaminhando ao PSF eles vão dizer “ah eu não vou não, porque eu fui e não foi resolvido nada”. (ACS 5.3).

O princípio da acessibilidade transcende a compreensão de que basta ter um serviço de saúde próximo da sua realidade, que esse deve ter resolubilidade, de modo a responder as necessidades da população. Para Pereira e Alves (2004), o PSF busca maior acesso e resolubilidade para os usuários, para tanto, deverá existir integração entre os serviços e disponibilização de recursos técnicos e operacionais no plano local e de referência.

Percebemos que os profissionais também constataam a falta de resolubilidade no Programa indicada nos depoimentos dos usuários, no entanto, suas falas expressam apenas uma constatação: não há uma gerência sobre esse conflito, não é percebido um movimento dos profissionais para o enfrentamento desta situação. Esta visão dos profissionais caracteriza um estágio de Pré-Contemplação, repercutindo numa dissonância entre a percepção do usuário e profissionais, no que se refere à acessibilidade dentro do Programa Saúde da Família.

## 5 PSF: Respostas às Necessidades Sentidas

A comunidade percebe o PSF como respostas as suas necessidades sentidas e não como possibilidade de prevenção e promoção. O conceito de saúde está cristalizado como curativo e os profissionais retroalimentam esta concepção.

A consulta ainda é a mola propulsora do processo que liga o usuário à equipe Saúde da Família, em consequência do que a “medicalização” passa a ser um dos principais elementos que o atrai ao serviço de saúde. As falas que se seguem denotam esta compreensão.

[...] melhorou sim, por exemplo, *minha mãe mesmo às vezes não tinha assim o dinheiro pra comprar o remédio e agora ele tem o remédio (U-1.2).*

[...] *como é que pode se o remédio contém 40 comprimidos, então serve pra pessoa fazer um tratamento pra quarenta dias, mas eles não dão quarenta, só dão vinte e então é claro que não fiquei boa* e volto lá

novamente antes dos vinte, ai eles dizem: “não, olhe aqui sua ficha, você recebeu remédio já nesse mês” mas não era dois envelope? “não”, “então agora só no outro mês que você pode receber”. A gente chegando com essa receita na farmácia central e que já está lá certo que você nesse mês já recebeu remédio e não pode mais receber mais o outro, mas é porque não deram o remédio que o médico passou, o total que ele passou. (U-1.4).

**Eles** [a família] **não vão pro posto, eles não precisam de remédio**, ainda não tem doença, não descobriram se tem pressão alta ou diabete. (U-1.6).

Olha ai como é lá...numa casa estava a mãe doente, a filha e o neto, hoje de manhã ela foi com um filho que estava doente, de tarde ela foi com a mãe que estava doente porque não podia ir os três no mesmo dia porque não pegava ficha e quando foi no outro dia foi ela, ai o doutor disse: **“mulher eu já ti vi aqui três vezes de ontem pra cá” e ela foi e disse: já, porque eu vim ontem com meu filho, vim com meu filho de manhã e com minha mãe de tarde e estou vindo hoje pra mim e eu queria um remédio**” (U-1.9).

Eu acredito que mãe nenhuma saia de casa e deixe seus afazeres pra **trazer seu filho pro posto sem está sentindo nada**. (U-2.1).

Mudou, **só o remédio que a gente não podia comprar e agora agente tem, já é muito bom**. (U-3.1).

Ah! **minha mãe já passou muita coisa aqui dentro,por causa de remédio**,ela toma remédio de pressão essas coisas...e as vezes ela vem pegar e não tem, as vezes dá só uma parte e ela quer todo e fica aquele chove não molha aí fora discutindo. (U-4.1).

**Por que hoje em dia a gente vem consultar e tem o remédio**, é bom, por que a gente já vai pra casa com o remedinho né? (U-4.2).

Mudou muita coisa,porque antes “deu” vim pra cá,**eu consultava,mas não tinha dinheiro pra compra o remédio,hoje a gente tem remédio aqui mesmo no posto**. (U-4.3).

Teve,por que a minha mãe é doente,e **os remédios dela tinha que comprar caro,e agora ela vem aqui,o médico dá uma ordenzinha e ela pode pegar na farmácia**. (U-4.5).

Assim, vamos dizer o **atendimento é muito bom, assim sobre os remédio**, sabe o perigo que corre essas pessoas hipertensa, então eu acho que foi uma coisa maravilhosa que aconteceu na vida da gente sobre essa assistência do bairro, esse programa. (U-5.1).

Uma vez eu vim só chamar a enfermeira pra fazer **um curativo na perna** e quando eu dei fé entrou o médico com todo mundo lá, fiquei feliz da vida porque quando a gente está sofrendo né. (U-5.2).

Melhorou pra fazer exame e **hoje em dia eles marcam exame da gente**, tem um carro pra ir deixar a gente, se preocuparem pra ir buscar, toda assistência. (U-5.10).

Os usuários atribuem como satisfação ou insatisfação ao Programa o fato de poderem contar com a consulta, exames ou dispor do medicamento. Estudo de Schimith e Lima (2004) destaca a falta de medicamento como um problema relatado pela clientela, o qual impossibilita a continuidade do atendimento. As autoras ainda referem que a falta de medicamento e de exames laboratoriais parece estar instituída no PSF. A opção dos usuários é pagar ou não fazer. Esses, ao se defrontarem com esta situação, ou se revoltam ou se resignam na sua condição de impotentes diante do fato.

Nas falas dos profissionais, confirma-se a valorização dada pelo usuário à medicação.

Eu acho tão importante a educação em saúde, mas os usuários eles estão tão viciados em medicamentos, que ***eles preferem que você venha pra cá consultá-los do que venham pra cá conversar com eles, é incrível como eles sentem assim a necessidade que você passe um medicamento pra eles***, você tem que está receitando enquanto que você tem que até deixar mais de conversar, perder a oportunidade de conversar e fazer palestras pra poder está consultando, porque se você não estiver ali consultando não funciona. (MÉDICO 1).

Outra dificuldade que eu estou tendo aqui ***é porque as pessoas querem ter um medicamento em casa pra quando precisar*** e eu fiquei até sabendo que o pessoal chega a vender os medicamentos, se alguém precisa e a pessoa tem “eu te vendo esse medicamento que eu tenho”, as pessoas chegam a esse nível de vender o medicamento, eles querem o medicamento em casa pra quando precisar, todos querem ter amoxicilina em casa pra quando precisar. (MÉDICO 1).

Algumas semanas atrás veio até uma pra ser consultada e ***voltou da médica com raiva porque a médica não deu uma medicação*** e queria que eu desse, e a médica tinha explicado, “a médica me disse isso aí, mas eu quero amoxicilina”, então há uma resistência muito grande porque elas já chegam aqui sabendo o que querem e não estão dispostas a ouvir o que você fala. (ENFERMEIRA 1).

***O mais importante pra eles é a medicação***, eles sempre vem pegar a medicação, assim que termina eles estão aqui pra pegar. (AUX. ENF. 1).

A população ainda não está muito educada a isso não, não conhece a filosofia do programa e nem entende, por mais que você tenta explicar eles não consegue entender, ***eles acham que a gente tem que trabalhar fazendo consulta, consulta e se vier pra cá e não levar o remédio, não foi consultado, se a gente só orientar, tentar educar eles acham que não serve a consulta, que não tem serventia pro problema deles***. (ENFERMEIRA 2).

***Realmente eles preferem o atendimento, atendimento, atendimento. Quando a gente orienta o cuidado com a criança de lavar os pés, usar o chinelo, lavar as mãos eles acham bobagens.*** Uma vez eu fui tratar a paciente e ele queria porque queria que eu passasse amoxicilina pro filho só que não tinha nem indicação pra isso, aí eu fui passei a nebulização e pra que ela não tivesse que comprar o soro eu fui e dei o soro pra ela e ela saiu lá fora da unidade e jogou o soro no meio da rua e disse que isso não era consulta. Com relação a educação eles acham que a gente está enrolando, que é perda de tempo e que a gente devia está era no consultório, que a gente ganha é pra isso pra está no consultório. **(ENFERMEIRA 2).**

Reclama principalmente assim do médico, porque é muito grande a comunidade e é só um médico na unidade de saúde e tem os dia de visita que a pessoa tem que sair e deixar sem o médico, o ***peçoal reclama porque vem e o dia é justamente o dia de visita, o dia de apoio que tem os ponto de apoio nos sítio, aí sempre reclama essas coisa assim de falta de consulta.*** **(AUX. ENF 2).**

Quando você chega no posto, já tem gente de quatro horas da manhã na fila né, essa história é antiga e a gente ta tentando mudar esse quadro, então pra isso a gente chega, tem um cronograma, a gente conversa, a gente explica, e diz hoje a gente vai sair pra área, mas eles, e você sabe que 80,60% desse ***peçoal vem e não é nem doença, é só pelo hábito por que eles sabem que chegou remédio na unidade, e quer pegar remédio, quer... não é nem tratar mesmo, é mais de curiosidade de levar remédio pra casa.*** **(ENFERMEIRA 4).**

***Quando a gente chega pra fazer a visita eles sempre perguntam o que tem no posto? Tem remédio no posto? Já chegou exame?*** **(ENFERMEIRA 4).**

A valorização do medicamento esta culturalmente arraigada na população. Para Monteiro (2002), o fármaco continua sendo o elemento principal na complexa relação do médico-paciente com todas as conseqüências positivas e negativas deste uso do imaginário popular.

Diante disso, na perspectiva de atender às novas tendências da promoção da saúde, fez-se necessário o desenvolvimento de estratégias de superação do modelo “biologicista”, que ainda sacrifica as medidas de prevenção e promoção da saúde.

Percebemos nas falas dos usuários uma ênfase no tratamento e controle da doença, na busca pelo medicamento. Este comportamento adotado por esses informantes pode ser considerado um estágio de Pré-Contemplação. Os profissionais confirmam a visão do usuário, no entanto, expressam uma inquietação com este comportamento adotado, enfatizando em suas falas uma preocupação pelo fato de os usuários não desejarem ou serem resistentes a outros atendimentos voltados para a

prevenção e promoção da saúde. Assim, consideramos que os profissionais nesta categoria se encontram num estágio de Contemplação.

## 6 Educação em Saúde: Como o Processo Acontece no PSF

No sentido de explorar melhor a Educação em Saúde dentro do Programa, optamos por apresentar, nesta categoria, as subcategorias que se seguem:

### 6.1 A percepção dos profissionais acerca da Educação em Saúde

A compreensão de Educação em Saúde emitida pelos profissionais da ESF está amparada no que expressam esses informantes do estudo em seus depoimentos:

Eu compreendo educação em saúde **a instrução que você passa através dos profissionais, dos meios de comunicação pra toda comunidade local**, é muito importante, é tudo que falta nessa comunidade é educação a questão não só educação e saúde, a educação como um todo. **(Médico 1)**.

Eu acho que **é a gente está interagindo o profissional e o cliente no caso e que a gente troque assim informações e que ele venha e você depois possa detectar se ele está entendendo isso**, porque a gente passa muita informação, mas não sabe se essa pessoa está sendo educada em relação à saúde. **(Enfermeira 1)**.

**A gente passar o que é de melhor pras pessoas, saber conversar, a gente tem que orientar**, dizer tudo direitinho pra que eles façam assim suas higiene, seu tratamento bem feito, o asseio também, se preparar bem, tudo direito. **(Aux. Enf. 1)**.

**Nessa parte aí é levar as orientações das famílias, repassar pra eles aquilo que a gente aprende** antes mostrando pra ele como ele deve viver familiarmente na comunidade e com isso tentar melhorar a saúde. **(ACS 1.1)**.

A educação em saúde é a gente levar o paciente e educar eles, quer dizer **levar eles a entender e se prevenir das doenças**. **(ACS 1.2)**.

Tenho educação em saúde como **uma base no nosso trabalho no PSF**. Eu entendo que a educação realmente é a base, se a gente conseguir **educar a população ela vai prevenir mais as doenças**, procurar prevenir pra promover saúde. **(ENFERMEIRA 2)**.

**Eu realmente acho que se a gente conseguisse educar eles, a participação seria bem mais fácil**, acho que também o erro não é só deles, acho que a gente também tem muito a ver pra poder saber o que é participação. **(ENFERMEIRA 2)**.

Educação é tudo aquilo que a gente sabe e passa pras pessoas, educar, como vim a unidade, **como se informar das coisas e também ouvir tudo sobre vacinas, consulta e tudo. (Aux. Enf. 2).**

Pra mim **a Educação em Saúde é como é no Programa Saúde da Família é a preventiva é você prevenir enquanto não acontece o pior**,então e a gente chegar a tempo nas famílias pra que a gente precisa evitar a doença maior,uma consequência maior né, então o Programa Saúde da Família é pra isso,ele é preventivo né... **(AUX. ENF. 3).**

Eu entendo que **é uma promoção e você não precisa estar doente pra ir ao médico**, você tem que se prevenir, ter como se prevenir através do meio de saúde mesmo pra que não adoeca, pra diminuir as doenças. **(ACS 3.3).**

**Eu acredito que quando vai esclarecendo a comunidade vai melhorando o atendimento e isso é educação em saúde. (ACS 3.2).**

**É um trabalho voltado principalmente para as comunidades carentes**,é um trabalho que tem que trabalhar nas escolas,na comunidade,na família,pra ter uma saúde de qualidade,primeiro com educação,a base da higienização,da alimentação,da medicação,é todo um conjunto de educação pra ter uma saúde de qualidade. **(ENFERMEIRA 4).**

**Educação em saúde é você educar o paciente, é... do ponto de vista de promover a saúde né, de não adoecer. (MÉDICO 5).**

Eu acho que **é uma maneira de ensinar o povo o que é saúde e como prevenir as doenças**. O jeito da equipe se aproximar mais das pessoas, buscar novas maneiras de se aproximar e ensinar o que é saúde pra elas. **(AUX. ENF. 5).**

**É educar é prevenir, é orientar ao pessoal da comunidade**, o que eu adquiero na minha vida cotidiana eu vou levar pra eles na questão de prevenir. **(ACS 5.2).**

**Pra mim educação é a informação no dia a dia, é a gente orientar sobre alimentação, sobre uma prevenção de colo de útero, orientar sobre a higiene da casa. (ACS 5.3).**

A percepção dos profissionais relativamente a Educação em Saúde está baseada em elementos como transmissão de conteúdo, troca de informação, instrução, conduzir a compreensão, orientação, esclarecimentos, ensinamentos e prevenção de doenças. O enfoque na prevenção das doenças confirmou-se tanto nos relatos desses informantes, como nos momentos das observações realizadas junto às ESF, quando os temas abordados pelas equipes nas palestras foram definidos por ciclo de vida ou patologias. Das seções educativas observadas, apenas duas tratavam do pré-natal e uma de saúde bucal; as demais abordaram hipertensão, diabetes e dengue.

Os dados indicam que as ações de Educação em Saúde realizadas pelas ESF são mais orientadas para processos normativos a partir das demandas dos usuários. Para Naidoo e Wills (1994), o processo educativo acontece mediante algum tipo de necessidade, a saber: normativas, sentidas e percebidas. A necessidade normativa é aquela na qual o processo acontece de forma verticalizada, ou seja, os profissionais definem o que abordar, como e quando o processo deve acontecer. A necessidade sentida é aquela vinculada à percepção da equipe quanto às necessidades das pessoas, ou ainda quanto ao diagnóstico da população com base nos indicadores epidemiológicos presentes na comunidade trabalhada. Já um processo educativo baseado nas necessidades percebidas é quando acontece de forma expressada pela clientela, ou seja, a população é consultada sobre suas necessidades, de modo que eles se achem parte do processo.

Seguindo este referencial, podemos garantir que no grupo estudado o processo ainda acontece com base nas necessidades normativas e sentidas, ou seja, este é o eixo que conduz a Educação em Saúde na realidade investigada. Evidenciamos ainda que, no contexto estudado, as ações de Educação em Saúde ficam restritas a *sets*, ou seja, as práticas eram planejadas pelas equipes, de modo a atender o cronograma de atendimento do Programa, com dia e hora marcados, e podendo ser na própria unidade ou em outro espaço da área adstrita. Certamente esta conduta da equipe delimita por demais a amplitude das ações pertinentes à Educação em Saúde quando assumem o aspecto de ações ordenadas e normatizadas, não havendo a reflexão acerca de outros espaços também como educacional. Sob esta óptica, o processo educativo fica limitado a sessões educativas programadas sem serem pensadas como práticas permanentes e continuadas, realizadas no cotidiano do PSF.

Evidenciamos ainda, nos momentos de observação das sessões educativas, que a realização dessas ações de Educação em Saúde, muitas vezes, estava atrelada a uma forma de barganha que, mesmo não revelada de forma verbal, era expressa, pelos usuários, por manifestações como inquietação pelo momento da distribuição do medicamento ou pela verificação da pressão arterial. Essa estratégia utilizada pelos profissionais para mobilizar o usuário a participar da sessão educativa, como, por

exemplo, verificação da pressão arterial ou distribuição de medicamento no final da sessão educativa, caracteriza-se de certa forma uma coerção silenciosa, já que há uma ausência de liberdade de escolha por parte do usuário. Entendemos que este posicionamento adotado pela equipe repercute de forma negativa na participação da comunidade.

