

PROMOÇÃO: CAMINHO APROPRIADO À SAÚDE

[Promotion: a direction for health]

Mercedes Trentini*

RESUMO: A pesquisa foi idealizada a partir da questão: O que os centros de saúde oferecem em benefício à saúde da população? A concepção de promoção da saúde, preconizada na Carta de Ottawa, serviu de embasamento teórico no desenvolvimento da pesquisa que foi realizada nos centros de saúde de um município de Santa Catarina. A amostra foi constituída pelos centros de saúde de maior porte, em número de 16 (CS II) e duas policlínicas de referência. A coleta de dados se deu por questionários, entrevistas e análise de documentos oficiais. Os resultados mostraram deficiências nos centros de saúde quanto à Promoção da Saúde nas áreas de políticas públicas de saúde, ambientes saudáveis, ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.

PALAVRAS CHAVE: Promoção da saúde; Centros de saúde; Política de saúde; Participação comunitária.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo relata um processo de pesquisa que perseguiu a seguinte questão: O que os centros de saúde oferecem em benefício à saúde da população? Para responder a esta questão planejamos averiguar as ações de saúde desenvolvidas e os recursos disponíveis e utilizados nos centros de saúde em relação à promoção da saúde. O estudo foi baseado na concepção de promoção da saúde preconizada na Carta de Ottawa que afirma: Promoção da Saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Brasil, 1996). Para atingir qualidade de vida satisfatória as pessoas necessitam saber identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, modificar e enfrentar alterações do meio ambiente. A Promoção da Saúde visa assegurar oportunidades e recursos igualitários a todas as pessoas possibilitando a realização plena do seu potencial de saúde (Ashton, 1987).

Ações de promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, incluem cinco áreas de ação: (Brasil, 1996).

- 1) Elaboração de políticas públicas saudáveis – incluindo envolvimento não só dos profissionais da saúde, mas principalmente, de políticos e dirigentes de setores em todos os níveis.
- 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde – o laço que une as pessoas ao seu ambiente constitui a base da aproximação sócio-ecológica da saúde. A evolução dos esquemas de vida, de trabalho e de lazer deve ser fonte de saúde para a população. A promoção da saúde gera condições (de vida e de trabalho) seguras, estimulantes, prazerosas e agradáveis. O ambiente é entendido em suas dimensões física, social, espiritual, econômica e política.
- 3) Reforço da ação comunitária – a promoção da saúde procede da participação efetiva e concreta da comunidade para identificação das prioridades, tomada de decisões e elaboração e implementação de estratégias visando alcançar a saúde. A ação comunitária implica na participação e controle popular nas questões de saúde da comunidade, isto requer acesso ilimitado e permanente da comunidade às informações, a oportunidade de aprendizagem para assuntos de saúde e apoio de ordem sócio-econômica.
- 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais – inclui desenvolvimento pessoal e social pela informação, educação para a saúde e desenvolvimento de habilidades indispensáveis à vida. É essencial estimular as pessoas para o aprendizado ao longo da vida e desta maneira preparar-se para as diversas etapas da vida como, por exemplo, manter a saúde e prevenir problemáticas da infância, adolescência e vida adulta, inclusive saber enfrentar com controle as doenças crônicas degenerativas. Esta incumbência deverá ser enfatizada pelas organizações governamentais e não governamentais: educacionais, profissionais incluindo os da saúde, comerciais e comunitárias.

* Professora, aposentada, da Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente contratada na UnC para atuar no programa de mestrado interinstitucional.

2 METODOLOGIA

O estudo foi realizado na rede básica de saúde de um município de Estado de Santa Catarina. A amostra foi formada pelos centros de saúde de maior porte caracterizados como CS II e policlínicas de referência: totalizando 18 instituições de saúde incluindo 16 CS II e duas policlínicas de referência, sendo uma de referência regional.

A coleta de dados foi feita utilizando-se técnicas de entrevistas, questionários e exames de documentos e teve início em 1997 na Policlínica de Referência Regional e em 1998 nos centros de saúde.

As entrevistas foram conduzidas com profissionais da saúde que estavam numa posição de coordenação. Em cada CS II foi entrevistado um profissional e da mesma forma em uma policlínica de referência. Na outra policlínica, devido ao seu grande porte, foram entrevistados 16 profissionais. No total, foram entrevistados 33 profissionais. Todas as entrevistas foram gravadas, com permissão dos envolvidos, transcritas e posteriormente submetidas à leitura do entrevistado para que este pudesse averiguar a fidelidade da transcrição, evitando mal entendido por possíveis falhas mecânicas. A participação nas entrevistas foi negociada com os informantes, garantindo a liberdade de exclusão do estudo quando os mesmos julgarem necessário.

Os dados dos questionários foram analisados pelo *software Epi-Info* com a intenção de organizar os achados de tal maneira que se pudesse fazer uma leitura qualitativa e verificar a frequência de algumas questões. As informações obtidas nos documentos e nas entrevistas foram analisadas pelo processo de categorização que incluem as seguintes etapas: a) Leitura e releitura de cada entrevista; b) Identificação de códigos; c) Inclusão do conteúdo em cada código; d) Agrupamento de códigos com semelhantes características.