A percepção emitida pelos profissionais da ESF acerca da Educação em Saúde tem um enfoque na prevenção das doenças. Observamos uma predominância dos temas abordados nas sessões educativas na área dos determinantes biológicos da doença. Percebemos ainda que os profissionais de saúde ancoram seus referenciais teóricos numa prática de estado Normativo de mudança de comportamento. Assim, em relação às ações de Educação em Saúde no PSF, evidenciamos transições de elementos nos estágios de Pré-Contemplação e Contemplação.

## *6.2 Respostas à participação dos usuários nas ações de Educação em Saúde*

Merece destaque a forma como os usuários participavam das ações de Educação em Saúde desenvolvidas pela ESF, conforme enfatizado em suas falas como espaço de escuta, aprendizado; e, apesar de tímido, já se tem registro de multiplicadores a partir do processo.

Ela explicando sobre a limpeza, a higiene dos dentes da criança que quando nasce com um ano já tem que cuidar dos dentinho dele e daí por diante. ***Não fiz pergunta não porque eu no momento não estava preparada. (U-1.3).***

***A gente aprende com elas passar pro nosso grupo mirim e passar pra nossas mulheres porque nós somos dezessete mulheres,*** aí a gente conversa e passa a informação, você tem que ir pra reunião pra aprender, aí o que a gente aprende, tem eu e a ...[outro membro do grupo] uma morena que ficou aqui do meu lado que ela é bem danada e o que a gente ouve nessas reuniões a gente passa pras outras que não foram pra reunião. ***(U-1.4).***

***As mulheres do grupo ... [nome do grupo] passa o que aprendeu pro grupo mirim,*** nós passa primeiro pro grupo grande, das mulheres e depois o grupo mirim. ***(U-1.5).***

***Eu não, pergunto não,*** o que eles vão falando eu vou gravando na minha memória e vou usar o que for melhor. ***(U-1.6).***

Foi a agente de saúde que passa avisando na casa da gente “tal dia tem um debate lá na igreja falando sobre a saúde de vocês, explicar como é que vocês deve cuidar da saúde de vocês”, **então a gente tem que chegar lá cedo pra assistir o debate e a reunião. (U-1.7).**

**Ainda hoje tem umas palestras que na época a ...[enfermeira] fazia com a gente,** sempre antes da consulta ela fazia questão de mostrar pras pessoas a importância que tem de um médico na família, ela fazia questão de acompanhar a gestante com palestra, com figuras, desenho e não sei o que mais, sobre prevenção como a mulher poderia se prevenir pra uma gravidez indesejável, pra uma doença.(U-2.1).

**As palestras daqui todas que tem eu participo,** reunião, qualquer coisa que tem **pros hipertenso.(U-2.2).**

**Eu gosto de participar ouvindo e se não entender perguntar,** mostrando o seu interesse.(U-2.6).

**Ela [enfermeira] mais o doutor vem e aí faz palestras explicando a gente as dieta da gente como é, mostrando as doença,** pra gente se cuidar e eu sei que ela explica bem explicadinho. (U-3.1).

**Nunca me solicitaram assim comparecimento em nada,** reuniões quanto a isso eu não sou envolvida porque não fui convidada. (U-3.4).

É a gente está ali na reunião **pra escutar o que eles dizem. (U-4.2).**

Fica caracterizado nestas falas o registro de uma participação do usuário no processo educativo desenvolvido no PSF, quer seja assistindo a palestras e reuniões, aprendendo para praticar, reproduzindo a informação recebida ou perguntando.

Valla (2000) é muito incisivo, ao referir que a fala do profissional de saúde com a população se processa tal qual um aluno com o professor, pois, se esse aluno assimila o que o professor lhe ofereceu nas aulas, mas sendo essa assimilação aquilo que lhe é interessante e que tem sentido com sua história de vida, sua avaliação deveria ser em cima do que ele apreendeu e viveu. Assim se comporta a clientela: recebe a fala do profissional e seleciona o que lhe chama a atenção, sem necessariamente absorver tudo o que o profissional lhe disse.

O modo de participar do processo educativo dentro do PSF, expresso pelos usuários, está voltado para práticas normativas, significando que esses se encontram num estágio de Pré-Contemplação.

Nas falas que se seguem, os profissionais destacam como sucede a participação do usuário na Educação em Saúde desenvolvida pela equipe.

***Eu acho ainda precária a participação dentro do processo de educação, assim de educação em saúde, também a participação no serviço ainda é precária a participação da família diretamente no serviço. (MÉDICO 1).***

***Elas ainda participam pouco, desde que eu comecei nos primeiros dias vieram muito pouco, aí eu fiz um grupo de saúde da mulher, fiz palestras com elas e em relação ao que eu tenho vieram poucas, vieram até um número razoável, mas em relação ao número que eu tinha era pouco. (ENFERMEIRA 1).***

***Prestam atenção, eles mesmo falam, trocam idéias, dão exemplos também, é bacana. (AUX. ENF 1).***

***Tem alguns que são mais ativos e eles fazem pergunta e coisa que interessam a eles, às vezes quando eles estão sentindo aquilo que o palestrante está falando aí eles perguntam alguma coisa, eles participam não é muito assim, mas de vez em quando eles participam. (ACS 1.2).***

***Muitas pessoas aceitam assim o que a gente vai falar e tem umas que fica cochilando e diz que essas coisa já sabe, É assim, uns que querem saber mesmo, querem ir fundo em saber como é, mas tem uns que ficam só calado, só ouvindo e às vezes até xingando assim o que a pessoa fala, mas tem uns que gostam mesmo de saber como é que acontece, sobre uma doença como é transmitida, como uma pessoa pode pegar e tudo, mas já tem uns que é mais calado. (AUX. ENF 2).***

***Elas participam fazendo pergunta a gente, tirando as dúvidas delas e a gente orienta bem, sempre nunca deixa elas com dúvida e sempre nos lanche elas participa, cada uma dá uma coisa e se juntar tudo e fazer um café comunitário ou alguma coisa assim. (ACS 3.1).***

***Eles escutam, pergunta pouco, na hora de tirar suas dúvidas por vergonha ou por medo, eles não se informam o suficiente, eles não tem na realidade como se diz assim noção dos seus direitos, noção dos seus deveres, eles querem cobrar uma coisa que eles nem sabem se pode e eles querem também exigir o que também não sabe se é certo ou se é errado. No caso de uma palestra a gente quer envolver, porque é difícil a gente arranjar alguma contribuição, essas coisas, aí a gente pede a quem tem mais, faz lanche e uma coisa pra incentivar porque também esse pessoal são acostumados, por exemplo “eu só vou pra tal coisa se tiver um lanche”, querem receber alguma coisa.(ACS 3.3).***

***São curiosos,perguntam,tem uns que perguntam mais,claro que vai ter sempre aqueles que são mais dispersos,que não escuta,mas tem sempre aqueles que perguntam,graças a Deus a gente tá trabalhando com o povo que já tem consciência do que é o ACS (ACS 4.1).***

***A comunidade, a maioria, não tem quase interesse pra isso aí, é tanto que é difícil a gente reunir, a gente tenta, por isso que não é feito mais, é por isso. Por que a gente marca, pega uma fita, uma coisa pra passar pra eles, a gente marca e aparece dois, três, quatro...eles não são muito interessados nisso não, a comunidade, só naquelas ações que vai trazer benefício pra elas. (ACS 4.3).***

A comunidade é muito pobre, ninguém tem quase renda, eles só participam mais de uma palestra ***quando a gente vai tentar fazer uma palestra dessas***

***eles dizem: ah, isso é besteira, eu não vou pra essas besteiras não, eu já sei, passa na televisão. (ACS 4.3).***

Inclusive eu tentei... chegou uma adolescente de 16 anos, como vida sexual ativa, nunca fez prevenção e tal... e eu disse: a... você tem muita amiga com contato sexual e tal, aí eu disse: organize aí umas cinco amigas sua vamos marca sexta-feira pra gente bater um papo aqui no consultório. ***Exatamente pra fazer uma orientação, e nunca apareceu nenhuma adolescente, então tem que ser uma coisa puxada de baixo pra cima e não de cima pra baixo. (MÉDICO 5).***

No início havia muita falta, mas aí a gente começou a sentar e criar estratégia para trabalhar, por exemplo ***se nós temos dez gestante e elas não querem ir a reunião, a gente vai levar um brinde pra sortear, a gente vai levar uma lembrancinha*** e quando terminar vai ter uma lembrancinha para cada um e a gente começou a incentivar dessa forma e elas começaram a não faltar. ***(ACS 5.3).***

Os profissionais trazem nas suas falas a forma de participação dos usuários nas ações de Educação em Saúde desenvolvidas pela equipe, como: uma participação de forma ainda precária, há desinteresse, subsidiada pela coerção material, mas também já trocam idéias e tiram dúvidas. Alguns tipos de recursos de que se valem os profissionais para estimular a participação do usuário dentro do processo educativo são a este prejudiciais. Não podemos esquecer de que recursos como barganha e coerção comprometem a participação defendida neste estudo. O uso desses recursos reforça práticas como o clientelismo e o assistencialismo, e, no momento em que esses deixam de existir, os usuários não mais participam. Sendo assim, não é conducente a uma Participação Habilitadora, que se caracteriza por ser consciente, livre e de espontânea vontade, por escolha de participar, por opção de vivenciar a ação educativa, e não estimulado por qualquer mecanismo de barganha.

No que se refere à participação dos usuários nas atividades de Educação em Saúde dentro do Programa, há uma divergência entre as narrativas dos informantes, profissionais e usuários. Não há, por parte dos usuários, relatos de que nessa prática há momentos de troca de idéias e experiência. Quando da nossa observação no campo, pudemos observar que os usuários perguntam e até expressam suas vivências referentes ao tema abordado, no entanto, não são devidamente exploradas pelos profissionais. Entendemos que isto representa um aspecto muito importante no processo educativo; é a própria valorização do saber do outro, já amplamente abordado neste estudo como um dos principais eixos condutor da Educação em Saúde.

Na perspectiva dos profissionais da ESF, a participação do usuário nas atividades de Educação em Saúde desenvolvida dentro do Programa é uma Participação Normativa + Independência, caracterizando o 2º nível da estrutura teórico-metodológica da Participação Habilitadora, portanto o estágio de Contemplação.

### *6.3 Integralidade e intersetorialidade no processo educativo desenvolvido pelas ESF*

Ainda que de forma tímida, registramos a valorização, por parte dos profissionais da ESF, de recursos existentes na comunidade, bem como da busca de parcerias com outros segmentos da sociedade para o desenvolvimento de atividades educativas junto aos usuários.

Quando a gente foi fazer essa reunião com esses alunos ***nós fomos lá na ...[nome da instituição] e tem lá já um grupo que é direcionado pra educação em saúde nas escolas públicas***, então a gente trouxe esse grupo pra cá e pretendemos trazer outras vezes porque eles já são treinados pra dá palestras em escolas e a gente pretende divulgar isso aí e fazer conexão com outras escolas, por exemplo com a ... [nome da escola] porque a gente sente uma necessidade desses alunos ficarem integrados entre si. ***O que há é justamente a desintegração entre as coisas, as coisas acontecem isoladamente e às vezes até você não tem nem conhecimento que acontece isso lá, então o que falta é uma integração.*** (MÉDICO 1).

A gente tem os grupos de hipertensos, de gestante, ***a gente tem um grupo com a escola, a gente sempre está trabalhando com a escola aqui na creche com grupos de mães.*** (ENFERMEIRA 1).

***Nós trabalhamos também com escola, sempre que eu peço lá uma sala e também os alunos pra gente dar uma palestra, ela sempre cede uma sala lá.*** (ACS 3.1).

Participam trabalhando, quando a gente vai fazer passeios eles vão trabalhar mesmo confeccionar alimentação deles junto com a gente e também em palestras que ***a gente chama eles pra dar espaço a palavra deles, o pensamento deles e também com relação a multimistura eles também vão lá fazer junto com a gente.*** (ACS 5.2).

Observamos nos depoimentos dos profissionais que o trabalho educativo desenvolvido pela ESF estende-se para integrar princípios como o da integralidade e intersetorialidade. Isto fica evidente, quando a equipe refere buscar parcerias com escolas e creches existentes na comunidade, bem como com outros órgãos do

Município. A utilização de potenciais da comunidade representa uma estratégia importante no processo educativo. A ESF deve valorizar grupos existentes na comunidade, qualquer que seja a natureza de sua formação. O estudo teve a oportunidade de encontrar um grupo organizado na área adstrita da equipe 1, existente na comunidade há mais de 10 anos, composto por mulheres, tendo a música e a dança regional no objetivo da sua formação. Registramos em um dos momentos observados o envolvimento das componentes do grupo com todos os profissionais da equipe, inclusive participando da programação da sessão educativa, apresentando uma música composta pelo próprio grupo com enfoque na dengue.

Brandão (1986), destacando o pensamento de Paulo Freire, refere que um educador não pode trazer pronto do seu mundo o seu saber, o seu método, e sim ter a educação como um ato coletivo e solidário que não pode ser imposto, ou seja, lado a lado é que se aprende. Sendo assim, a Educação em Saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva das responsabilidades e dos direitos da população, estimulando a participação popular (CATRIB et al., 2003). Neste sentido, destacamos que são extremamente bem-vindas ao processo educativo iniciativas como essas, em que se encontram tanto a comunidade, descobrindo e valorizando seu potencial, como outros parceiros existentes no Município, na troca de experiências e saberes.

Na análise deste estudo, nesta categoria, os profissionais anunciam uma Participação Emancipatória, quando os valores da comunidade são buscados para um trabalho educativo. Podemos considerar que os profissionais, ao garantirem a integralidade e a intersetorialidade na Educação em Saúde dentro do PSF, encontram-se num estágio de Determinação/Preparação para a mudança.

#### *6.4 As dificuldades relatadas pela ESF para o desenvolvimento do processo educativo*

Os profissionais destacam em seus depoimentos as dificuldades mais presentes ao desenvolvimento de ações educativas dentro do PSF.

Os recursos sempre são difíceis pra gente conseguir, assim ***o transporte pra locomoção, em termos de material didático essas coisas pra fazer as palestras.*** (MÉDICO 1).

***A gente não tem vídeo, televisão, a nossa sorte é que é em anexo a uma escola que tem tudo,*** aí dá pra gente fazer, mas aqui normalmente é material cartaz, é álbum seriado. (ENFERMEIRA 1).

***A gente não dispõe de DVD, não dispõe de slides, mas a equipe leva uns bombons, um lanche, preservativo, tá sempre procurando renovar e chama, e mobilizar esses adolescentes pra que eles participem,*** porque adolescente é muito difícil de segurar, se não fizer uma coisa bem atrativa, eles fogem. (ENFERMEIRA 4).

***Uma dificuldade é a demanda daqui do posto é muito grande, então por enquanto essa realização de palestras são muito poucas,*** eu acredito que deveria ser mais, mas a gente não dispõe de muito tempo pra isso. (AUX. ENF. 4).

As dificuldades mais citadas pelos profissionais foram condições estruturais (físicas, materiais e organizacionais). Entendemos que os recursos citados pelos profissionais para o desenvolvimento das ações de Educação em Saúde são importantes, no entanto, defendemos a posição de que a falta desses não deve inibir esta prática. Lembramos que o processo educativo ocorre com pessoas, mais importantes do que os recursos. Neste sentido, postulamos o argumento de que a sua valorização no processo pode superar qualquer outra dificuldade. A cultura local, rodas de conversas, formas de mobilização e diálogo, e outros recursos e meios existentes na área adstrita devem ser conhecidos pelos profissionais, que não podem se limitar a importar recursos para utilizar dentro da comunidade. É a ESF que tem de se integrar às formas de comunicação da comunidade.

Mais uma vez chamamos a atenção para a formação dos profissionais de saúde. A visão emitida por eles, pode ser um reflexo da sua formação técnica, que valoriza os recursos tecnológicos em detrimento dos bens culturais. Morin (2004) destaca a importância de se observar a integração da cultura humanística e cultura científica na prática dos profissionais, a qual se torna necessária para que esse profissional valorize o sujeito, o contexto, e a cultura no seu fazer cotidiano. Vale lembrar também o círculo de cultura de Paulo Freire, ao destacar, o fato de que na educação deve se valorizar o que é significativo, o que é simbolicamente visível para os sujeitos envolvidos (FREIRE, 1999). Os equipamentos tecnológicos citados pelos profissionais podem não ser simbolicamente visíveis para os usuários, talvez o

simbolicamente sensível para esses seja escutar a noção de que, dentro do contexto de vida que ele tem, há outras pessoas vivendo em situações semelhantes a sua; aí sim, na discussão e contextualização do fato, o grupo pode crescer e desenvolver um processo de aprendizagem de saúde e cidadania.

A valorização das tecnologias destacadas nas falas dos profissionais pode nos levar a inferir um desconhecimento de outras formas e meios de implementar os processos educativos. Este fato decorre da própria história de vida desses profissionais, que vêm de uma formação predominantemente científica e menos humanística. Esta visão pode fragilizar a Participação Habilitadora do usuário nos processos educativos desenvolvidos dentro do PSF. Em nossa análise, na perspectiva dos profissionais, estas dificuldades anunciadas no processo educativo estão inseridas num estágio de Pré-Contemplação.