O projeto da pesquisa foi submetido à leitura nas instituições incluídas na amostra, acompanhado de uma solicitação escrita para a coleta de dados e da promessa de que seria respeitado o direito de anonimato e sigilo como dos informantes. As instituições foram também informadas que a participação seria voluntária e que poderiam desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa.

3 RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue o esquema da classificação dos componentes das ações da promoção da saúde adotado como referencial deste estudo. Elaboração e implementação de políticas públicas de saúde; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.

3.1 Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis

Quanto às políticas públicas constatamos a existência de políticas de saúde formais de âmbito nacional, estadual e municipal construídas teoricamente, mas, na maioria das vezes, estão sendo deterioradas na sua implementação, ou seja, não há evidências de uma relação concreta entre a prática técnica e a prática política. Verificamos que os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde; descentralização, equidade, integralidade, controle e participação social não estão sendo devidamente praticados nos CS II, e constatamos também que a maioria dos componentes das equipes atuantes nos centros de saúde desconhecem esses princípios, ou não sabem o seu significado para as ações cotidianas nos CS II. Além disso, estas instituições de saúde também não funcionam de maneira articulada resultando na “quebra” do fluxo de assistência. Isso, na prática cotidiana, significa mais problemas para os usuários principalmente em relação ao fluxo de referência e contra-referência. A maior dificuldade identificada neste sentido se refere à assistência médica especializada que funciona sob responsabilidade do governo estadual. O usuário é atendido na rede básica, ou seja, nos centros de saúde de responsabilidade do governo municipal e quando necessitam de atendimento médico especializado são encaminhados ao especialista via **Central de Marcação de Consultas Especializadas** (CMCE). Teoricamente este fluxo estaria muito bem estruturado, mas a prática revela que dependendo da especialidade, existem usuários na fila de espera há mais de 3; 6; 8 meses e até 1 ou 2 anos. Esta demora advém da falta de vagas disponíveis para consultas com especialistas para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a precariedade de recursos de comunicação entre a administração dos CS II e os usuários.

Os dados mostraram que embora exista uma política formal de trabalho conjunto da administração municipal da saúde com várias outras instituições, esta não está sendo vivenciada pelos profissionais atuantes nos CS II, com exceção do convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina. Das 18 unidades estudadas, somente quatro indicaram existir algum trabalho em parceria informal com associações comunitárias, duas com instituições religiosas e uma com creche. Estas parcerias, na sua maioria, se caracterizam como trabalhos de via única, ou seja, os profissionais da saúde são convidados a dar palestras sobre saúde nas instituições. Esta realidade poderia ser mudada pela formação de redes de intercomunicação das instituições de saúde e outras instituições afins, localizadas em cada área de abrangência de cada CS II. Pois, a promoção de saúde não se limita à prevenção e cura de doenças, mas envolve questões de cidadania, educação,

trabalho digno, alimentação, moradia, lazer, enfim, qualidade de vida digna. Isto não é de responsabilidade unicamente das instituições de saúde, mas de todos os envolvidos, incluímos: instituições comunitárias, comerciais, educacionais, religiosas e outras que se sustentam pela existência da vida humana.

A partir de 1992, o governo municipal estabeleceu uma política de saúde incluindo a territorialização pela qual foram definidas áreas de abrangência de cada centro de saúde que assumiria a responsabilidade pela vigilância epidemiológica na área. Desta maneira, seria possível um trabalho orquestrado entre os centros de saúde e entre estes e outras instituições em benefício à saúde da população daquela área. Verificamos que no período de dois anos, 74 módulos de oficinas referente ao modelo de territorialização foram desenvolvidos nas unidades locais de saúde. Embora, as áreas de abrangência já tenham sido mapeadas e o perfil epidemiológico identificado em cada área, os dados deste estudo mostraram que as práticas nos centros de saúde não mantêm o controle epidemiológico de suas áreas. Concluímos que existe um vazio entre o discurso (política) e a prática. Emprega-se considerável montante de recursos na elaboração de planos que na sua maioria são de excelente qualidade, mas dificilmente são operacionalizados. Daí a famosa frase popular: “A teoria é uma coisa, a prática é outra”. No entanto, acreditamos que toda teoria contém uma prática e toda prática uma teoria e, portanto, teoria e prática são dimensões inseparáveis.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Constituição de 1988, as políticas de saúde públicas foram alicerçadas num novo paradigma que passou a ser internalizado por políticos e profissionais da saúde mais esclarecidos. A maioria dos profissionais que atuam nas práticas de saúde não tiveram suficiente informação sobre o novo paradigma que fora disseminado nos discursos acadêmicos e políticos e tem guiado as políticas públicas de saúde. Assim, a prática continua implementando a teoria tradicional aprendida e ensinada na escola. Portanto, na verdade, não existe lacuna entre as práticas nos CS II e o modelo biomédico centrado na cura de doenças e derivado de um paradigma diretivo não participativo; mas se tomarmos como referências teóricas as diretrizes SUS, as práticas de saúde nos CS II estão um tanto desconectadas. Os dados nos revelam que as ações de saúde implementadas na maioria dos centros de saúde se caracterizam, de preferência, em ações curativas.