## 7 Mudanças Comportamentais Advindas da Inserção do Usuário no PSF

A inserção do usuário no PSF gradativamente produz mudanças de comportamento. Muitas vezes isto se vincula a alguma forma de barganha, no entanto, não deixa de trazer algum tipo de benefício a sua saúde. Os depoimentos a seguir traduzem esta realidade:

Eu aprendi que a gente tem que cuidar da gente, do corpo, tem que se cuidar, ***a gente tem que fazer prevenção de ano em ano, tem que lavar a mão pra poder comer, quando ir no banheiro lavar bastante a mão com sabão, tem que você não deixar água parada.***(U-1.5).

Eu achei importante, eu não sabia que era obrigado porque eu tinha pressão alta e eu não sabia que era preciso eu tomar medicamento diariamente, aí eu achei importante por isso porque aí eu fiquei sabendo que pra cuidar da minha saúde ***eu tinha que usar aquele medicamento diariamente né, aí eu tomo.***(U-1.6).

Aprendi assim que ***a gente não pode comer comida salgada e nem pode também comer muita gordura e também é muito bom a gente se movimentar, eu ando muito.***(U-1.6).

Minha filha depois dessa equipe ***ficou pegando remédio de evitar filho***, e eu aprendi ***a cuidar melhor do meu corpo, da boca.***(U-1.7).

Apreendi que **quem tem problema de pressão não pode comer muito sal**, não pode se agitar muito.(U-1.7).

Apreendi com pessoal, por exemplo, minha criança, eu digo: **olhe eu não quero que você vá brincar naquele barro, na terra que é onde o cachorro faz o xixi, onde faz o côco, o gato e ali está transmitindo doença**, aí eu tenho que ter bastante cuidado.(U-1.8).

Porque eu mesmo não ligava muito pra receita e nem assim mesmo pra **tomar remédio pra evitar família e comecei a tomar de dois mês pra cá**, tudo isso. Apreendi muita coisa.(U-1.9).

**Perdi o medo de procurar médico, de fazer o exame de prevenção, pra receber o resultado** sempre tinha que pedir alguém que fosse pegar.(U-2.1).

Em mim **quebrou o medo de fazer exame de prevenção do câncer**, também **sobre higiene bucal porque eu morria de medo de ir ao dentista**.(U-2.4).

**Não tomo mais remédio sem me consultar**, não é bom, não faz bem, procuro sempre o um médico.(U-2.5).

Agora ela [a mãe] **está sabendo quais são os tipo de alimentação que ela pode comer e quais são os tipo de exercício**, porque ela fazia tudo isso por conta própria e hoje em dia ela está sendo orientada.(U-2.7).

Tem, tem ajudado muito porque a **minha diabete estava muito alta e hoje já estou quase controlado**.(U-3.2).

**Eu me tornei muito mais disciplinada**, cerveja quem é que não toma hoje, o doutor disse: “você pode tomar dois copos” e eu cumpro isso rigorosamente.(U-3.4).

**Hoje foi que eu vim fazer o exame** [prevenção de câncer de colo uterino] **depois de 11 anos de casada**, vim porque ela [enfermeira] disse que era importante.(U-4.1).

**Apreendi que gente tem que vacinar os meninos né, em caso de doença procura o posto de saúde e ter cuidado com a água**.(U-4.2).

**Hoje em dia a gente não deve guardar doença né**, tem que correr logo onde tá mais fácil o médico.(U-4.4).

**Hoje eu sei que nas relações sexuais sempre deve ser com preservativo, para prevenir as doenças**, isso eu não sabia, pra mim bastava o anticoncepcional,a Dra. Informou que é bom usar sempre preservativo,o exame de prevenção uma vez por ano, todo ano eu faço, mas esse ano ainda não fiz por que to grávida.(U-4.5).

**Agora faço o planejamento familiar para evitar filho**.(U-4.7).

**Eu cuido do lixo da minha casa** e quando eu vejo que meu vizinho tem lixo eu falo com ele.(U-4.7).

**Apreendi que agente tem que usar isso aí** [preservativo], por isso eu sempre venho pegar.(U-4.8).

Apreendi um bucado de coisas, como aquele **negócio do mosquito da dengue, preservar a água, deixar sempre coberto, não deixar vasilha descoberta.**(U-4.8).

Eu mesma já estou com quarenta anos e agora em julho **está completando um ano que eu fiz pela primeira vez prevenção**, até porque eu não tinha coragem e eu sempre fui assim envergonhada, aí uma Agente de Saúde mandou eu vim e eu vim e fiz prevenção, gostei e esse ano já era pra mim ter feito com seis meses, mas eu vou fazer.(U-5.3).

Há dentro do processo, na fala do usuário, evidências de mudanças individuais em função de um conhecimento adquirido a partir de sua inserção no Programa. Registramos um aprendizado maior para um cuidar individual, estendendo, mesmo que de forma ainda tímida, também um cuidar da família e um cuidar do entorno. Defendemos a posição de que este poderá ser o caminho a seguir, no qual eu aprendo a cuidar primeiro de mim, atribuo um valor maior ao meu cuidado, havendo a partir daí uma transposição desse cuidado para a família e o entorno. Percebemos, também, que coexiste um comportamento resultado do modelo assistencial com enfoque ainda na doença, na cura, no tratamento e no remédio, no entanto, há um processo iniciado, no qual ocorrem práticas promotoras de saúde a partir do envolvimento do usuário no PSF.

Mesmo ainda de modo incipiente, os profissionais já percebem essas mudanças.

**Eles tem colocado hipoclorito dentro da água, eles fazem a limpeza e também procuram evitar jogar garrafa, pneu**, essas coisas que a gente tem que explicar pra eles retirarem esse tipo de coisa que é aonde se desenvolve o mosquito da dengue. (AUX ENF 1.)

Tem ajudado muito, porque muitas pessoas **não entendiam assim sobre as doenças, como era transmitida** e depois do PSF e assim também a pessoa conversando aí vai explicando e a pessoa fica mais certa. (AUX ENF 2).

Eu acho que está fazendo efeito o trabalho da equipe por isso, porque o **paciente ele se preocupa vem nem que seja só pra verificar a pressão “vim só pra ver se estou bem, não estou sentindo nada não, mas eu vim pra ver se estou bem”**, quer dizer está tendo uma resposta do que a equipe está passando pras eles que é importante está verificando a pressão, que é importante vim fazer a glicemia, peso, as caminhadas, eles dizem “eu estou fazendo caminhada, comecei a fazer”, quer dizer que está fazendo efeito às instruções da equipe. (AUX ENF 5).

Confirmam-se, nas falas dos profissionais, mudanças ocorridas com os usuários, advindas da sua inserção no PSF, mesmo que, predominantemente, o conhecimento e comportamento adotado ainda seja relacionado a sua necessidade imediata, ou seja, tenha uma predominância no controle das doenças e mudanças individuais para o autocuidado.

As evidências ilustradas pelos informantes do estudo quanto às mudanças de comportamento do usuário, embora ainda centradas na doença e nas mudanças individuais, apontam também para um movimento de mudanças, quando o usuário expressa preocupação com a prevenção e o cuidado do entorno. Estes elementos representam avanço na mudança de comportamento do usuário, caracterizando, a partir da análise do estudo, os estágios de Contemplação e de Determinação/Preparação, respectivamente.

## SINOPSE

Ao concluir esta seção do capítulo dos resultados, evidenciamos que a percepção dos informantes do estudo, usuários e profissionais acerca do Programa, convergem no sentido de percebê-lo como um espaço de atendimento de consulta médica e de atendimento ambulatorial, respectivamente. Neste sentido, há uma relação de convergência. Os usuários expressam uma compreensão de serviço de saúde para pessoas de baixo poder aquisitivo, e, em contrapartida, há uma inculpação, por parte dos profissionais, de que o processo não caminha dentro de uma perspectiva maior porque os usuários não detêm conhecimento acerca do Programa, ou seja, para os profissionais, os usuários não sabem o que é PSF, como se a esses coubesse a responsabilidade de saber de antemão sobre a proposta. Este posicionamento parece ignorar de que forma o processo aconteceu, quando de fato a proposta veio pronta para eles (usuários) e não formulada por eles. Outro aspecto a ser levado em consideração é a rotatividade dos profissionais no Programa e na própria ESF, desconhecendo muitas vezes a proposta do Programa.

A doença, o tratamento desta e, conseqüentemente, a busca do medicamento parece ser a ligação usuário à equipe, de modo a caracterizar uma participação do tipo receptiva ou de outro tipo de barganha, ou seja, alguém que recebe alguma coisa, neste caso, um tipo de assistência, não uma participação ativa do usuário na mudança de comportamento para cuidar de si.

Acerca de um trabalho em equipe, os profissionais das equipes de Saúde da Família registram nas suas falas elementos que certamente distanciam sua prática de uma ação multidisciplinar. Por parte dos usuários, o trabalho em equipe não é percebido nem reconhecido. De certo modo, isto é resultado da percepção desses informantes acerca do Programa, ou ainda do modo de agir dos profissionais de saúde dentro do PSF. Evidenciamos que o trabalho em equipe na realidade estudada é um ponto vulnerável para o desenvolvimento da proposta do PSF, pois, se não há um trabalho em equipe, é porque uma participação também não é vivenciada por parte desses profissionais, ou seja, não há uma discussão coletiva dos métodos de trabalho dentro do Programa. A implicação deste fato, na nossa percepção, é de que, se um

trabalho em equipe não acontece dentro do Programa, ou tem predominância dentro de um paradigma oposto ao da promoção da saúde, no qual se insere o modelo do PSF, as implicações são uma atenção e uma ação individualizada.

A formação do vínculo ESF e usuários dentro do PSF, na perspectiva dos últimos, é inexistente. Eles atribuem este fato, preponderantemente, à rotatividade dos profissionais no Programa. Os profissionais reafirmam isto e buscam de certo modo atribuir esta responsabilidade aos usuários, traduzindo-se em coerção e inculpação.

A acessibilidade foi traduzida pelos usuários como proximidade do serviço de saúde. A instalação da unidade básica de Saúde da Família representa uma indicação positiva para esses informantes, embora segundo eles ainda haja dificuldade no atendimento para consultas.

A resolubilidade do PSF se configura especificamente para a maioria dos usuários no fato de disporem do medicamento e da consulta médica. Sua satisfação para com o desempenho do Programa depende predominantemente do fato de terem conseguido algum tipo de fármaco quando da sua procura junto à equipe. A resolubilidade no PSF acontece dentro da relação remédio, doença, consulta e da própria integralidade interna da consulta, relacionada à prescrição e central de medicamentos, ou seja, se o medicamento prescrito pelos profissionais da ESF é viabilizado pela central de medicamentos. Percebemos que isto converge para a visão da ESF, quando esses também enfatizaram o medicamento e o exame médico como indicadores de resolubilidade dentro do Programa.

A Educação em Saúde dentro do Programa é percebida pelos profissionais da ESF como estratégia capaz de transmitir conteúdos, informar, instruir, orientar e ensinar, principalmente, a prevenir doenças. Já se registra uma participação dos usuários nas ações de Educação em Saúde, mesmo que ainda de forma incipiente e muitas vezes atrelada a recursos utilizados pela equipe, os quais consideramos prejudiciais ao processo. Merece destaque o fato de a equipe lançar mão dos potenciais existentes na comunidade, bem como de outros segmentos da sociedade, para o desenvolvimento das práticas educativas. Os profissionais reconhecem dificuldades para a realização dessas práticas. Neste sentido, entendemos que a ESF deve também dialogar com os usuários e buscar outras formas de mobilização.

Registramos mudanças de comportamento junto aos usuários em detrimento de conhecimentos adquiridos após sua inserção no PSF. Essas acontecem principalmente no âmbito individual e no controle da doença, quer seja aderindo ao uso do medicamento e ou mudanças no estilo de vida. Os profissionais reafirmam isto nas suas falas, destacando a ênfase nas medidas curativas e preventivas em detrimento das de promoção.

Este arcabouço apresenta um Programa no qual se registra um movimento em direção à promoção da saúde dos usuários. Há um processo em construção, uma coexistência de um modelo assistencial e uma prática que começa a incorporar alguns elementos de transformação das pessoas e das suas famílias. Observamos, porém, alguns nós críticos presentes no processo, que precisam ser superados, tais como: coerção material; limitado diálogo com os usuários e predominância da Educação em Saúde com ênfase nos determinantes biológicos.

A análise deste estudo infere que os usuários e profissionais, por meio das categorias apresentadas nesta seção, indicaram um movimento de mudanças desses dentro do Programa Saúde da Família em direção à promoção da saúde. Este movimento evidenciado possibilitou dizer que os usuários e profissionais transitam preponderantemente nos estágios de Pré-Contemplação e Contemplação. Registramos em duas das categorias o estágio de Determinação/Preparação, o que certamente já representa um avanço dentro do Programa.

A figura a seguir sumaria, a partir das categorias emergidas nesta seção do estudo, o movimento de mudanças dos usuários no Programa Saúde da Família.

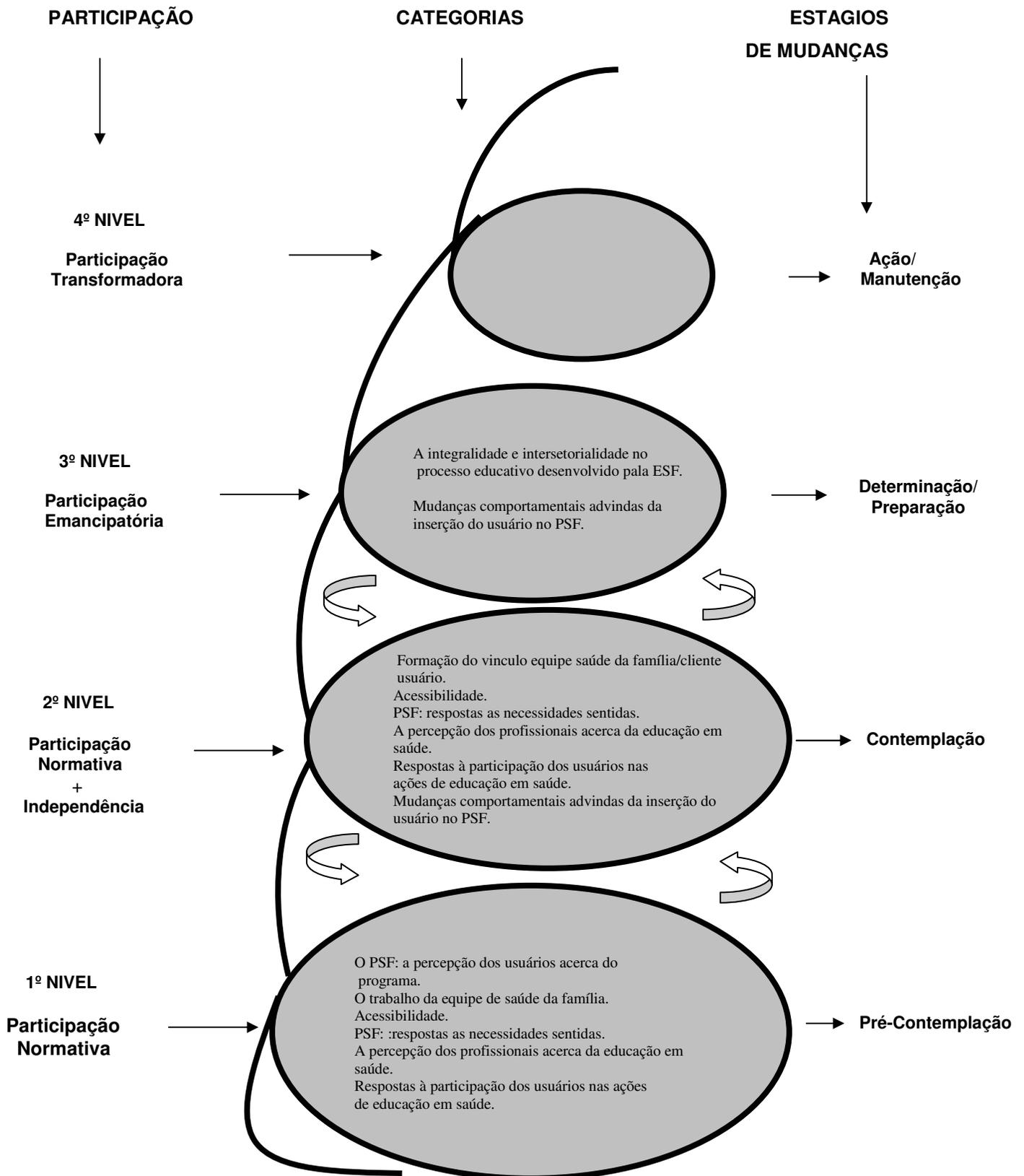


FIGURA 04 – O Movimento de mudança do usuário e profissional no PSF a partir das categorias. Crato-CE, 2006.

## SEÇÃO 3

### NIVEIS DE MUDANÇA DOS USUÁRIOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A participação como um processo histórico, que conduz à autonomia e à emancipação do usuário no Programa Saúde da Família, já abordado no item 3.3 do capítulo do Quadro Teórico de Análise deste estudo, representa, dentro do arcabouço da promoção da saúde um elemento de concretude deste processo, sendo esta mediada pela Educação em Saúde nos diversos cenários do PSF. Demonstrar em que nível se encontra a participação do usuário dentro do PSF é o nosso desafio na presente seção.

Conforme a Estrutura Teórico-Metodológica da Participação Habilitadora elaborada no estudo, foram definidos níveis de participação. Para cada nível foram definidos descritores que caracterizam fases de mudanças dos usuários no PSF. Buscamos nos discursos dos informantes identificá-los, e assim constituir nosso *corpus* descritivo para análise.

Na figura a seguir, trazemos na primeira coluna os níveis de participação presentes nas implementações das ações de promoção da saúde pelas ESF, na segunda os círculos com os descritores que tratam do processo de mudança presente nas narrativas, e na terceira coluna, a partir da relação das anteriores, em que estágio de mudança se encontra o usuário dentro do Programa Saúde da Família. Este construto teórico está estruturado em forma de espiral, como já explicitado no capítulo dos procedimentos metodológicos deste estudo, por entendermos que o usuário pode ser reconhecido em qualquer um dos níveis, sinalizando para os profissionais de saúde a necessidade de intervenção no sentido da participação Transformadora/Ação/Manutenção.

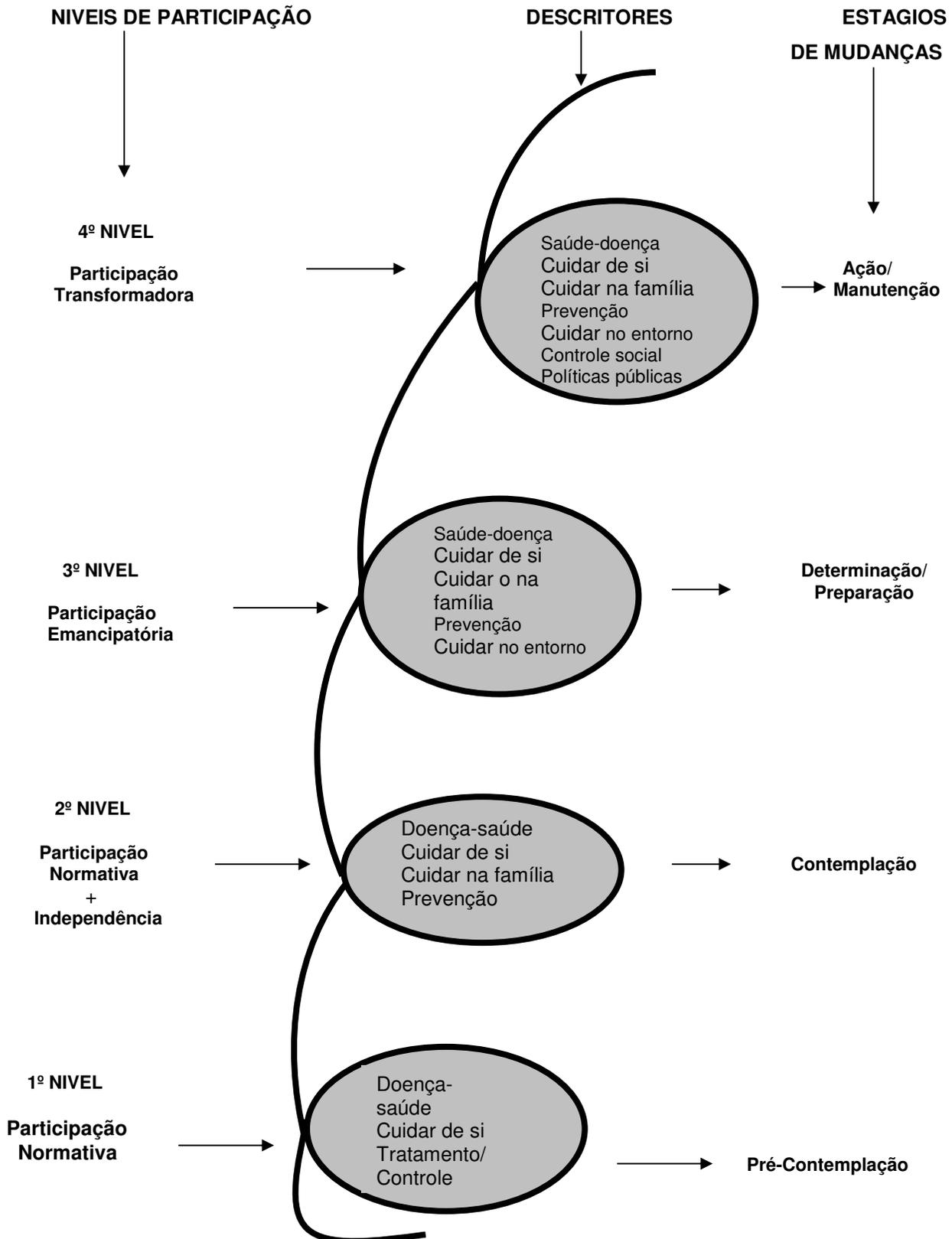


FIGURA 5 – Níveis de participação e descritores baseados na Estrutura Teórico- Metodológica da Participação Habilitadora. Fortaleza-CE, 2006.

## 1º Nível - Participação Normativa – Pré-Contemplação

Conforme demonstrado na figura 05, foi considerada uma Participação Normativa quando nos discursos dos informantes foram encontrados descritores que expressem ações com predominância nos seguintes temas

- 1.1 Doença-saúde
- 1.2 Cuidar de si
- 1.3 Tratamento/Controle

Os usuários expressaram nas suas falas evidências de que sua participação no Programa está condicionada à doença, mais especificamente a sua doença, com expressão de prontidão para adotar mudança no cuidado de si a partir da doença instalada com ênfase na prevenção.

***Foi um tratamento de enfraquecimento que o povo chama tuberculoso foi esse momento que eu vim pra cá. (U-1.3).***

Depois quando veio esse programa ***eu fui pra lá me consultar*** e aí que descobriram o medicamento que eu fiquei tomando diariamente e aí não precisou mais eu tomar o chá de juá ***eu vou sempre me consultar (U-1.6).***

***Foi porque eu tive um problema na pressão, a pressão subiu devido a tanta preocupação que eu tive com a minha mãe, desde essa época que eu entrei em tratamento com o doutor aqui do posto. (U-1.7).***

***Eu aprendi mais a cuidar de mim mesmo, do meu coração, do meu corpo todo, qualquer coisinha que eu sinto eu vou o médico e eu sou atendida. (U-1.7).***

***Ah eu não me preocupo com a comunidade não, acho que cada um cuida de si e Deus de nós todo. (U-1.9).***

***Eu descobri que eu tinha problema, eu era hipertensa e tinha problema de pressão alta, de coração, então eu fui pro médico e fui atendida, a partir daí freqüento o PSF. (U-2.2).***

***Eu tenho agora mais cuidado de tratar dos dentes e aprendi também a cuidar da minha saúde. (U-2.7).***

***Eu vim porque eu me senti mal e vim me receitar e ele passou uns exame pra mim fazer e deu diabete. (U-3.2).***

Eu não tenho assim muito envolvimento com o posto, eu moro um pouquinho mais longe ali no ... [nome do bairro], agora pelo que eu presencio ***os usuários daqui eles são muito envolvidos, eu vejo esses atendimentos odontológicos, vacinação, consulta***, todos esses trabalhos eu vejo eles serem. ***(U-3.4).***

***Eu vim quando eu descobri que eu tava grávida***, fiz o pré-natal do primeiro e agora estou fazendo desse. (U-4.5).

***Eu vim pegar preservativo*** e venho também quando é pra me recitar. (U-4.8).

***O primeiro contato foi logo quando eu descobri que eu tinha problema, eu era hipertensa*** e tinha problema de pressão alta, de coração, então eu fui pro médico e vim pra aqui e comecei a ser atendida, a partir dali eu comecei a ser atendida pelo PSF, de cinco anos pra cá que eu sou acompanhada e graças a Deus ***venho sempre por causa da pressão***. (U-5.1).

***Eu venho pra cá porque sou cardíaca, doente do coração, sou portadora também de brucelose e além do coração tem a pressão alta***. (U-5.2).

***Eu vim porque eu estava com minha pressão muito alta***, eu não sabia nem se eu tinha problema de pressão, não sabia que eu tinha esse problema tão sério comigo. (U-5.6).

As falas dos usuários refletem uma participação do tipo Normativa ou Pré-Contemplativa, na qual ele tem o conhecimento de que tem a doença, tem uma prontidão para adotar uma mudança em resposta a esta doença, mas ainda não adotou mudança de comportamento em saúde fora desta condição. Esse modo como o usuário busca o Programa ainda reflete o modelo tradicional, no qual a assistência era centrada na doença e no indivíduo.

Vázquez et al. (2003), em seu estudo acerca da política de participação em saúde, encontra uma predominância de idéias centradas na idéia de participação referente à utilização dos serviços de saúde. Segundo esses autores, numerosos entrevistados descreveram a participação nos serviços de saúde como a utilização dos serviços de saúde, isto é, a oportunidade de beneficiar-se das atividades e programas oferecidos pelas unidades de saúde, a oportunidade de utilizá-los quando for necessário, quando da sua doença.

Arstein (1969) classifica o processo participativo - denominado Escala de Participação de Arstein, – em dois grandes níveis. O primeiro nível é chamado de *participação simbólica* e inclui categorias que se caracterizam pela falta de partilha de poder e considera participar como a utilização de serviços de saúde, acesso à informação e atendimento a benefícios, como, por exemplo, a consulta. O segundo nível, denominado *controle cidadão*, começa com a colaboração, inclui o poder delegado e, finalmente, alcança um grau denominado controle cidadão. Considerando a Escala de Participação de Arstein, os descritores encontrados nos depoimentos dos

usuários correspondem ao primeiro nível de participação ou participação simbólica. Vázquez, (1999), corroborando, assinala que esta idéia de participação é considerada como o nível mínimo de expressão de participação em saúde.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, com os usuários da rede pública, Bosi e Affonso (1998) expressaram que, quando se trata de participação em saúde, o que mais se evidencia é o enfrentamento da população na tentativa de solucionar seus problemas de saúde no cotidiano. Participar tem como principal objetivo ser beneficiado pela assistência e, para esses usuários, o mais importante é ser atendido.

Os profissionais confirmam este nível de participação encontrada, destacando o valor conferido pelo usuário a consulta e medicamentos, e a atenção individualizada.

***A comunidade vem atrás de remédio, vem por causa da doença, a parte educativa sanitária eles não valorizam mesmo porque ela não tem ensinamento pra isso.*** Eu não sei se por conta dos colegas anteriores não sei como se colocava isso em relação a medicamentos, mas me parece que eles ***valorizam mais a questão da consulta ambulatorial*** do que propriamente as conversas em saúde. (MÉDICO 1).

Olhe eu acho que ***ainda é muito precária a participação do usuário nos processos políticos, nas decisões políticas*** eu acho que ele deixa muito a desejar a participação do usuário, porque muitas vezes as decisões elas vem de nível superior e são impostas a comunidade sem muitas vezes escutar. ***Eu não compareço aos conselhos do município, mas eu sei que tem, mas eu não participei de nenhum***, eu não sei assim como é se eles realmente têm essa participação ativa e decisão diante da política de saúde dessa cidade. (MÉDICO 1).

O atendimento ainda é muito particularizado,  ***você não consegue integrar ele no ambiente familiar onde ele está***, muitas vezes você não faz a correlação que seu fulano é casado com cicrana e tem filho tal e tal, as vezes a gente faz uma certa...ainda é uma medicina fragmentada ainda baseada naqueles conceitos mais antigos de medicina, você ainda fragmenta as coisas. (MÉDICO 2).

No planejamento familiar,  ***você orienta todos os meses e quando você pergunta no mês seguinte quando ela vem está tomando errado***. Eu sempre pergunto as mesmas coisas e eu sempre escuto informações deturpadas. (ENFERMEIRA 1).

***Eles procuram o PSF pela doença, pelo problema***, principalmente o profissional médico. (ENFERMEIRA 1).

Eu acho que eles ainda precisam mudar muito, porque quando não tem ficha pra médica consultar eles ainda se rebelam “ah não tem vaga, só tem vaga pra próxima semana”  ***eles ainda procuram o serviço muito pela doença***, que melhorou, melhorou, mas a grande maioria procura a unidade básica de saúde  ***pra tratar patologias e não é por prevenção***. (ENFERMEIRA 1).

***Eu acredito que não tem participação, preocupação com a comunidade, é só entre a família. Estão muito individualizados. (AUX. ENF. 1).***

***Eles participam bem vindo ao PSF sempre, sempre que estão precisando, quando estão doente. (ACS 1.1).***

***A participação de todo mês está vindo aqui pra verificar a pressão e tem uns que a gente pede até pra vim antes do mês pra vê a pressão se está normalizando e tudo, aí eu acho que a participação é isso, a pessoa tem que participar junto com eles pra poder eles ter mais vontade de vim até a unidade de saúde. (AUX. ENF. 2).***

Ele se interessa, quando sofre vamos dizer uma ***complicação na patologia dele***, mas normalmente ele vem só e eu acredito que a família não é muito participativa não. (MÉDICO 3).

***É mais pela doença é claro e eles já são viciados por medicamento. (ACS 3.1).***

***Quando eles vem ao médico é por causa daqueles problemas,daquela mancha,pra verificar a pressão.*** Eu acredito assim,que eles vem mais atrás de consulta,e como eu já lhe falei quando ***eles procuram é porque estão precisando,então quando tem, a participação deles é a necessidade de cada um.*** (AUX. ENF 4).

O Programa Saúde da Família deixa muito a desejar né, não tem muito pra englobar a família não, só mais ***a participação do usuário que vem quando tá necessitando de uma consulta, medicamento...*** (ACS 4.3).

Eu acho que eles precisam ser educados ainda, ***eles procuram, a maioria é só pra tratar a doença né, esses programas preventivos eu acho que eles não tão engajados. Eu acho que é mais individual.*** (MÉDICO 5).

As falas dos profissionais são unânimes quando referem de que modo os usuários participam do Programa. Observamos que o vínculo desses com o PSF se estabelece a partir de uma demanda por saúde, mais precisamente em oposição a doença. Se, por um lado, os usuários adotam esse comportamento, os profissionais, por sua vez, corroboram com este modelo adotado, o que resta evidenciado na fala do profissional médico 2.

A efetivação do Programa Saúde da Família passa tanto pela mudança de comportamento adotada pelos usuários diante o novo modelo, bem como pelo modo de agir dos profissionais de saúde para executar a proposta.

No estudo de Bettioli (2006), para os usuários, a unidade básica de Saúde da Família continua sendo o antigo “postinho de saúde”. As reivindicações desses ao Programa são: aumento de médicos especialistas, mais aparelhos tecnológicos, mais

remédios, mais agilidades nas ações. Para a autora, a perspectiva curativa esta inculcida na população e é reforçada à medida que os médicos que atuam no Programa são em sua maioria especialistas e não generalistas.

Ainda, para a autora há pouco citada, a adoção do PSF não pode ser uma aventura. Por tal motivo, a população usuária deve ser sensibilizada, informada e ouvida sobre as possibilidades de um sistema de participação e controle popular. Estas idéias devem ser difundidas para que, mais conscientizada, a população se comprometa naturalmente com o Programa.

Para Pereira e Alves (2004), a filosofia do Programa ressalta a importância das conexões entre saúde e cuidado de saúde para superar a hegemonia dos enfoques biomédicos e criar e manter os enfoques primários como forma de melhorar as condições de saúde dos indivíduos em um ambiente saudável. Compreender e incorporar esta filosofia deve ser um propósito dos atores sociais que fazem o Programa Saúde da Família. Só assim, usuários e profissionais poderão avançar no sentido de concretizar a proposta.

A Figura a seguir ilustra o 1º Nível da participação do usuário no Programa Saúde da Família.