Faria (1998) ao estudar quatro centros de saúde de Florianópolis também observou que há contradição entre a política e a prática. Afirma que de um lado preconiza-se ações preventivas e coletivas e do outro, as ações de saúde acontecem “apenas” no âmbito curativo pela consulta médica.

Esta dissociação do discurso e a prática poderia ser solucionada pela construção de uma “ponte de mão dupla” entre teoria e prática, sustentada por tecnologias de educação e participação dos profissionais envolvidos diretamente com as práticas de saúde nos centros de saúde.

A política de saúde proposta pelo governo municipal (gestão 1997 a 2000) está centrada principalmente, na melhoria de vida da criança desde sua concepção até 5 anos de idade, idéia expressada pelo secretário da saúde e desenvolvimento social na apresentação do programa de ação do governo municipal: “*Resgatar a esperança da criança e a proteção ao inaleável direito da mulher de gestar e dar à luz com segurança, fruto de opção consciente, é o objetivo do programa. Esta é a prioridade.*” (Barros Filho, 1997).

Com visão administrativa, a Prefeitura da cidade propõe: “... a construção de uma cidade amiga das crianças, nosso plano é impulsionar o setor saúde a agir de maneira coordenada, pra alcançar a ação integrada de saúde capaz de juntar, no instante certo, os recursos necessários para proteger a criança e a mãe.” (Amim, 1997).

Estas declarações nos revelam a intencionalidade do Governo Municipal de sistematizar as práticas de saúde de uma forma integrada e integral à gestante e a crianças de 0 a 5 anos. A fundamentação filosófica do planejamento está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (não poderia ser diferente) e traz um referencial constituído por informações referentes as micro-áreas de risco, infra-estrutura, demografia e perfil epidemiológico de cada área de abrangência do município. Na dimensão teórico-política, o planejamento pode ser caracterizado como criterioso e “audacioso”, no bom sentido. Todavia, nosso entusiasmo em relação ao documento esmoreceu ao tomarmos conhecimento dos documentos de: “Normatização do atendimento da criança de 0 a 5 anos, 1998”. Não existe associação direta entre estas normas e a maioria das ações descritas no item das estratégias operacionais contidas no documento **Capital Criança**. O resultado de nossa análise dos conteúdos é de que os documentos diferem quanto ao modelo filosófico-político que permeiam os documentos. A normatização explicita um modelo reducionista, alicerçado somente em princípios do modelo biologista, o qual foi ampliado na constituição de 1988. Estes desencontros se caracterizam como pontos de “estrangulamento” no processo de construção das políticas de saúde públicas.

Neste estudo identificamos três níveis de ação: 1º) o planejamento **Capital Criança**; 2º) as normatizações e 3º) as práticas de saúde nos CS II; e podemos afirmar que as propostas não fluem ao longo destes diferentes níveis, pois esbarram nos pontos de estrangulamento que parecem estar associados à desarmonia entre as macropolíticas públicas de saúde e as micropolíticas do trabalho cotidiano nos

serviços de saúde. Podemos observar a existência de paradoxo entre a constituição de 1988; que garante a saúde como direito do cidadão; e a realidade mostrada pela mídia referente a maus tratos e desigualdades no atendimento às pessoas e condições precárias das instituições de saúde. Merhy (1997) afirma que não é suficiente corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde se não investirmos no modo de relacionamento dos trabalhadores de saúde com os usuários.

Sabemos que os responsáveis pelo sucesso de um plano de saúde são, principalmente, os executores das ações de saúde no dia-a-dia, portanto, deve-se procurar construir uma nova concepção de assistência à saúde com os profissionais, ou seja, passar do modelo diretivo para o participativo. Se não investirmos nos profissionais que desempenham atividades cotidianas nos centros de saúde não teremos políticas públicas de saúde concretizadas. Para isso, necessita-se inventar novas tecnologias de educação, de relacionamento e de comunicação e abandonar as formas diretivas de “treinamento” que, até hoje, não tem mostrado resultados satisfatórios.

3.2 Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde

Ambientes favoráveis à saúde consistiu do tema central da terceira conferência internacional sobre promoção da saúde, identificada como Conferência de Sandsvall realizada em 1991 (Brasil 1996). Esta conferência reconhece que todos os setores da sociedade têm compromisso com a criação de ambientes promotores da saúde.

No contexto da saúde, o termo ambientes favoráveis refere-se aos aspectos físicos e sociais do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão. As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotoras de saúde tem diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Estas dimensões estão inextricavelmente ligadas em uma interação dinâmica. As ações precisam ser coordenadas tanto a nível local, como nos níveis regionais, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis (Brasil 1996).