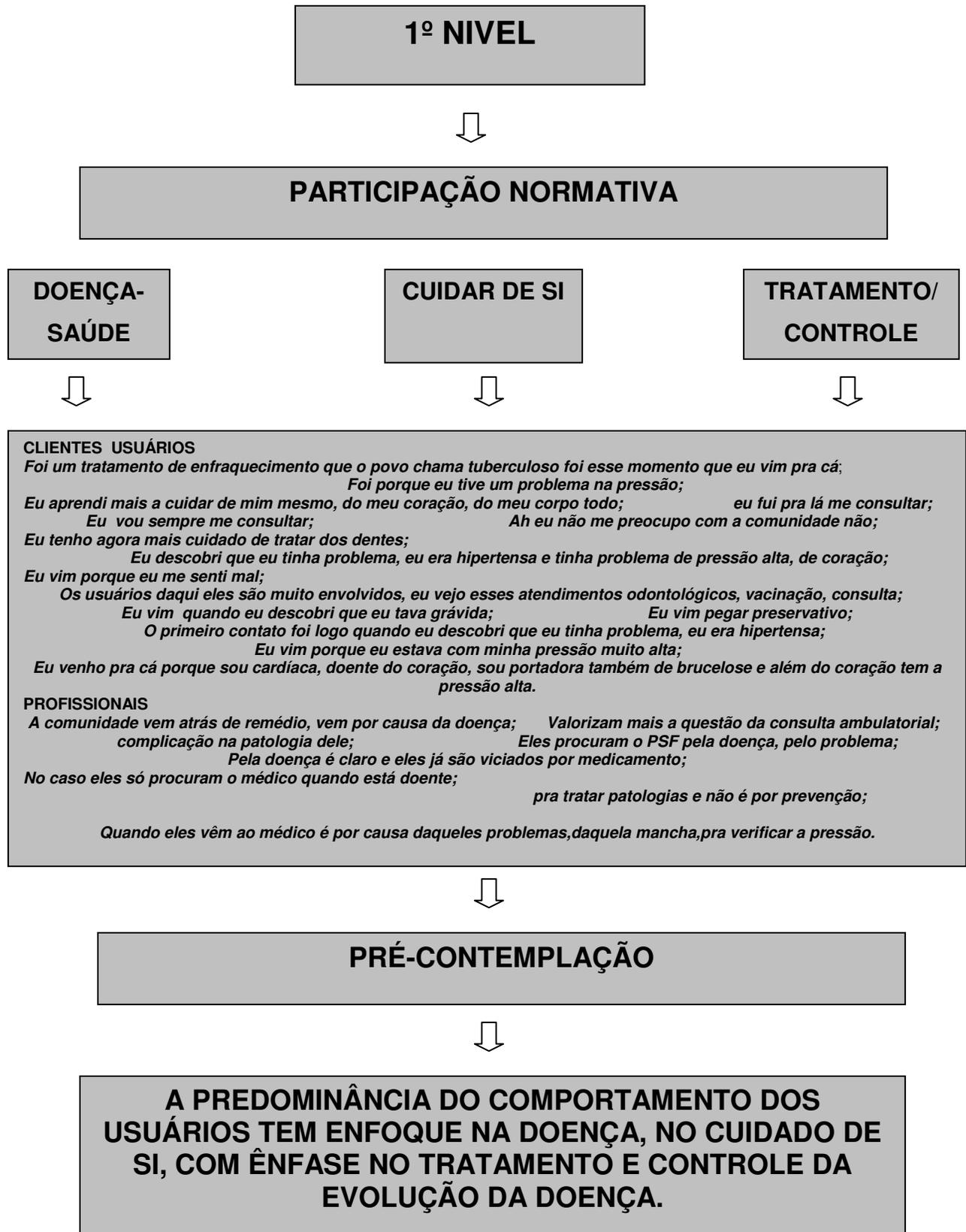


FIGURA 6 - 1º Nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE,2006.

## 2º Nível - Participação Normativa + Independência - Contemplação

Este tipo de participação foi identificado nos discursos em que estavam presentes os descritores que expressam predominância nos temas sobre

2.1 Doença-saúde

2.2 Cuidar de si

2.3 Cuidar na família

2.4 Prevenção

Nos discursos que se seguem, percebemos o envolvimento do usuário com os problemas de saúde da família, bem como buscando a unidade de saúde não só mais pelo medicamento, mas já com uma mudança de comportamento para a prevenção dos agravos decorrentes das patologias instaladas.

***Eu venho por causa do tratamento da doença do meu filho*** e também eu pego medicamento com a Dra ... [enfermeira] e ***pro problema da minha prevenção.*** (U-1.3).

***Uma filha minha teve pneumonia e eu vim aqui***, procurei o agente de saúde e vim aqui com ela e ela me levou a médica até a médica passou RX, passou o medicamento que deveria usar por enquanto. ( U- 1.8).

***Meu filho tem um problema de cansaço, ele é tratado também por esse programa*** aqui e graças a Deus ele já está com 12 anos, os doutor tiveram todo cuidado. (U-2.2).

***Eu agora trago os menino aqui para cuidar dos dentes deles***, sendo lá em baixo era mais difícil, aqui ficou mais fácil. (U-2.3).

***Muitas coisas eu faço e que acho que seja boa pra minha saúde***, mas no caso eu fumo e isso já são três médico na minha cola do PSF, ***mas eu ainda não consegui parar, eu sei que é prejudicial, sei que não me faz bem e muito menos as pessoas que eu tenho contato com elas.*** (U-2.6).

***A gente precisa ter cuidado com as criança começando pela boca.*** Eu amanheço o dia e me levanto e eu tenho duas criançinha já deste tamanho, uma com dois e outra com três, calca a chinela, escovar os dente, lava o rosto e aí vou fazer as merendinha delas e boto pra merendar e depois vou arrumar minhas coisa e daí por diante. (U-3.1).

***Eu procurei o programa foi por causa de doença dos meus filhos***,os dois estavam bastante doente. (U-4.1).

Eu procurei por causa que eu ouvi dizer que ***aqui tinha doutor,ai eu vim receitar a minha menina.*** (U-4.2).

***A me prevenir de doenças,saber dar o remédio certo aos meus filhos***,na hora certa que tiver que dar,dar vacina, a cuidar melhor deles. (U-4.3).

***Eu venho aqui por causa de minha mãe, por que ela podia caminhar, pra esse negócio de pressão,*** ela tinha problema de pressão, de coração, aí eu vim com ela. (U-4.4).

***Vim consultar meus meninos, quando eles adoecem eu venho pra cá.*** (U-4.6).

***Eu trago minha mãe, ela é hipertensa,*** eu cuido dela, sou preocupada com a limpeza dela porque gente velho é como criança. (U-5.2).

Assim, ***eu procuro no caso da necessidade deles*** [família], sempre que eles precisam assim com uma gripe, uma tosse, inclusive o meu marido mesmo ***a gente só procura aqui quando esta doente e é bem atendido graças a Deus.*** (U-5.3).

***Eu vim com minha filha porque ela precisou porque estava grávida*** e ia começar fazer pré-natal. (U-5.4).

***Eu trouxe meu marido, ele está com um problema,*** ele tem sangramento constante e ele sofreu um acidente há seis anos atrás e ele está precisando fazer um eletro e passamos no médico pra ver o que é. (U-5.7).

Nas falas dos usuários, registramos práticas normativas, as quais apresentam uma certa independência de buscar por si só o serviço, incluindo o cuidar da família, no entanto, essa prática ainda permanece a partir da doença. Caracteriza-se pela necessidade percebida pelos usuários de que existe um problema, mesmo que ainda seja a doença. Há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança, caracterizando a fase de Contemplação.

Os profissionais reforçam o evidenciado junto aos usuários, de modo que essas mudanças de comportamento podem ser confirmadas no estudo.

Eles são envolvido, tem pessoas que lá ...[nome do bairro] é todas as sextas e todas as quinta no ... [nome do local de atendimento] e principalmente as ***peessoas que são cadastradas que são hipertensos, diabético, hanseníase eles sempre estão lá de oito em oito dia, de quinze em quinze dia mesmo que não vá pegar o medicamento, mas vão verificar a pressão ou o exame da diabete,*** é assim de quinze em quinze dia. (ACS 3.1).

Eles estão participando bem, ***eles procuram trazer os filhos aqui pra parte odontológico,*** sempre vem acompanhado. (AUX. ENF 1).

***Elas já chegam a falar do seu filho drogado, já chegam a comentar quando tem uma filha que está bebendo.*** (ENFERMEIRA 1).

Já há um envolvimento, por exemplo, o hipertenso analfabeto, não sabe ler, às vezes não sabe nem o que tá tomando, ele toma o captopril no lugar do propranolol que influi demais, quer dizer, ***quando tem alguém da família que se***

***envolve, que separa a medicação: não papai, mamãe essa é a medicação que tem que tomar agora, essa é mais tarde...influi muito. (ACS 4.1).***

***A família sempre ajuda principalmente na questão de horários do medicamento, a gente sempre diz mostre isso aqui pra seu filho, ele vai explicar pro senhor direitinho. (AUX ENF 5).***

Os depoimentos dos profissionais indicam mudanças no comportamento dos usuários, no entanto confirma-se a não-superação de ênfase na doença, bem como uma prevenção ainda voltada somente para o controle da patologia.

A seguir a Figura 7 traz o 2º Nível da participação do usuário no Programa Saúde da Família.

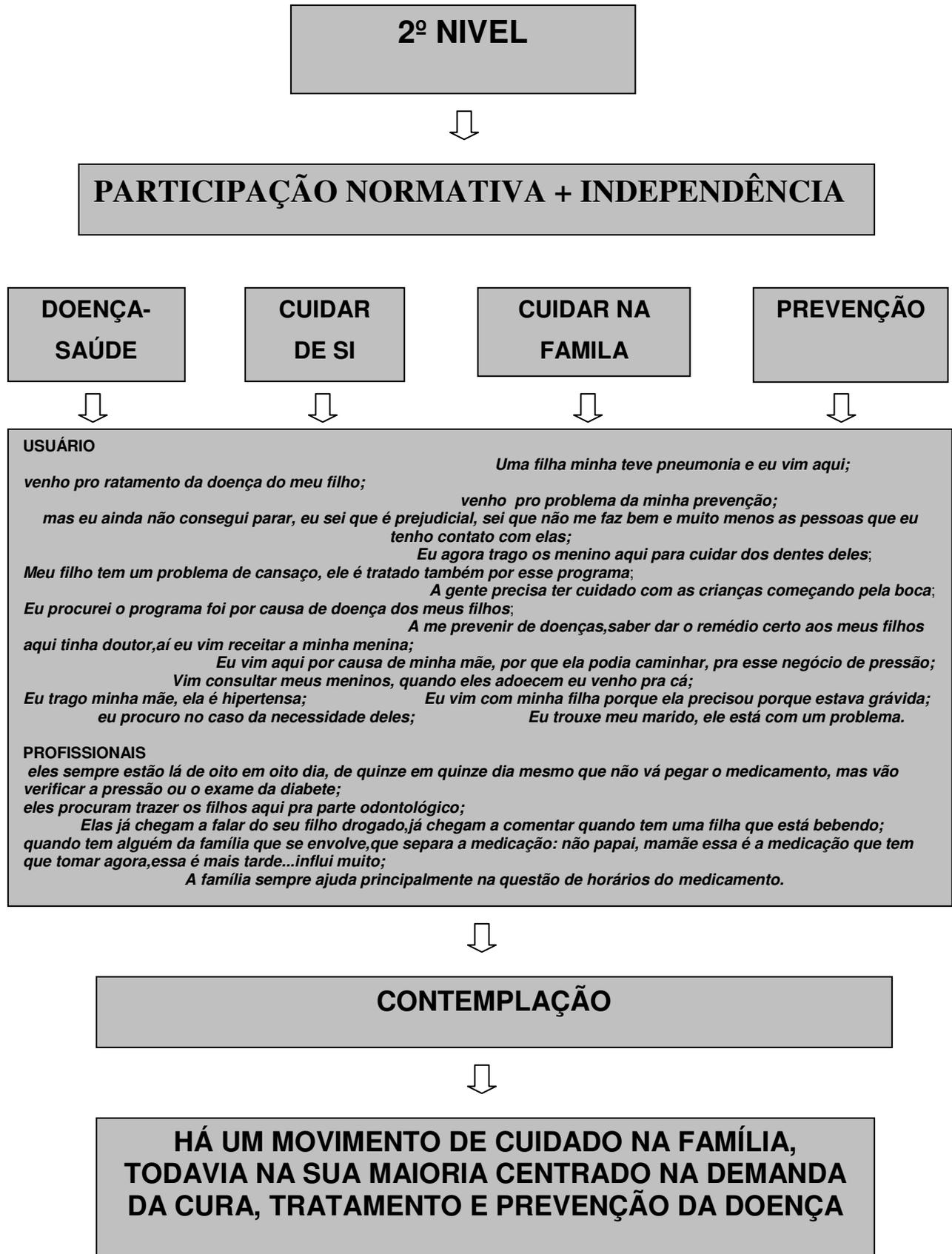


FIGURA 7 - 2º Nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE, 2006.

### 3º Nível - Participação Emancipatória – Determinação/Preparação

A Participação Emancipatória foi encontrada no estudo quando nos discursos dos usuários evidenciamos descritores com os temas

3.1 Saúde-doença

3.2 Cuidar de si

3.2 Cuidar na família

3.4 Prevenção

3.5 Cuidar do entorno

Registramos nos depoimentos dos usuários elementos que evidenciam uma Participação Emancipatória, do tipo Determinação ou Preparação. Destacou-se principalmente a ação desses na família e na comunidade com enfoque na prevenção.

Uma das minhas vizinha que também não estava ligando assim pra vacinar os filhos e ***sempre quando vem eu chamo e digo também a elas que é bom, que evita doença, eu sempre digo a todas elas minhas vizinhas.*** (U-1.2).

Antigamente eu não ligava nem pra mim mesmo e depois que eu vi que as coisas tinha que mudar, ***pra gente ter uma saúde melhor, viver melhor, viver mais,*** aí eu acho que seja importante mudar. (U-1.3).

***Pra mim, pra meu filho, pra minha vizinhança*** e graças a Deus eu explico até pra alguém que não faz aquilo que eu faço, porque eu também tenho meu menino e ele tem problema de epilepsia, aí eu tenho muito cuidado com a saúde dele. Gosto de fazer higiene, ter muita limpeza porque o povo tem um dizer que o pobre é ruim, mas o pobre não é defeito não, defeito é sujeira. (U-1.3).

Eu tenho aprendido sobre a higiene, é sobre como ***a gente cuidar do lixo pra que não atinja um vizinho da gente e nem atinja também a gente nem as pessoas que chega na nossa casa. Meus filhos só ia pro dentista se ficasse gritando mãe meu dente está doendo... e hoje eu sempre levo elas pra tomar vacinas na época da vacina, levo elas na dentista também pra fazer revisão, pra aplicação do flúor e pra fazer aquela limpeza pra tirar os tártaro e tanto levo meus filhos, como oriento pra levar minha neta.*** (U-1.4).

A saúde é uma coisa séria e ***a gente tem que cuidar primeiro da gente, vê se a gente sabe se cuidar da gente pra poder a gente cuidar do filho*** da gente. Você não pode cuidar do seu filho se você nem sabe se cuidar não é, aí aquilo vai se espalhando. (U-1.4).

Sempre gosto de zelar a minha água, o meu quintal, vasilha eu não deixo com a boca levantada pra pegar água e quando vejo eu procuro emborcar, do mesmo jeito é **quando vou num caminho se eu vê uma vasilha com a boca assim pra cima eu procuro deixar emborcada** pra não ficar com a boca pra cima, porque o mosquito da dengue ele não brinca não. (U-1.6).

**Eu faço um trabalho voluntário na creche**, isto me ajudou mais a conviver com as pessoas.(U-2.1).

Já encontrei várias mulheres aqui mesmo, da minha idade ou mais nova, que já falaram pra mim que tem vergonha de fazer o exame de prevenção, **então eu oriento, “não é assim, não é um bicho de sete cabeças, é muito bom prevenir”**. Eu fiz prevenção aqui, gostei, fui bem atendida. (U-2.1).

Às vezes a Agente chama pra gente conversar com as pessoas que toma remédio e fica revoltada porque não fica bom logo, aí as Agente de Saúde dá exemplo “olhe fulano já faz muito tempo que toma remédio e é uma pessoa muito tranqüila” e às vezes **pede a gente pra vim dar uma força, conversar e a falar nas reuniões**. (U-2.2).

**Hoje, só eu pego meus exames**, antes agente fazia um exame e podia a qualquer pessoa, até um moto táxi ia lá pegava e trazia, hoje em dia os médico gostam de entregar somente o paciente, principalmente a prevenção, eles só gostam de entregar o próprio paciente.(U-2.4).

**O que eu aprendi foi muito bom pra mim, pra minha família, pra minha comunidade**, eu gosto de passar pra outras pessoas aquilo que eu realmente aprendi. (U-2.5).

**Eu vou me associar na associação que eu quero me envolver mais**, diz que vai abrir a creche aqui agora em agosto aí eu quero ajudar no que for possível, estou com vontade também de vê se ajeito a pastoral da criança pra cá pra eu dá maior assistência da gravidez aos seis ano.(U-3.3).

**Eu me preocupo com a minha comunidade**, se o caba vê coisa errada, vê a vizinha jogando lixo na frente da casa, pra coisar mosquito e tudo, o caba reclama. (U-4.8).

Nas falas dos usuários, percebemos uma mudança de comportamento, ampliando o cuidado para a família e o entorno, bem como um enfoque na prevenção. Podemos considerar que já existe um comprometimento do usuário para mudar.

No estudo de Vázquez et al. (2003), o entendimento de participação emitida pelo usuário está relacionado à idéia de responsabilidade e de compromisso das pessoas em realizar ações que possam contribuir para melhorar a saúde. Há um entendimento, pelos participantes do referido estudo, de que a saúde é uma necessidade e que todos deveriam participar, realizando trabalhos voluntários desenvolvidos em instituições e também ajudar nas atividades realizadas pelas unidades de saúde. Segundo os autores, a participação, assim compreendida, assume

uma conotação de dever cívico, como do compromisso moral configurado na noção de solidariedade.