O ambiente, neste estudo, foi pesquisado apenas no contexto interno das instituições componentes da amostra, incluindo suas dimensões sociais e físicas. As informações obtidas nos centros de saúde se caracterizam como ambientes hostis nas relações sociais e fisicamente desconfortáveis tanto para os usuários como para as pessoas que lá trabalham. Constatamos situações embaraçosas de

enfermeiras e de auxiliares de enfermagem, ao ter que mediar as necessidades dos usuários e a consulta médica quando esta não podia acontecer por falta de médicos em determinadas áreas clínicas. Depoimentos como os que seguem se repetiam nas entrevistas com as enfermeiras.

“Nós ficamos, certo tempo, sem pediatra e sem ginecologista, foi uma fase difícil. Os centros de saúde II têm que ter esses profissionais.

Todos os pacientes seriam atendidos se tivéssemos todos os profissionais em quantidade e qualidade suficiente.

Quando faltam médicos, então o que a gente tentava era exigir daquela comunidade dizendo: Vocês têm que cobrar, vocês tem que se mover na sua comunidade para melhorar.”

A maior hostilidade ocorre com os usuários, principalmente no que se refere ao atendimento. Há quatro formas de agendamento nos CS II: Os usuários que preenchem os critérios do projeto Capital Criança têm seu agendamento garantido diretamente da maternidade para as consultas das puérperas com a enfermeira do sétimo ao décimo dia pós-parto e para a criança com o pediatra. Após estas consultas, fica garantido para a mãe a consulta ginecológica no 45º dia e consultas mensais para a criança no 1º ano de vida. Para esta parcela da população, o ambiente social, neste particular, não se caracteriza como hostil, pelo contrário, estão sendo atendidos com a dignidade que todo ser humano mereceria. Por outro lado, os procedimentos utilizados para o agendamento dos recém nascidos na maternidade poderá vir a ser hostil ou no mínimo frustrante para aquelas mães residentes nos municípios vizinhos (da Grande Florianópolis) que compartilham o mesmo quarto na maternidade com as usuárias do município de Florianópolis. Estas últimas recebem um cartão para consultas, um kit com utilidades para o recém-nascido e fazem pose para fotografia. E nós? Pensarão as companheiras de quarto vindas do município vizinho. Por que esta discriminação? Será que este “por que” está sendo esclarecido a estas mulheres? Será que é fácil para elas entender que numa maternidade conveniada com o SUS existe tal discriminação porque o município X tem uma política diferenciada do município Y?

Este fato nos leva a refletir sobre o respeito ao princípio de equidade que consiste um dos principais “pilares” do SUS. Equidade significa “acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos seus níveis” (Brasil, 1986). Portanto, entendemos que todos devem ter iguais oportunidades de acesso aos serviços públicos de saúde. Não estamos criticando o projeto Capital Criança e muito menos o fato de diferentes municípios adotarem prioridades diferentes. Estranhamos, sim, o fato das maternidades conveniadas

com o SUS permitirem desigualdades de oportunidades às suas clientes enquanto internadas naquelas instituições. Outra maneira de agendamento adotada por alguns centros é feita diretamente no centro de saúde que tem vagas limitadas de acordo com o tempo disponível do médico. Este tipo de agendamento é feito com dias de antecedência; por exemplo, as 6ª feiras para as consultas de 2ª e 3ª feiras e nas 4ª feiras para as consultas nas 5ª e 6ª feiras. Mesmo agendadas as consultas nem sempre são executadas, pois é bastante comum o cancelamento devido a ausência do médico. Geralmente os usuários recebem a notícia do cancelamento após um longo tempo de espera no centro de saúde. Há centros de saúde que, às 7 horas, distribuem senhas para consultas no mesmo dia com vagas limitadas. Isto implica em colocar-se na fila muito cedo, pela manhã. Na maioria dos centros o médico atende a partir das 10 horas ou à tarde. Desta maneira, o usuário espera pela consulta no centro ou então retorna na hora estabelecida. Para usuários, que na sua maioria, vivem com dificuldades esse “vai e vem” significa hostilidade pois, para muitos, além da disposição física falta condições para arcar até com despesas de transportes coletivos. O agendamento para consultas médicas especializadas está centralizado e é denominado Central de Marcação de Consultas. Para saber se necessita de consulta especializada, o usuário deverá ser atendido no CS de sua comunidade e, portanto, passará por procedimentos anteriormente descritos. Quando há requisição de consulta com especialista o CS entra em contato com a central de marcação de consulta. Este tipo de marcação de consulta tem sido causador de sérios problemas tanto para os usuários como para os serviços dos CS. Segue depoimentos de alguns participantes do estudo.

“Na rede básica de saúde existe um sistema único de agendamento para consultas com especialista é a tal de CENTRAL que recebe o pedido com os dados do cliente e a especialidade requerida, na medida que abre vaga a consulta é agendada ou então fica na lista de espera. Algumas consultas demoram cerca de 6 a 8 meses para se realizar.”