No nosso estudo, esse tipo de participação também é manifesta pelos usuários, quando expressam a vontade de servir à comunidade, bem como referem o seu envolvimento em atividades desenvolvidas pela ESF.

Os profissionais da ESF referem iniciativas desenvolvidas no cotidiano do Programa que retratam uma Participação Emancipatória.

Já reunimos os alunos, os alunos do programa chamado grêmio da escola, ***nós reunimos e fizemos desses alunos os vigilantes em saúde, eles vão ser repassadores na campanha da dengue***, eles receberam os fichários pra preencher e fazer visitas domiciliares, então nas férias eles vão está fazendo visitas domiciliares e em agosto nós vamos nos reunir e vê quem fez mais visitas na comunidade pra gente premiar aqueles alunos que fizeram mais visitas. Eles são os melhores alunos da escola e que vão ser repassadores do conhecimento, fizemos reunião com eles, fizemos palestras, em pouco tempo aqui nesse PSF à gente já fez alguma coisa. (MÉDICO 01).

Eles [comunidade] tem uma dança folclórica, a dança do coco, ***trabalham direto na comunidade, ajudam a divulgar as coisas, são envolvidos com o posto*** (AUX. ENF. 1).

Assim por exemplo, algum problema na área, um problema de esgoto, de uma fossa, a comunidade que está passando por aquele problema ***ele sempre vem conversa, pede ajuda a mim ou então ao presidente da área***. (ACS 1.2).

***Tem idosos que moram sozinhos e os vizinhos olham eles, vem avisar que está acontecendo isso e isso, avisam a Agente***, nós recebemos esse tipo de paciente aqui que foi o vizinho indicou, foi o vizinho que trouxe, que é o vizinho que vai levar na rua “não, eu vim marcar o exame do meu vizinho porque ele não pode vim”. (ENFERMEIRA 2).

***Com as pessoas assim da terceira idade com problemas de circulação...os vizinhos ajudam***, a gente vê...é incrível essa parceria sabe... (ENFERMEIRA 2).

A gente tem muita reunião de comunidade aqui porque tem uma diretoria até bem votada e isso ajuda também, ***porque quando tem reunião da associação fica assim de gente e todo mundo dá opinião, todo mundo reclama, fala e vai atrás***, está melhorando bastante viu. (ACS 3.2).

Há muitas famílias que já estão com esse entendimento de buscar os seus direitos, de reivindicar enquanto tem outras que já esperam por aquelas que vão e no geral a família está mais atenta, ***já estão tentando buscar mais melhorias pras próprias comunidades principalmente as que já estão organizadas com associações***, que já tem uma agente de saúde, que já ganham da família, no geral as famílias estão se acordando pra exigir os seus direitos e ao mesmo tempo já estão tentando cumprir os seus deveres, tem umas famílias muito espertas.(ACS 3.3).

Eles se preocupam realmente com seus vizinhos, se preocupam se a pessoa morar sozinha, eu vejo realmente que os vizinhos se envolvem, **quando a pessoa tá doente, tem vizinho que vai lá, que banha, que faz um chá**, quer dizer eu noto isso também. (ACS 4.1).

***Eles queixam muito que não tem saneamento básico, que eles estão mais prejudicados com relação a saúde por conta de não ter saneamento***, porque a gente mesmo Agente de Saúde, a gente orienta que o saneamento é muito importante pra saúde, é o fundamental e como é que eu vou orientar a questão do saneamento se a gente não tem saneamento, se não tem condição de oferecer saneamento pra eles? Aí isso reclamam muito a saúde deles. (ACS 5.2).

Os profissionais trazem relatos que registram as mudanças ocorridas com os usuários no que se refere a uma visão ampliada para o cuidado na família e na comunidade.

A Figura a seguir anuncia esse nível de participação do usuário no Programa Saúde da Família.

### 3º NIVEL



## PARTICIPAÇÃO EMANCIPATORIA

SAÚDE-  
DOENÇA

CUIDAR  
DE SI

CUIDAR NA  
FAMILIA

PREVENÇÃO

CUIDAR DO  
ENTORNO



#### USUÁRIO

*pra gente ter uma saúde melhor, viver melhor, viver mais;  
sempre quando vem eu chamo e digo também a elas que é bom, que evita doença, eu sempre digo a todas elas minhas vizinhas;  
a gente cuidar do lixo pra que não atinja um vizinho da gente e nem atinja também a gente nem as pessoas que chega na nossa casa;  
Meus filhos só ia pro dentista se ficasse gritando mãe meu dente está doendo... e hoje eu sempre levo elas pra tomar  
vacinas na época da vacina, levo elas na dentista também pra fazer revisão, pra aplicação do flúor e pra fazer aquela limpeza pra tirar  
os tártaro e tanto levo meus filhos, como oriento pra levar minha neta;  
A gente tem que cuidar primeiro da gente, vê se a gente sabe se cuidar da gente pra poder a gente cuidar do filho  
quando vou num caminho se eu vê uma vasilha com a boca assim pra cima eu procuro deixar emborcada  
Hoje, só eu pego meus exames  
O que eu aprendi foi muito bom pra mim, pra minha família, pra minha comunidade  
então eu oriento, "não é assim, não é um bicho de sete cabeças, é muito bom prevenir  
pede a gente pra vim dá uma força, conversar e a falar nas reuniões  
Eu vou me associar na associação que eu quero me envolver mais; Eu me preocupo com a minha comunidade;*

#### PROFISSIONAIS

*nós reunimos e fizemos desses alunos os vigilantes em saúde, eles vão ser repassadores na campanha da dengue;  
trabalham direto na comunidade, ajudam a divulgar as coisas, são envolvidos com o posto;  
ele sempre vem conversa, pede ajuda a mim ou então ao presidente da área;  
Tem idosos que moram sozinhos e os vizinhos olham eles, vem avisar que está acontecendo isso e isso, avisam a Agente;  
Com as pessoas assim da terceira idade com problemas de circulação...os vizinhos ajudam;  
porque quando tem reunião da associação fica assim de gente e todo mundo dá opinião, todo mundo reclama, fala e vai atrás;  
já estão tentando buscar mais melhorias pras próprias comunidades principalmente as que já estão organizadas com associações;  
quando a pessoa tá doente,tem vizinho que vai lá,que banha,que faz um chá;  
Eles queixam muito que não tem saneamento básico, que eles estão mais prejudicados com relação a saúde por conta de não ter  
saneamento.*



## DETERMINAÇÃO/PREPARAÇÃO



**PREDOMINAM AÇÕES DIRECIONADAS PARA  
PREVENÇÃO NA FAMÍLIA E NO ENTORNO**

FIGURA 8 - 3º Nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE,2006.

#### 4º Nivel - Participação Transformadora – Ação/manutenção

A Participação Transformadora do usuário dentro do Programa Saúde da Família foi evidenciada quando nos seus discursos identificamos descritores com os temas

4.1 Saúde-doença

4.2 Cuidar de si

4.3 Cuidar na família

4.4 Prevenção

4.5 Cuidar do entorno

4.6 Políticas públicas

4.7 Controle social

Este tipo de participação no Programa foi registrado quando nos discursos os usuários referiram envolvimento com os problemas que afetam a comunidade, buscando os segmentos responsáveis na tentativa de solucioná-los.

Depois veio essa outra equipe nova e eu fui umas três vezes pra conseguir uma ficha e também não consegui, fui conseguir no ... [nome do posto], porque quando eu chegava lá dizia que não tinha ficha ou a ficha já tinha dado toda ontem, **marcamos uma reunião com o secretário** [secretário de saúde] **e conversamos com ele. (U-1.4).**

**Eu gosto de participar de tudo que acontece no bairro**, pra qualquer lugar que me chamam, pro Centro de Saúde também, pra URCA [Universidade Regional do Cariri], eu **participo de muita reunião, de muito encontro na URCA** e sempre nos encontro a gente vai tendo aquela entrosação. **(U-1.4).**

Eu acho que participar é a gente assistir as reuniões, assistir missa, assistir os grupos de orações, ser do grupo do ... [nome do grupo], **eu me organizar com meu grupo, aprender e transmitir para os outros. (U-1.4).**

O que eu aprendo passo pra comunidade, pra meus vizinhos, eu não me reúno só aqui não, **tem outras comunidades também que eu me reúno** com o pessoal e eu converso, já aprendi muita coisa, dançar, cantar, brincar... **(U-1.4).**

**Eu tive uma necessidade e procurei a vigilância sanitária** e eles me receberam muito bem, conversaram muito comigo, eu disse onde eu morava e dei o endereço da minha casa e da minha rua, e até hoje eu estou esperando por essa equipe e já tem mais de um ano. **(U-1.4).**

**Participo dessas reuniões da ANEPS**, que é de arte, cultura e saúde das comunidades e ali a gente aprende fazer multimistura, a gente aprende fazer curso de esteira, curso de bordado, todo artesanato, cada cidade ficou com uma coisa, pronto, aqui no Crato é a multimistura. **(U-1.5).**

*Eu procuro conscientizar minhas vizinhas que se o filho dela convivendo com rato, com barata, com lixo ao redor de casa, com resto de comida, com fezes, e aquilo dali atrai rato, barata, muriçoca assim lixo mesmo, um mau cheiro, a gente fica doente, eu mesma estou com problema respiratório e eu acho que é devido a isso, porque tem dia que a fumaça e aquela fumaça a gente respira, os esgoto a céu aberto e aquilo ali é entupido de lixo porque a própria comunidade coloca ali e tem dia que ninguém dorme, você acorda passando mal com tontura, com náuseas, com vertigem devido a esse absurdo de lixo que é jogado pela própria comunidade ao redor de casa, dentro da nossa comunidade, então é isso, **eu procuro conscientizar algumas pessoas do que eu conheço, em participar dessas reuniões, de falar pra essas pessoas porque os meus filhos está ali no meio e por mais que eu faça eu estou sendo prejudicada por aquela constante sujeira dali, então eu acho que deveria haver conscientização (U-1.9).***

Estas falas trazem uma mudança no comportamento do usuário, no sentido de envolvimento com os problemas da comunidade, bem como de articulação com outros segmentos da sociedade, buscando parcerias e troca de experiências. Consideramos, portanto, que, apesar de ser num contingente menor, ou seja, evidenciada em poucos relatos dos usuários, a Participação Transformadora está sendo constituída. Já acontece a Ação para a mudança.

O estudo de Vázquez et al. (2003) também observou a idéia de organização e movimento social reivindicativo junto aos usuários de seu estudo, quando muitas vezes assumem o papel de canalizador dos anseios da comunidade. Os autores, porém, destacam que, quando se refere aos líderes comunitários, a participação tem idéia mais elaborada. Para eles, se caracteriza como um processo social dinâmico. Há um entendimento do processo como possibilidade de, além da integração da população em atividades associativas em busca de melhorias das condições de saúde, também fizeram referência ao papel das organizações comunitárias na monitoração do atendimento, a partir das queixas dos usuários levadas às organizações comunitárias, e o seu papel de interlocutor junto ao Poder Público no encaminhamento das reivindicações populares.

Entendemos que o comportamento adotado pelos informantes, tanto do estudo citado há pouco como do nosso se caracteriza um exercício da cidadania. O reconhecimento da cidadania por parte dos indivíduos é apontado como um dos fatores

fundamentais para que se efetive a participação social no setor saúde (ZAKUS; LYSACK, 1998).

Os profissionais também reforçam este tipo de participação, conforme os depoimentos a seguir:

Antes da minha chegada aqui ***o pessoal estava sem médico e eles foram à rádio, reivindicaram o médico pra cá*** porque eles estavam realmente precisando, quando eu cheguei a demanda era enorme, enorme, então eles participam. Foram até na secretaria e fizeram o comunicado. **(MÉDICO 1)**.

Quando eu cheguei aqui ***eu senti que eles sabiam se mobilizar, toda semana tinha uma denúncia na rádio que a gente estava sem médico e principalmente por questão política***. Existem esses grupos, eles se organizam, tem a Legião de Maria como eu já falei e quando um está precisando tem o grupo que vai atrás de ajudar, não tem nem um mês que tinha um senhor precisando de uma cadeira de roda e aí elas se reúnem, o pessoal do coco vai atrás, vai na secretaria e até às vezes eu nem fico sabendo, vão diretamente lá na secretaria, hoje depois de várias denúncias é que tem a líder que sempre....eu ficava procurando saber quem era e consegui e trouxe ela pra ser minha amiga, pra ela vim primeiro me falar pra depois ir falar pra secretaria e na rádio. **(ENFERMEIRA 1)**.

Os profissionais anunciam nas suas falas, mesmo que de modo tímido, mudanças para uma participação do tipo Transformadora ou a Ação autônoma por parte dos usuários para buscar as mudanças, quando referem experiências de envolvimento desses com os problemas da comunidade, no sentido de solucionar as questões de interesse de toda uma coletividade. Neste sentido, há por parte do usuário uma tomada de decisão para mudar, quando assumiram uma atitude diante da situação vivenciada.

Aplicando a escala de Arstein (1969) como referência, podemos atribuir a estes fatos evidências do 4º Nível de participação, o que ele denomina o segundo nível de sua escala, chamada de “controle cidadão”. Neste nível, a participação se expressa como o exercício de poder decisório, solidário compartilhado (VÁZQUEZ, 1999). Considera-se que, na medida em que se avança nesta escala, o processo participativo se torna mais complexo e exigente, visto que implica, para o participante, o cumprimento de uma série de condições, dentre elas, conhecimentos, experiências, autonomia e consciência de interesses (GONZÁLEZ, 1996).

A população é historicamente constituída dos “silenciados” , quer seja pela injustiça, desigualdade ou exclusão social a que estão submetidos. Exercitar nesses a

participação popular é uma prática que envolve aprendizagem e formação de habilidades para cuidar de si, da família e da comunidade. Acreditamos que assim ocorrerá a Manutenção da mudança, quando os usuários desejarem e perceberem os benefícios desta para suas vidas.

Na Figura 9, evidenciamos o 4º nível da participação do usuário no Programa Saúde da Família.



FIGURA 9 - 4º Nível de participação do usuário no PSF. Crato-CE, 2006.

## SINOPSE

Ao longo dos dez anos de implantação do Programa Saúde da Família, o estudo identificou o curso da mudança de comportamento dos usuários para cuidar de si, cuidar da família e cuidar do entorno.

Evidenciamos que, no 1º Nível, a ênfase é na doença, especificamente na de si próprio. No 2º Nível, registra-se um cuidado na família, mesmo que ainda centrado na demanda da cura e tratamento da doença. No 3º Nível, avança no sentido da prevenção na família, já com registros de olhar no entorno. No 4º Nível, mesmo que timidamente, já se registra um comportamento do usuário para alcançar sua autonomia e emancipação.

Embora para este estudo a participação, para a maioria dos usuários, esteja longe de ser considerada como transformação social, os resultados encontrados parecem indicar um movimento ascendente de participação do usuário no Programa Saúde da Família e, conseqüentemente, um movimento de participação do usuário em direção à promoção da saúde.

Percebemos que está acontecendo acumulação de aprendizagem, se não em todos os usuários, mas pelo menos em alguns. Não foi possível quantificar no estudo, já que não era objetivo da nossa pesquisa fazer essa quantificação, mas o fato de ter evidenciado os quatro níveis aponta para uma direção de que há aprendizagem imanente nesta relação usuário e está se encaminhando para uma prática de transformação no modelo de atenção à saúde.

Se, porém, o que se pretende é a participação da população, mas precisamente a participação do usuário na tomada de decisão dentro do Programa Saúde da Família, para concretização de todo um projeto maior, que é o da promoção da saúde, será necessário um esforço conjunto de toda a ESF, bem como dos gestores, num amplo plano de Educação em Saúde orientado para despertar nas pessoas habilidades para o cuidado de si, da família e da comunidade.

Comungamos com o pensamento de Wendhausen e Caponi (2002), quando referem que é preciso retomar e atentar para a importância da participação em todos os níveis do sistema de saúde, não somente em níveis coletivos e instâncias

representativas, mas de forma mais direta nos serviços e nas comunidades. Para as autoras, faz-se necessária uma mudança de atitude daqueles que trabalham nestes serviços, estimulando o usuário a conhecer mais sobre o contexto da saúde, relacionando-o aos seus direitos, a partir de sua experiência vivenciada como cliente.

Entendemos que o diálogo estabelecido entre ESF e usuários poderá ser um canal possível para a conquista da participação dentro do Programa Saúde da Família, e, ainda, poderá ser capaz de reduzir assimetrias nesse cenário, capacitando o usuário no sentido de aproximá-lo do contexto do Programa. Acreditamos que isto poderá resultar no fortalecimento de um trabalho com a comunidade.

A Figura 10 sumaria os níveis da Participação Habilitadora, indicando a participação do usuário dentro do Programa Saúde da Família.