“Quando o paciente necessita de especialista entra na fila da CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTA, aí o paciente fica meses e meses, até um ou mais anos esperando, às vezes o paciente falece e não consegue consulta.”

“Temos uma forma de encaminhamento de posto a posto. A outra forma, é o médico encaminhar para um especialista, essa é a pior forma porque vai cair na central de marcação, entra para o livro de espera e fica aguardando até a consulta dele ser marcada e não vem uma contra referência pra gente desse atendimento, nunca, não volta nada.”

Atualmente com a mudança na administração de governo municipal mudou também o sistema da Central de Marcação de Consulta Especializada (CMCE). Esta mudança melhorou em alguns aspectos e parece ter piorado em outros. Antes, cada centro devia marcar as consultas com o especialista por telefone e isso exigia horas e horas no telefone. Atualmente o centro solicita à CMCE os pedidos para especialidades e esta distribui pela rede computadorizada para os especialistas. A CMCE retorna ao centro de saúde com a indicação da consulta. Este, por sua vez, deverá entrar em contato com o usuário para informar local e data da consulta que deverá voltar ao centro para fazer a carteirinha. A CMCE então, deverá ser informada pelo Centro que a consulta foi confirmada, do contrário será automaticamente cancelada no computador. Parece que esta modalidade trouxe maiores transtornos para os usuários como mostram as seguintes falas:

“Olha se eu fizer uma análise, complicou de um lado e facilitou do outro. Facilitou porque a gente não tem que ficar mais tanto tempo no telefone. Mas complicou porque quando consigo uma consulta tenho que procurar a pessoa que deve voltar ao posto. Se todos os usuários tivessem telefone seria mais fácil, mas a maioria não tem e alguns moram em lugares de difícil acesso e sem nome de rua, etc.”

Desta maneira, acreditamos que podem haver consultas canceladas por falta de meios de comunicação entre os CS e os usuários. Faria (1998) considera “trágico” a articulação do SUS secundário (do Estado) com o SUS primário (Município) representado pela Central de Marcação de Consultas Especializadas. A autora justifica sua posição afirmando que os especialistas evitam dar consultas pelo SUS e quando dão, esta não passa de 3 a 5 minutos.

Na Policlínica de Referência Regional constatamos um ambiente social interno com condições opostas aos centros de saúde. A partir da implementação do SUS, o atendimento nesta policlínica vem sendo descentralizado e isso abriu espaço para os profissionais criarem novas metodologias de assistência, que têm favorecido a prevenção de problemas e a promoção da saúde para a população tanto dos municípios da grande Florianópolis quanto do Estado. Atualmente a Policlínica de Referência além do atendimento clínico, radiológico e de análises clínicas laboratoriais, mantém programas de assistência de prevenção primária e secundária, tais como: Programa de Assistência ao Adolescente, Diabético, Hanseníase, Hipertensão Arterial, Osteoporose, Ostomizados, Tuberculose, Epilepsia, Prevenção do CA de Mama, Assistência Domiciliar, Nutrição e Drogaditos.

A metodologia da assistência nestes programas incluem, orientação e educação em grupo, além do

atendimento individual. Acredita-se que estes programas com assistência sistematizada têm contribuído para a (des) hospitalização desta parcela de usuários.

Os usuários com doenças crônicas recebem orientação de uma equipe multiprofissional em relação ao estilo de vida mais apropriado para controlar a progressão degenerativa dessas doenças e tem garantido exames laboratoriais de rotina. Os grupos de risco são igualmente orientados. Parece que a Policlínica tem enfrentado dificuldades na descentralização destes programas. Se isso ocorresse, este acompanhamento se tornaria mais fácil para os usuários, pois estes poderiam usufruir dos mesmos benefícios. Cada grupo no seu bairro, com menores gastos de energia e de tempo devido à distância e também menos gastos financeiros, pois muitos necessitam usar dois transportes coletivos no trajeto.

Em relação ao ambiente físico dos CS II percebemos que a estrutura física de cada CS II foi construída visando, praticamente, espaço para atendimento médico e odontológico. A maioria dos CS II pesquisados não possui local próprio para as demais categorias de profissionais. Portanto, pode-se deduzir que o trabalho nos CS II está centrado em atender pessoas com problemas patológicos, não há espaço físico destinado à educação coletiva em saúde com as pessoas da comunidade. A maioria dos entrevistados confirmam existir sala de espera para os usuários, mas constatamos que a grande maioria destas salas não são suficientemente espaçosas para abrigar a demanda. Isto significa mais desconforto para as pessoas, que além de aguardar pela consulta médica horas e horas, deverão esperar de pé e de preferência fora do prédio. Oito das dezessete unidades apresentam umidade devido à infiltração da chuva e em algumas delas há presença de goteiras, o que poderia ser solucionado se houvesse um plano de manutenção das áreas físicas.

3.3 Reforço da Ação Comunitária

A participação de comunidade difundida como controle social, consta nas diretrizes estabelecidas pela legislação Federal do SUS. No entanto, do total dos CS II incluídos na amostra do presente estudo, somente três dos entrevistados relataram participação da comunidade nas atividades dos centros de saúde. Há diferentes percepções referentes à participação comunitária e há também diferentes estratégias de ação para o relacionamento dos centros com a comunidade. Constatamos que um dos CS II se articula com as instituições religiosas e beneficentes como forma de envolver a comunidade.

“É, nós temos bastante envolvimento na comunidade, principalmente em relação à questão das mulheres e idosos que a igreja participa. À principio temos o clube das mães que fazem esta busca ativa das gestantes e então fazem enxoval junto com estas mães. As pessoas mais carentes são visitadas pelo centro de saúde junto com o clube. Às vezes é feito campanhas, a própria comunidade age fazendo campanhas.”

Outro CS II iniciou um maior entrosamento com a comunidade a partir do programa do orçamento participativo.

“... a água ali para eles não era problema, mas houve um processo de reflexão dos profissionais com a comunidade. Com isso, a comunidade se empenhou, fizeram mutirão com o orçamento participativo com a organização de lideranças e construíram uma caixa d'água de abastecimento de uso coletivo, onde hoje todas as pessoas usufruem de água de boa qualidade, com isso diminuiu consideravelmente o número de crianças doentes que eram tratadas só a nível medicamentoso, mas reincidiam pelo uso da água contaminada.”

No terceiro CS II com participação da comunidade, constatamos que essa contribuiu na implantação do posto doando um terreno além de conseguir a reabertura de uma sala de vacina.

Embora exista, nestes três CS II, participação de comunidade em certos aspectos, não há um trabalho sistematizado neste sentido. Houve, no passado, um esforço para integração da comunidade nas ações de saúde pela participação efetiva dos profissionais de saúde e da comunidade; na territorialização pela qual era feito um levantamento das necessidades prioritárias da comunidade e elaboração do planejamento das ações de saúde nos territórios (área de abrangência) de cada CS II. Alguns dos profissionais que participaram daquele trabalho, hoje procuram manter a mesma direção política, mas, ao descrever a organização da comunidade o fazem empregando os verbos no passado, mostrando que foi “coisa” do passado.

De certa forma neste centro de saúde a comunidade aprendeu a se empenhar nas atividades de saúde da localidade. A associação dos moradores se reunia, identificava os problemas. Quando detectou-se o problema de deficiência educacional, o que se fez foi criar um jornal que se chamava “Caminho para Saúde”. Existia um espaço no jornal para os moradores da comunidade. O jornal alertava sobre os problemas de saúde e anunciava os serviços oferecidos na comunidade e assim as pessoas se organizavam para solucionar os problemas. Problemas estes identificados não somente na visão do profissional, mas de ambas as partes.

Percebemos pelas falas dos entrevistados que o relacionamento dos CS II com a comunidade depende, em grande parte, da visão dos profissionais, principalmente do pessoal de enfermagem que permanece no Centro ao longo do dia.

... eu tenho toda minha maneira de ser, não consigo trabalhar só no centro de saúde eu extrapolo os muros e trabalho junto com a comunidade. Quando eu cheguei, não existia integração da comunidade e o centro de saúde, até mesmo porque os profissionais que estavam lá não tinham este perfil de fazer trabalho comunitário.

Há ainda compreensões equivocadas referentes à participação da comunidade, a qual tem sido interpretada, por alguns profissionais, como uma ameaça à sua autoridade como mostra o depoimento a seguir:

“A gente só faz alguns encaminhamentos, não tem nada realmente articulado. A comunidade se envolve muito, a comunidade vai mandar dentro do posto, tem muito essa coisa assim. Quem tem que mandar é o pessoal que trabalha no posto.”

Percebemos a não participação da comunidade pela forma com que os centros de saúde se comunicam com a comunidade em relação aos serviços disponíveis. Há alguns centros em que as informações são passadas à comunidade via cartazes.

“Colocamos cartazes informando atividades de palestras e vacinas na escola e creche.”

Há centros de saúde que, propositalmente, não informam à comunidade seus serviços para não terem excesso de demanda.

“Não podemos divulgar muito nossos serviços oferecidos no centro de saúde devido a grande demanda que geralmente é maior que a oferta porque outros municípios procuram nossos serviços.”

Além de não haver participação plena da comunidade nas decisões em relação à saúde, percebemos que há profissionais que pouco ou nada entendem do que significa participação social. Esta é aqui entendida como o direito da comunidade, assegurado pela constituição, de participar no processo de desenvolvimento das políticas de saúde incluindo sua formulação teórica e o controle de sua execução. A comunidade pode participar deste processo de várias maneiras, incluindo representação nas conferências de saúde, nos conselhos municipais e pela mobilização da comunidade. Para isso, é preciso organização comunitária, na qual devem participar as instituições de saúde, incluindo os centros de saúde. Estes deveriam atuar na promoção da saúde, no entanto, os dados desta pesquisa mostram que a maioria das ações de saúde no CS II são curativas. A promoção da saúde

trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação... o desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais existentes... isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde... (Brasil, 1996).