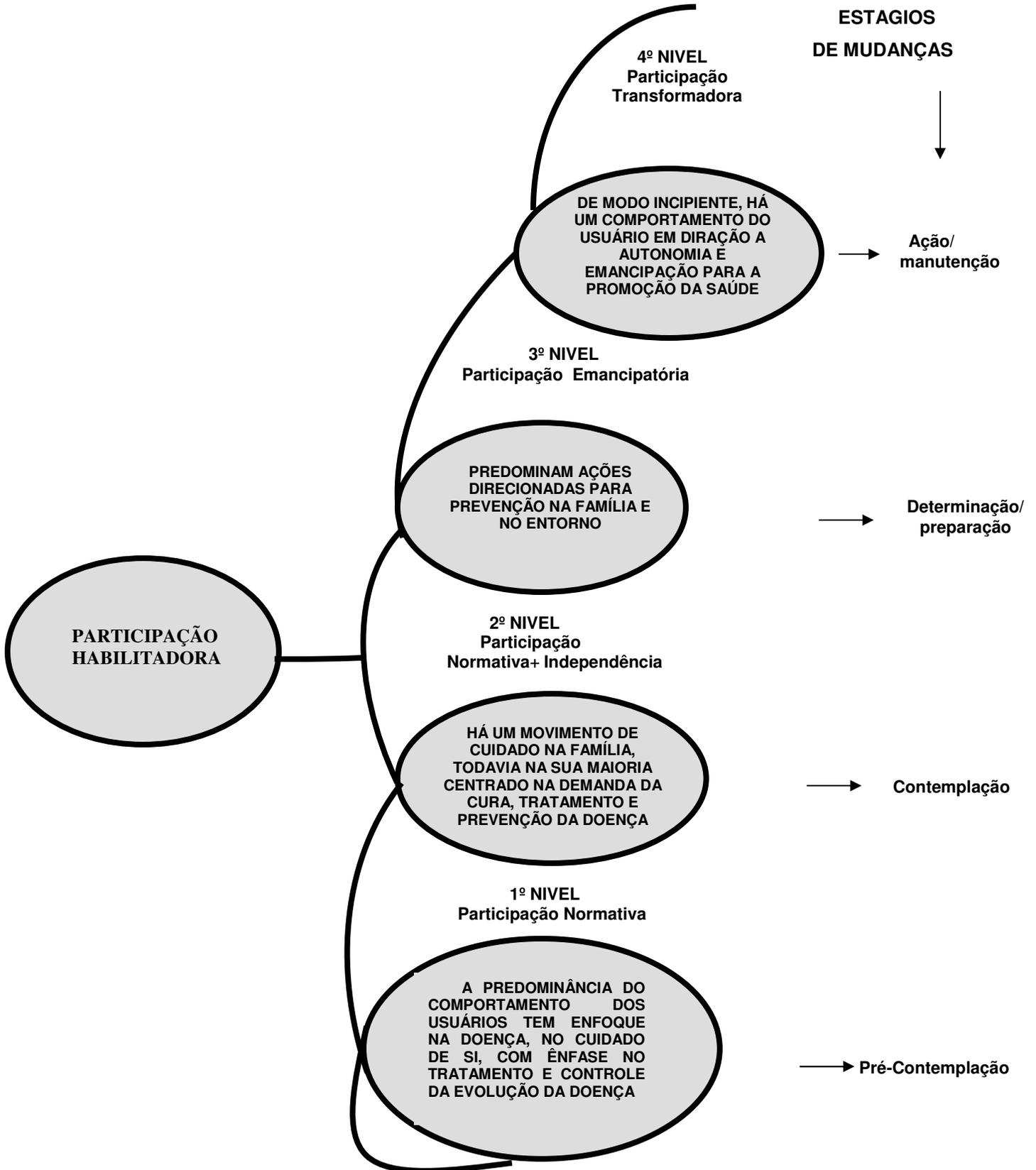


FIGURA 10 – A Participação HABILITADORA do usuário no Programa Saúde da Família. Crato-CE, 2006.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Ao concluir este trabalho, evidenciamos que há um movimento em ascensão presente dirigido à promoção da saúde. Embora em todo o processo sejam perceptíveis evidências de práticas normativas, no entanto, registra-se um movimento ascendente, nas respostas desses usuários ao Programa Saúde da Família, de ações que vão ampliando a sua concepção de saúde, tendo em vista que este começa a incorporar a concepção de cuidado não só de si, mas também da família e do entorno. Neste sentido defendemos o argumento de que há uma compreensão e um movimento dirigido à promoção da saúde, mesmo que com fortes evidências de práticas ainda normativas e voltadas para a doença, cura e tratamento.

Destacamos que se trata de fato de um modelo estruturante, dado que se propõe como modelo assistencial, de inversão de olhar e de fazer saúde, no entanto, no presente momento, apresenta-se muito mais como um modelo de expansão de cobertura da clientela, centrado na figura médica e no medicamento. Convive-se, em um mesmo sistema, com dois modelos de saúde, contraditórios em sua essência e incompreensíveis para os usuários do sistema local. Defendemos a posição de que o seu refinamento ao longo dos anos deverá proporcionar mudanças para a promoção da saúde dos usuários, bem como na assistência prestada pelos profissionais, quando deverá ter o foco predominantemente na promoção.

É importante destacar os chamados nós críticos, que na nossa concepção precisam ser decifrados para a resolubilidade da proposta, dentre os quais, destacamos a rotatividade dos profissionais no Programa, que representa um ponto extremamente crítico, já que esta prática dentro do PSF impede a formação do vínculo, levando a uma ruptura, uma quebra das ações desenvolvidas no cotidiano do Programa.

Os usuários ainda não compreendem a dimensão da proposta do Programa Saúde da Família, ou seja, não é este perceptível, não é compreendido por parte desses informantes, como uma estratégia de Promoção da Saúde, que se caracteriza por ações voltadas para a prevenção e recuperação das pessoas.

Já os profissionais implementam o Programa caracterizado pelo desenvolvimento de ações predominantes nos determinantes biológicos sem muitas vezes vincular o contexto. Não incorporam na sua prática a filosofia da proposta do PSF; podem até deter esse conhecimento, mas isto não é incorporado ao seu processo

de trabalho. Os valores presentes neste modo de implementação do PSF ainda estão dentro do parâmetro de comportamento de profissionais centrados na doença e com uma atitude de não-relação com o usuário e nem com o seu contexto.

Percebemos que os valores presentes na prática, ou na implementação desta proposta, ainda são enraizados num modelo de assistência, caracterizado por elementos como consulta, exames médicos e medicamento, diferentes dos valores propostos pelo PSF, que são de aproximação, vínculo, solidariedade e coresponsabilidade.

Superar este modo de fazer o PSF é um desafio, o qual entendemos ser necessário para alcançar pleno êxito. Para tanto, um trabalho deve ser desenvolvido junto aos usuários e profissionais, no sentido de possibilitar aos primeiros conhecer e compreender o PSF e aos demais prepará-los para o exercício desta proposta. A ESF deve ser indutora na promoção da participação da comunidade no Programa Saúde da Família.

Acreditamos, ainda, que inserir a comunidade por meio da participação na busca pela melhoria de sua qualidade de vida representa uma tarefa importante para os profissionais de saúde e tem na Educação em Saúde a prática mediadora para concretização deste processo. Neste sentido, valorizá-la dentro do PSF pode ser o caminho para a participação do usuário nas ações do Programa.

Entendemos que, ao concluir este trabalho, obtivemos subsídios para compreender os processos decisórios da participação dos usuários no Programa Saúde da Família, bem como os níveis de mudanças ocorridas nos usuários a partir de sua inserção no Programa em relação ao modo de cuidar da saúde. Assim, reafirmamos a proposição, formulada e defendida no estudo, de que o usuário, por meio da participação habilitadora nos processos decisórios em relação aos eventos de saúde-doença vivenciados na família, aprende a cuidar da sua saúde e será capaz de exercer a sua cidadania, aprendendo a aprender a cuidar de si mesmo, aprendendo a aprender a cuidar da família, aprendendo a aprender a cuidar do contexto em que vive, aprendendo a aprender a exercer o controle social.

Os processos decisórios encontrados no estudo, foram mais presentes no cuidado de si e em alguns momentos no cuidado da família com menor expressão no

cuidado do entorno. Este processo decisório, entretanto, é inerente ao ser humano, na sua decisão de cuidar de si mesmo que seja voltada para ações como buscar remédio ou mesmo trazer seus familiares para algum tipo de atendimento. O processo decisório está presente, não na sua plenitude de decisão, emancipação e transformação, mas está presente, cabendo aos profissionais desenvolver e ressignificar esse processo de decisão para uma dimensão mais emancipatória e transformadora.

Há, ao longo dos dez anos de implantação do PSF na região estudada, evidências demonstrativas de que este processo está em curso, embora de forma lenta. Provavelmente, esta lentidão decorre do grande volume de demanda reprimida centrada na doença, condições físicas e estruturais que se refletem nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, a limitada articulação dos outros setores sociais com a saúde, como geração de emprego e renda, educação, moradia e lazer.

Compreendemos que os estudos devem contribuir para a tomada de decisão, motivo por que, neste sentido, acreditamos que este pode contribuir na reflexão e desenvolvimento de mecanismos que habilitem o usuário a participar como ator ativo dos processos decisórios para cuidar de si, da família e do entorno. Nossa expectativa é que o presente ensaio possa ter aplicação prática mediante atividades que despertem junto aos profissionais das ESF a busca pela participação do usuário no Programa Saúde da Família. Um exemplo pode ser a criação de espaços coletivos de trocas de experiências e de reflexões, com a participação da comunidade e profissionais, objetivando que usuários se tornem sujeitos políticos, capazes de decidir sobre sua saúde e desejar seu bem-estar.

Esperamos, ainda, que, ao ser publicado para conhecimento da comunidade científica, possa este trabalho ser útil àqueles que desejam a concretização de um modelo de saúde que dê conta de reaver a cidadania, de certa forma, descaracterizada pela ausência de participação e pelas situações de falta de saúde da população.

As considerações finais de uma pesquisa não se encerram somente com o cumprimento dos objetivos, pois, acreditamos, vão além deste propósito. Assim, julgamos importante exprimir esta jornada como um processo de crescimento pessoal e profissional para nós na condição de autora, no qual a perspectiva acerca da

importância da participação como resgate da dignidade e cidadania das pessoas ora se confirma.

## REFERÊNCIAS

---

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestões e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 57, n. 1, p. 19-25, jan./fev. 2004.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 396-403, mar./abr. 2005.

ARSTEIN, S. R. A ladder of participation. **Am. Inst. Planners J.**, v. 35, p. 216-224, 1969.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio/jun. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARNUM, B. S. **Nursing theory: analysis, application, evaluation**. 5 ed. Lippincott, 1998. 301 p.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; TERRA, M. G.; CAMPONOGARA, S.; PADOIN, S. M. M.; BLOIS, J. M. Participação na construção de um projeto político pedagógico na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 405-408, jul./ago. 2003.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. **Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa**. In: LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. Metodologia da pesquisa na saúde. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

BETTIOL, L. M. **Saúde e participação popular em questão: O Programa Saúde da Família**. São Paulo: UNESP, 2006.

BOFF, L. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Brasília: Letraviva, 2000.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. 85p.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação e saúde: com a palavra, o usuário da rede pública de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, p. 355-365, 1998.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055-18059.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25694-25695.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde **Educação e saúde, histórico conceito e propostas**. 10ª Conferência Nacional de Saúde [on line]. 1996a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>> . Acesso em: 25 maio 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº 93.993, de Janeiro de 1987. Estabelece critério sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família: informe técnico institucional. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3 p. 316-319, 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanizausus**: política nacional de humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Pólos de educação permanente em saúde**.. Brasília, 2004b.

BRICENO-LEON, R. Bienestar, salud pública y cambio social. In: BRICENO-LEON, R.; MINAYO, M. C.; JR. C.; CARLOS E. A. (Org.). **Salud y equidad**: um mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro:, FIOCRUZ, 2000. p. 15-42.

BUDÓ, M. L. D.; BECK, C. L. C.; SASSO, G. T. M. D.; GONZALES, R. M. B. Responsabilidade coletiva na participação da enfermagem em suas entidades organizativas. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. 4, p. 237-247, abr./jun. 2001.

BUNTON, R.; MACDONALD, G. **Health promotion**. New York. Routledge, 1992.

\_\_\_\_\_. **Health promotion, disciplines and diversity**. 2<sup>nd</sup>. ed. London: Routledge, 1993.

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

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Disponível em: <<http://ged.capes.gov.br>>. Acesso em: 16 dez. 2004.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CATRIB, A. M. F.; PORDEUS, A. M. J.; ATAIDE, M. B. C.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, M. Z. V. **Educação em saúde**: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Rocha, 2003.

CAVALLI, A. Per una ricomposizione tra qualità e quantità. In: CIPOLLA, C.; DE LILLO, A. (Org.). **Il Sociólogo e lê sirene**: la Sfida dei Metodi Qualitativi. Angeli, Milão. 1996.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud: evolución e nuevos rumbos. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 120, n. 4, p. 342-347, 1996.

CHAVES, A. N. **Programa saúde da família**: assistência e educação na dimensão simbólica-imaginária de seus profissionais. 2000, 136p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Petrópolis – Educação. Rio de Janeiro, 2000.

CHINN P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing**: a systematic approach. 4<sup>th</sup>. ed. St. Louis: Mosby, 1995

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DICLEMENTE, C. C. Disponível em: <<http://www.umbc.edu/psyc/personal/diclemente/>>. Acesso em: 10 set. 2006.

DOMINGUEZ, B. N. R. **Programa Saúde da Família: como fazer.** Guarulhos: Parma, 1998. 238p.

DUARTE JR., J. F. **Fundamentos estéticos da educação.** 5. ed. Campinas: Papirus, 1998.

FARKAS, A. J.; PIERCE, J. P.; ZHU, SHU-HONG.; ROSBROOK, B.; GILPIN, E. A.; BERRY, C.; KAPLAN, R. M. Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. **Addiction**, v. 91, n. 9, p. 1271, Sept. 1996.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FONSI, M. C.; HUMEREZ, D. C.; CAVALCANTE, M. B. G. O paciente com transtorno mental participando do tratamento medicamentoso: estímulo do enfermeiro como estratégia de superação da passividade. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 13. n. 2., p. 82-89, maio/ago. 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 8. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1998.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 23. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREUDENBERG, N.; ENG, E.; FLAY, B.; PARCEL, G.; ROGERS, T.; WALLERSTERIN, N. S. Individual and community capacity to prevent disease and promote health: searching of relevant theories and principles. **Health Educ. Q.**, v. 22, n. 3, p. 290-306, 1995.

GAIO, T. C.; FARIA, E. M. Cidadania, participação e controle social – requisitos para efetivar o SUS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.9, n. 2 pt. 1, p. 264-273, maio/ago. 2000.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. 1996. 241p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1996.

GEORGE, J. B. **Nursing theorises**: the base for professional nursing practice. New Jersey: Upper Saddle River 2002.

GONZALEZ, E. **Manual sobre participación y organización para la gestión local**. Cali: Ed. Foro Nacional por Colômbia, 1996.

HANSON, J. A.; BENEDICT, J. A. Use of the health belief model to examine older adults' food-handling behaviors. **J. Nutr. Educ. Behav.**, v. 43, suppl. 1, p. S25-S30, 2002.

HERNANDEZ-AVILA, C. A.; BURLESON, J. A.; KRANZLER, H. R. Stage of change as a predictor of abstinence among alcohol-dependent subjects in pharmacotherapy trials. **Substance Abuse**, v. 19, n. 2, p. 81-91, June 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LAMB, R.; JOSHI, M. S. the stage model and processes of change in dietary fat reduction. **J. Hum. Nutr. Diet.**, v. 9, n. 1, p. 43-45, Feb. 1996.

LAVERACK, G.; LABONETE, R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. **Health Policy Plan.**, v. 15, n. 3, p. 255-262, 2000.

LEOPARDI, M. T. Critérios de confiabilidade e validade In: LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHKE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290p.

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 33-39, abr. 1999.

MACHADO, M. F. A. S. **Participação materna em um programa de desnutrição infantil**. 2001. 107p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

MACHADO, M. H. ACS: profissão ou ocupação? **Rev. RET-SUS**, ano 2, n. 14, p. 06, dez. 2005.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA N. F. V. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 76-82, jan./fev. 2004.

MELLO, D. A.; ROUQUAYROL, M. Z.; ARAÚJO, D.; AMADEIM M.; SOUZA, J.; BENTO, L. F.; GONDIN, J.; NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 583-595, jul./set. 1998.

MELO, J. **Núcleo do pólo saúde da família na Universidade Estadual de Montes Claros**: desafios e possibilidades para a integração ensino-serviço. 2001. 243p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros, 2001.

MELO, J. A. C. **A prática da saúde e a educação**. 1976. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social) – UNICAMP. Campinas, 1976.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Rev. Bras. Enferm**, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

\_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, C. S. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa e saúde. São Paulo: Hucitec, 1998. 269p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONTEIRO, N. S. D. **O impacto das representações de médicos farmacêuticos e consumidores no uso dos medicamentos de marca e genéricos**. 2002. 117.f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Fortaleza, 2002.

MORGAN, L. N. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy Plan.**, v. 16, n. 3, p. 221-230, 2001.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion: foundations for practice**. London: Baillière Tindal. Royal College of Nursing, 1994.