Parece-nos que a maioria dos profissionais da saúde que atua nos CS II, não têm esta visão da participação comunitária nas decisões referentes à saúde e nem vêem esta como estratégia na promoção da saúde. As práticas de saúde no centros de saúde, incluídos na amostra deste estudo, estão sendo desenvolvidas da mesma maneira como vinham sendo antes da reforma sanitária. Os funcionários da saúde dos centros atende as pessoas da comunidade que chegam espontaneamente, para procurar tratamento para problemas patológicos. Os profissionais da saúde dos centros, na sua maioria, não são treinados para um serviço comunitário que deveria incluir um projeto para promover articulações entre as entidades representativas das comunidades e as instituições de saúde governamentais e não governamentais como forma de mobilizar a comunidade a discutir coletivamente sobre suas necessidades. Atualmente o levantamento das necessidades de saúde da comunidade são realizadas de forma individual pelos agentes de saúde que são executores de tarefas predeterminadas e os resultados destes levantamentos são desconhecidos pelos profissionais dos centros.

Em um dos três centros mencionados anteriormente, houve uma maior integração do centro com a comunidade pela atuação de docentes e discentes do curso de medicina da universidade, durante o período do estágio curricular. Os estudantes se envolveram na comunidade fazendo visitas a entidades de classe, escolas, APAE e lideranças comunitárias, procedendo levantamento das necessidades e atendendo os problemas prioritários. Esta atuação dos estudantes foi avaliada altamente positiva por uma de nossas entrevistadas,

... desta forma criou-se uma articulação maior com a comunidade. O que pude perceber é que as pessoas estão mais satisfeitas... houve maior credibilidade eles podiam contar com os profissionais a tarde inteira porque os alunos de medicina entram às 13h30min e saem às 19 horas.

Esta experiência dos estudantes mostra que de nada valem as políticas de saúde, mesmo regulamentadas, se não houver uma “equipe de frente” (executora) consciente, competente, com visão de trabalho comunitário e mais uma estrutura de material de apoio. Esta problemática foi também apontada numa entrevista: “os profissionais que trabalham

no Centro não têm envolvimento com a comunidade, preferem trabalhar dentro do Centro. É que na verdade, a gente vê uma desmotivação das pessoas pelo fator salarial."

3.4 Desenvolvimento de Habilidades Pessoais

A promoção da saúde consiste em um processo complexo que, entre outras atividades, inclui ajudar as pessoas a usarem seus recursos residuais para melhorar a qualidade de vida. A "alavanca" para o desenvolvimento destas habilidades é a educação no seu sentido amplo, incluindo a construção da cidadania.

Verificamos que numa policlínica de referência haviam onze programas de assistência estruturados, os quais incluíam educação para saúde a grupos específicos de pessoas com diabetes, hipertensão, osteoporose, epilepsia, ostomia, tuberculose, grupos de adolescentes, mulheres e outros. Esta iniciativa contribuía para o desenvolvimento de habilidades para melhor lidar com situações de saúde e doença. Estes programas, no entanto, estavam se tornando quase insustentáveis, devido a grande demanda, porque a maioria dos centros de saúde não ofereciam semelhantes serviços e deste modo, a população recorria aos serviços da policlínica.

Nos centros de saúde incluídos na amostra deste estudo, somente em dois deles as pessoas entrevistadas informaram desenvolver programas de educação para a saúde. Os demais centros se limitavam a passar informações, ou melhor, ditar normas do que devem ou não fazer em certas circunstâncias de doenças. Se todos os CS do município desenvolvessem programas de educação para a saúde, certamente diminuiria consideravelmente a demanda nos tratamentos de doenças. É desta maneira, os centros de saúde estariam respondendo ao seu objetivo primordial, ou seja, fazer prevenção de doenças, manutenção e promoção da saúde. Há profissionais atuando nos CS conscientes disso, como mostra o depoimento a seguir:

"...foram convidados jovens, crianças e adolescentes e foram tiradas dúvidas e cadastrados voluntários. Estamos pensando em fazer um trabalho mais amplo para ter uma educação continuada; porque não adianta só vir dar uma palestra e não haver continuidade. Com o envolvimento da comunidade, com um grupo de voluntários, o que vai acontecer é que com o tempo esses jovens vão se conscientizar de que para serem saudáveis não podem ser usuários de drogas; é todo um processo de reflexão e de interação com as famílias. E isso de uma certa forma tem reflexo no fluxo de pessoas doentes que aparecem no posto."

Mas, infelizmente, a maioria dos profissionais que atuam nos CS não pensam assim ou não têm semelhante

disposição. A queixa mais freqüente entre as pessoas entrevistadas era referente ao número insuficiente de capital humano. No entanto, constatamos em todas as unidades estudadas, discrepância entre a carga horária estabelecida no contrato de trabalho dos trabalhadores e a carga horária executada. A maioria foi contratada para trabalhar 40 horas semanais, no entanto, trabalham 30. Tratando-se dos profissionais liberais esta diferença é bem maior.

Outra queixa expressa pelos entrevistados se refere ao desinteresse da comunidade em participar de atividades educativas. Como mostra a fala descrita a seguir.

"Nós tentamos fazer alguma coisa com grupos de gestantes para orientação. Mas não deu certo porque a própria comunidade não buscava isso. A sala de espera da ginecologia tem bastante demanda e nenhuma gestante respondeu ao nosso convite."

Este fato é apenas uma amostra da desarticulação existente entre as diferentes especialidades do trabalho nos CS. No caso acima citado, o serviço de ginecologia e o de educação em saúde deveriam ocorrer de maneira integrada dentro de uma visão interdisciplinar.

A maioria dos usuários da saúde, no nosso meio, estão habituados, ou melhor, foram educados a procurar os CS para solucionar problemas de saúde de imediato; o que eles querem e precisam é resolver ou aliviar sua situação de hipertensão, de diabetes, infecção e outros. No entanto, desconhecem que a melhora destas, não depende somente de medicamentos. Para implementar programas de educação em saúde para usuários, necessita-se antes, rever criticamente o processo de ensino dos profissionais da saúde. O profissional geralmente atua como aplicador dos conhecimentos adquiridos na escola que na sua maioria, estão um tanto desconectados da realidade cotidiana. Procura-se remediar esta dicotomia pelas capacitações profissionais de curta duração, que não passam de repetições dos padrões escolares com atualização teórica sem se preocupar com a "construção de um elo de ligação" entre a teoria e o trabalho cotidiano.

Está intrínseco na condição humana a capacidade para criar, inovar, inventar soluções e, portanto, desenvolver habilidades para enfrentar problemas. Portanto, os trabalhos de saúde poderiam ser instrumentalizados a utilizar suas potencialidades.

Neste sentido, Merhy (1997), indica dois desafios a serem enfrentados: encontrar modos efetivos de realizar o trabalho em saúde e construir uma relação mais solidária entre os trabalhadores e usuários e os trabalhadores entre si. Merhy ainda sugere a construção de um vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, de modo a tornar o trabalhador de saúde comprometido com o cuidado cotidiano.

4 CONCLUSÕES

O processo de participação consiste do “pano de fundo” das ações de saúde associadas às cinco áreas de atuação apresentadas, anteriormente, neste texto tais como: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Os resultados desta pesquisa, no entanto, permitem afirmar que este “pano de fundo” não está sendo processado nos centros de saúde incluídos neste estudo. A falta de participação apareceu como fator desintegrante das ações de saúde mostrando um trabalho fragmentado, individualizado e diretivo. Participação implica em boa comunicação. Com relação à promoção da saúde, a comunicação deveria representar o elo de integração das cinco áreas de atuação.¹ A comunicação, por sua vez, consiste de elemento principal da educação em saúde e esta é, em essência, um instrumento de participação e um despertar para a cidadania. A educação em saúde tem muito a contribuir para produzir ações produtivas desde que envolva todos os profissionais que atuam nos centros de saúde e os usuários, desde que sirva de instrumento na construção de uma “ponte” entre os princípios teóricos do Sistema Único de Saúde e a prática social concreta nos centros de saúde. Pois o presente estudo mostra que os princípios de equidade, integralidade, controle e participação social ainda não se tornaram prática concreta nas atividades nos CS II estudados. As potencialidades do capital humano existente nos CS II não são devidamente aproveitadas na promoção da saúde, pois as ações de saúde parecem não ir além do modeloologista-curativo. Há necessidade de reorientação nos CS II, tanto na área da prática de saúde propriamente dita, como na área da administração e também nas estruturas físicas dos centros.

ABSTRAT: This research project had the intend to answer the question: What do the health centers do in relation to the community health promotion? The conceptual framework consisted of the health promotion conceptualization according to the Octawa Chart. The sample consisted of 16 health centers and two policlinics centers. The results showed that the health promotion activities on public politics, environment, community action and personal abilities are undertaken in the health institutions included in the sample.

KEY WORDS: Health promotion; Health centers; Health policy; Consumer participation.

REFERÊNCIAS

- 1 AMIM, Ângela. **Capital criança gestão 1997 a 2000**. Florianópolis: Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, 1997.
- 2 ASHTON, John. **La promoción de la salud: un nuevo concepto para una nueva sanidad**. Valencia: Conselho de Sanidade I., 1987.
- 3 BARROS Filho, Manuel Américo. **Capital criança gestão 1997 a 2000**. Florianópolis: Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social, 1997.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sandsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília: MEC, 1996.
- 6 FARIA, Eliana. **Comunicação na saúde fim da assimetria**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 7 MERHY, Emerson, E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, S. **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

Endereço do autor:
Av. Hercílio Luz, 881 - ap. 704
88020-000

1 Políticas públicas; ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.