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. **Perfil dos cuidados informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa Saúde da Família**. 2003. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/perfil.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/perfil.html)>. Acesso em 10 out. 2005.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: BARJAS, N.; VIANA, A. L. Á. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime, 2002.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2000. 358p.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. Fundamentos gerais da produção científica: tipos de trabalho científico. In: LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

NUTBEAN, D.; HARRIS, E. **Theory in a nutshell: a practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion**. Austrália: University of Sydney, 1998.

OLIVEIRA, D. L. **Educação em saúde no Programa Saúde da Família: uma tecnologia institucionalizada**. 2000, 120p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará . Fortaleza, 2000.

OLIVEIRA, F. J. A.; BERGER, C. B. "Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade qualificação dos serviços". **Mom. & Perspec. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 69-74, jul./dez. 1996.

OLIVEIRA, M. S.; LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, R. B.; CAMILO, R. L.; SCHNEIDER. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 16, n. 2, p. 265-270, 2003.

PATTON, M. Q. "An introduction to qualitative methods". In: **How to use qualitative methods in evaluation**. California: SAGE, 1990.

PEARLMAN, M. Y.; WERNICKE, R.; THORNDIKE, F.; HAAGA, D. A. F. Stages of change in smoking cessation: a comparison of expectancies among precontemplators and contemplators. **J. Rat.-Emotive Cognitive-Behav. Ther.**, v. 22, n. 2, p. 131-147, Summer 2004.

PENNA, C. M. M.; PINHO, L. M. O. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 55, n. 1, p. 7-12, jan./fev. 2002.

PEREIRA, C. M. O.; ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa Saúde da Família em Belo Horizonte. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 57, n. 3, p. 311-315, maio/jun., 2004.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 495-502, ago. 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. 487p.

PORDEUS, A. M. J.; ATAIDE, M. B. C.; MOREIRA, R. V. O.; BARRETO, J. A. E. Promoção da saúde à luz do pensamento de John Locke. In: BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (Org.). **A vigilância de Argos**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial 2002.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 4, p. 365-386, out./dez. 2003.

PROCHASKA, J. O. Disponível em:  
<<http://www.uri.edu/research/cprc/Faculty/JProchaska>>. Acesso em: 10 set. 2006.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychother. Theor. Res. Pract.**, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C.; NORCROSS, J. C. Search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am. Psychol.**, v. 47, p. 1102-1103, 1999.

RIEHL, J. P.; ROY, C. (Eds.). Conceptual model. In: RIEHL, J. P.; ROY, C. (Eds.). **Conceptual model for nursing practice**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1980.

SANTOS, R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&L, 1999.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SCOTT, K. L. Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. **J. Fam. Violence**, v. 19, n. 1, p. 37-47, Feb. 2004.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de**

idade no período de 1995-2002. 2003, 140f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São paulo, 2003.

SILVA, J. F. 10 anos do Programa Saúde da Família no Ceará. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. 10 anos do Programa Saúde da Família no Ceará 1994-2004; I Mostra de Saúde da Família no Ceará. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM SAÚDE FAMÍLIA, 2. 2004. Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2004.

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C.; MOREIRA, R. V. O. Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 54,n. 3,p. 475-481, jul./set. 2001.

SILVA, M. S. **O programa de saúde da família no Município de Crato/Ceará.** 2003, 33f. (Monografia Especialização) - Escola de Saúde Pública do Ceará. Crato, 2003.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. A abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SIMÕES, O. M. **Saúde da família: limites e possibilidades de uma estratégia.** 2000. 211f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família: uma visão nacional. In: FERNANDES, M.; DOWBOR, T. P.; KRETZER, M. R.; GOUVEIA, I.; SUCUPIRA, A. C.; MENEZES, L.; RESEGUE, R. (Org.). **AIDS: prevenção porta a porta.** São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 41-45.

SOUZA, G. A.; SILVA, A. M. M.; GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesq. Odontol. Bras.**, v.16, n.1, p. 57-62, jan./mar. 2002.

SOUZA, H. M. "Saúde da Família": desafios e conquistas. In: BARJAS, N.; VIANA, A. L. Á. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime, 2002.

SUCUPIRA , A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SENARE, Rev. Políticas Públicas**, ano 4, n.1, p. 11-14, jan.fev.mar, 2003.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔA, A. L. **Promoção e vigilância à saúde.** Salvador: CEPS-ISC, 2002.

TERRY, M. **Conferencia: Estrategia de la promoci3n.** Washigton. DC: OPS Jun. 17.1992.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999. 162p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VARELA, Z. M. V. Construindo no cotidiano de sobrevivência da família – uma opção em enfermagem comunitária. **Fam. Saúde Desenv.**, v. 1, n. ½, p. 75-86, 1999.

VASCONCELOS, E. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

VÁZQUEZ, M. L. **Expresión de la participación social em los sistemas de salud de Latinoamérica**. In: FORO INTERNACIONAL. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, 1999, Guatemala. p. 255-261.

VÁZQUEZ, M. L.; SILVA M. R. F.; CAMPOS, E. S.; ARRUDA, I. K. G.; DINIZ, A. S.; VERAS, I. L.; PEREIRA, A. P. C. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 2, p. 579-591, 2003.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. M.; BDIANI, R.; FABBRO, A. L. D.; RODRIGUES JUNIOR, A. L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 263-270, jun. 2002.

WATSON, J. **Nursing**: the philosophy and science of caring. Boston: Little Brown, 1979.

WENDHAUSEN, A. A construção da subjetividade nos serviços de saúde: da sujeição à autonomia solidária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 54-73, ago./dez. 2000.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde de santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.

ZAKUS, D.; LYSACK, C. Revisiting community participation. **Health Pol. Plann.**, v. 13, p. 1-12. 1998.

## **8 APÊNDICES**

---

## APÊNDICE A

### ENTREVISTA DIRECIONADA AO USUÁRIO

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_  
 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 RENDA: \_\_\_\_\_  
 TEMPO NO PSF: \_\_\_\_\_

1. Diga-me o que você acha do PSF.
2. Você lembra do seu primeiro contato com a equipe?
3. Quando foi e me fale como foi?
4. O que ficou de importante para você a partir daquele momento?
5. Qual foi o motivo (fato/evento/doença) que o(a) levou ao PSF?
6. Como foi o resultado da sua procura?
7. O que você passou a fazer depois disto?
8. E sua família, como foi o primeiro contato dos seus familiares com o PSF?
9. O que você tem aprendido e faz no dia a dia após sua integração no PSF?
10. O que você aprendeu com o PSF que é bom para você, sua família e a comunidade?
11. O que mudou na sua vida com o PSF?
12. Como essas mudanças afetaram sua vida?
13. O que fez você mudar?
14. Que mudanças ocorreram com sua família ao se integrar ao PSF?
15. O que aconteceu aqui na sua comunidade após a implantação do PSF?
16. Que atividades você participa dentro do PSF?
17. De que modo você participa?
18. Fale o que você entende por participação.
19. Como tem sido a sua relação com os profissionais do Programa?
20. O que você tem aprendido com esses profissionais?
21. O que você faz na sua vida, com base no aprendizado junto à equipe do PSF, que você acha que é bom para sua saúde?
22. Do que você aprendeu o que você faz por você, sua família, sua comunidade?
23. Eu vou dizer três afirmações e você vai me dizer se concorda:
  - a) Depois que passei para o PSF eu aprendi a cuidar melhor de mim.  
 Sim ( ) Não ( ) Dê exemplos: \_\_\_\_\_
  - b) Depois que passei para o PSF eu aprendi a cuidar melhor da minha família.  
 Sim ( ) Não ( ) Dê exemplos: \_\_\_\_\_
  - c) Depois que passei para o PSF eu aprendi a cuidar melhor da minha comunidade.  
 Sim ( ) Não ( ) Dê exemplos: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### ENTREVISTA DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME: \_\_\_\_\_  
 IDADE: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_  
 FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 ANO DA GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA? ( )SIM ( )NÃO  
 TEMPO NO PSF: \_\_\_\_\_

1. O que entende por educação em saúde?
2. Como você vê ES para o PSF?
3. Você realiza ações de educação em saúde no cotidiano do Programa?
4. Que ações você realiza?
5. Como são realizadas essas ações?
6. Qual o tempo dedicado a essas ações dentro do PSF?
7. Como a comunidade reage a esses momentos vivenciados?
8. Fale sobre a participação do usuário nessas ações.
9. Fale sobre a participação das famílias nas ações do PSF.
10. Diga-me o que você entende por participação.
11. Como você promove a participação do usuário, das famílias e comunidade no PSF?
12. Como a clientela tem vivenciado, respondido em termos de participação, o PSF?
13. Quando do atendimento de um membro da família qual a relação desse atendimento com a sua família?
14. Há envolvimento das famílias com a comunidade? Qual? Como? (Como a equipe poderia intervir?).
13. Como você avalia a participação do usuário, família e comunidade no PSF?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA DO GRUPO FOCAL

#### *Direcionado aos Profissionais do Programa Saúde da Família*

1. Relate momentos vivenciados pela clientela que conduzam a processos participativos.
2. Elenque situações nas quais você promove a participação do usuário dentro do PSF.
3. Que mudanças de comportamento relacionada ao cuidado da saúde você percebe junto ao usuário, a família e a comunidade.

#### *Direcionado a Clientela*

1. Relate momentos vivenciados por você dentro do PSF.
2. Comente situações nas quais você participa dentro do Programa.
3. Fale das mudanças na tua vida, da tua família e da comunidade com o Programa.

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA SESSÃO EDUCATIVA: CHECK-LIST

**EQUIPE:**  
**PROFISSIONAL:**  
**DIA:**  
**HORA:**  
**LOCAL:**  
**DURAÇÃO:**  
**TEMA:**

1. Tipo de sessão educativa: Grupo ( ) Palestra ( ) Sala de espera ( ) Peça Teatral ( ) Outro ( ) Especificar \_\_\_\_\_
2. As pessoas foram convidadas a participarem? ( ) Sim ( ) Não
3. Foi realizada no momento em que aguardavam a consulta? ( ) Sim ( ) Não
4. A sessão estava programada? ( ) Sim ( ) Não
5. O Profissional explicou ao grupo o objetivo da sessão? Sim ( ) Não ( )
6. Usou dinâmica de interação? Sim ( ) Não ( )
7. O profissional incentivou a participação do grupo? Sim ( ) Não ( ) Como: \_\_\_\_\_
8. O grupo participou? Sim ( ) Não ( )
9. De que forma? Perguntando ( ) Apresentando exemplos de comportamentos positivos ( ) Apresentando exemplos de comportamentos negativos ( )?
10. Houve espaço para esclarecimento de dúvidas? Sim ( ) Não ( )
11. O ambiente era apropriado? ( ) Sim ( ) Não Especificar: \_\_\_\_\_
12. As pessoas estavam bem acomodadas? ( ) Sim ( ) Não
13. Utilizou algum recurso áudio-visual? ( ) Sim ( ) Não
14. Qual? \_\_\_\_\_
15. O profissional usou linguagem acessível à população? ( ) Sim ( ) Não
16. O grupo mostrava-se à vontade com o profissional? ( ) Sim ( ) Não
17. O tema parecia interessante ao grupo? ( ) Sim ( ) Não
18. O profissional interagiu com o grupo? ( ) Sim ( ) Não
19. O grupo se mostrou impaciente? ( ) Sim ( ) Não De que forma: \_\_\_\_\_
20. O profissional avaliou a sessão? ( ) Sim ( ) Não Como: \_\_\_\_\_
21. Conduta do profissional: Estimulado para a realização da sessão ( ) Tranquilo ( ) Impaciente ( ) Apressado ( ) Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E****PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

À Secretaria de Saúde do Município do Crato

Senhora Secretária,

Venho por meio desta solicitar a V.sa. autorização para realizar uma pesquisa intitulada “Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da Participação Habilitadora” a ser realizada junto aos profissionais e clientela do Programa Saúde da Família deste Município, e que tem como objetivo “Compreender como ocorrem os processos decisórios da participação dos usuários no Programa Saúde da Família-PSF”. Os dados obtidos serão utilizados no estudo da Tese de Doutorado e divulgados junto à comunidade científica, visando a contribuir para a promoção da saúde da população. Entendemos, ainda, que trará contribuições ao desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Certa de contar com sua atenção e com vosso valioso apoio, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

---

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FFOE/DENF/UFC

Fortaleza, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

**APÊNDICE F****PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

À Coordenação do Programa Saúde da Família do Município do Crato

Senhora Coordenadora,

Venho por meio desta, solicitar a V. Sa. autorização para realizar uma pesquisa intitulada “Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da Participação Habilitadora”. a ser realizada junto aos profissionais e clientela do Programa Saúde da Família desse Município, e que tem como objetivo “Compreender como ocorrem os processos decisórios da participação dos usuários no Programa Saúde da Família-PSF”. Os dados obtidos serão utilizados no estudo da Tese de Doutorado e divulgados junto à comunidade científica, visando a contribuir para a promoção da saúde da população. Entendemos ainda, que trará contribuições ao desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Certa de contar com vossa atenção e com seu valioso apoio, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

---

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FFOE/DENF/UFC

Fortaleza, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

## APÊNDICE G

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Caro Usuário(a) do Programa Saúde da Família:

Sou enfermeira e aluna de um curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC e estou fazendo um estudo, que é importante para que eu possa concluir este curso. Os participantes do estudo serão os Profissionais e a Clientela do Programa Saúde da Família - PSF do Município do Crato, que aceitarem participar desta pesquisa.

Convido-o(a) a participar do estudo, que tem como objetivo conhecer como você participar do dia-a-dia do PSF e o que esse Programa mudou na sua vida, de sua família e da sua comunidade. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação dos seguintes momentos: de uma entrevista, que são perguntas que eu faço e você me fornece respostas, com uma duração entre 30 a 50 minutos e será gravada mediante sua autorização; do grupo focal, um momento em que reunimos alguns usuários do PSF para discutir sobre a participação de vocês no Programa (para isto serão realizados três momentos) e da observação de um momento vivenciado por você no Programa, que pode ser uma palestra ou algum grupo de que você participe, e observarei, também, três momentos.

O resultado de tudo isto será apresentado ao curso de Doutorado em Enfermagem e depois publicado em livros ou revistas, para que outras pessoas possam conhecer acerca do nosso trabalho, respeitando o fato de que você em nenhum momento será identificado(à).

Informo ainda, que:

- ✓ você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar;
- ✓ garanto-lhe segredo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas. Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo(a);
- ✓ mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- ✓ sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o andamento do PSF;
- ✓ estarei disponível para qualquer outro esclarecimento pelo telefone: 32472263.
- ✓ o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE é 40098338.

Em face destes motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Atenciosamente,  
 Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da  
 FFOE/DENF/UFC

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pela pesquisadora, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho a participar da entrevista, do grupo focal e da observação. Ficam assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário, assegurando-me a confidência de qualquer resposta quando for por mim solicitada, assim como o sigilo da minha identidade e de conhecer os resultados obtidos, que poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante do estudo

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

## APÊNDICE H

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Caro Profissional da Equipe do Programa Saúde da Família:

Sou doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC e estou desenvolvendo um estudo, intitulado “**Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da Participação Habilitadora**”. Os participantes do estudo serão os Profissionais e a Clientela do Programa Saúde da Família do Município do Crato, que aceitarem participar desta pesquisa.

Convido-o(a) a participar do estudo que tem como objetivo: “Compreender como ocorrem os processos decisórios da participação dos usuários no Programa Saúde da Família-PSF”. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação dos seguintes momentos: da entrevista, que contém questões abertas, terá uma duração entre 30 a 50 minutos e será gravada mediante sua autorização; do grupo focal, que tem como foco aprofundar acerca da temática participação (para o qual serão realizados três momentos) e da observação, realizada mediante um *check-list*, com o intuito de direcionar e sistematizar esse momento, o qual será uma sessão educativa, dada a importância da participação no processo de aprendizagem. Os momentos observados podem ser palestras, grupos ou salas de espera e o número de observação será de três por ESF.

Os dados obtidos serão apresentados ao curso de Doutorado em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Pretendo com essa pesquisa obter a representação dos usuários sobre participação e as formas de participação praticadas no PSF.

Informo ainda, que:

- ✓ você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar;
- ✓ garanto-lhe o anonimato e o segredo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas. Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo(a);
- ✓ mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- ✓ sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da promoção da saúde da população;
- ✓ estarei disponível para qualquer outro esclarecimento pelo telefone: 32472263.
- ✓ o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE é 40098338.

Em face destes motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Atenciosamente,

María de Fátima Antero Sousa Machado  
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da  
FFOE/DENF/UFC

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, recebi uma descrição oral do estudo incluindo uma explicação do seu propósito e procedimentos, me foi dito que seria entrevistado, participaria de um grupo focal e seria observado em alguns momentos, e que os dados obtidos serão utilizados para a realização de um estudo, onde se procura compreender como o usuário do Programa Saúde da Família participa deste Programa.

Assim, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pela pesquisadora, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que não me oponho a participar da entrevista, do grupo focal e da observação. Fica-me assegurado os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento que julgar necessário, assegurando-me a confiança de qualquer resposta quando for por mim solicitado, assim como o sigilo da minha identidade e de conhecer os resultados obtidos que poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante do estudo

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

## **9 ANEXO**

---