

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Promoção da saúde e a reorientação dos serviços de
saúde no município de Fortaleza: a hipertensão
arterial como analisador**

Ana Mattos Brito de Almeida

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**Orientadora:
Profa. Titular Márcia Faria Westphal**

São Paulo

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Promoção da saúde e a reorientação dos serviços de
saúde no município de Fortaleza: a hipertensão
arterial como analisador**

Ana Mattos Brito de Almeida

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para Obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, no Curso de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, no Estado do Ceará, junto à Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará.

**Área de Concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**Orientadora:
Profa. Titular Márcia Faria Westphal**

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto em sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

*Ao Rodrigo,
Minha vida e fonte de inspiração
para me tornar a cada dia
uma pessoa melhor.*

*Aos meus pais,
Pelo meu amor, orgulho
e admiração.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que incentivam e apoiam minhas decisões e conquistas, estando presente em todos os momentos da minha vida e dos quais tenho profunda admiração pessoal e profissional.

A meu filho, que desde sua chegada, só trouxe alegria e orgulho.

Aos meus irmãos, Jorge e Marcio, que acompanharam essa trajetória e torcem sempre pelo meu sucesso.

Aos tios, primos e sobrinhos que estiveram comigo nessa longa jornada e que certamente contribuíram para a concretização e sucesso deste trabalho.

A todos os meus amigos, que felizmente são muitos, por todo apoio, vibração e carinho. Não me sinto no direito de citar nomes, pois, seria uma injustiça esquecer algum deles.

A Andrea e Oswaldo que sempre souberam compreender meus anseios, desejos, além de compartilhar conquistas e desafios.

A Luzia e demais colegas do IFAN que acompanharam minha trajetória com muito apoio e incentivo, possibilitando meu crescimento profissional e pessoal.

À Faculdade de Saúde Pública da USP que promoveu este doutorado interinstitucional e a todos os docentes que participaram do curso.

À professora. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, que com sua garra idealizou e concretizou a realização desse curso.

Às instituições parcerias – ESP-CE, UFC-CE e UECE que participaram e apoiaram com o curso.

À toda coordenação do curso, nas pessoas dos professores Eurivaldo, Péricles e Osmar, e ainda da Neila, Maria do Carmo, Margareth e Lívia que sempre estiveram ao nosso lado, organizando nossos encontros e atividades e apoiando nosso processo de amadurecimento.

À professora Dra. Márcia Westphal, que com sua competência profissional e militância na temática da promoção da saúde dedicou permanente atenção, apoio e estímulo na orientação deste trabalho e com quem tive o orgulho de trabalhar.

Aos colegas de curso com quem passei muitos momentos, aprendi, ensinei, compartilhei e cresci.

Aos membros da banca examinadora pela atenção dedicada a tese com suas análises, sugestões, críticas e comentários que enriqueceram o trabalho.

À toda população do estudo: gestores, gerentes e funcionários Centros de Saúde de Fortaleza, Corpo de Bombeiros, Associação de Hipertensos, usuários, sem os quais esse trabalho não poderia ter sido realizado.

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial - HA, doença crônica cujas taxas de morbidade atingem no Brasil aproximadamente 17 milhões de pessoas, é um dos principais fatores de risco para doenças do aparelho circulatório. Sua determinação multifatorial exige a adoção de estratégias de controle complexas, que deem conta dos fatores e condições de risco, o que remete a ações sobre estilo de vida e seus determinantes psicossociais, econômicos e ambientais. Nesse sentido, as práticas da Promoção da Saúde, fundadas em um conceito ampliado de saúde, colocam em pauta, juntamente com as ações de prevenção, a discussão sobre a qualidade de vida, relacionando-a às condições de vida e saúde da população. **Objetivo:** Identificar e analisar as práticas da Promoção de Saúde e sua utilização para reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza com foco no controle da Hipertensão Arterial. **Metodologia:** Estudo de caso, contendo em seu desenho três fases: identificação através de análise documental de políticas, planos e ações no nível nacional, estadual e do município de Fortaleza, além de entrevistas em profundidade com gestores ligados ao controle da HA; aplicação de questionários semiestruturados com coordenadores dos Centros de Saúde do município sobre as estratégias de Promoção da Saúde utilizadas no controle da HA; entrevistas em profundidade com enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde de algumas destas Unidades. **Resultados e discussão:** Apesar de o novo modelo ter modificado o padrão de atenção ao município, a visão biomédica centrada na clínica ainda predomina no atendimento dos Centros de Saúde. O controle dos fatores de risco está bastante relacionado a uma responsabilidade do usuário e as ações na maioria das vezes são pontuais, utilizando ainda a orientação prescritiva como maior ferramenta para mudança. A grande demanda por atendimento, assim como questões técnicas e políticas por parte da gestão, tornam esse processo de reorientação do serviço de saúde lento, porém desafiante. Alguns Centros de Saúde conseguem quebrar essa hegemonia biomédica e tendo uma visão mais abrangente de território. Realizam atividades em conjunto com a população e em prol de um fortalecimento da comunidade, fortalecendo o controle da HA, amenizando as desigualdades e iniquidades. Programas complementares, como NASF, Residências, Academia da Comunidade, Bombeiros, entre outros, provenientes de outras áreas do setor saúde ou de outros setores da administração municipal, têm contribuído para o desenvolvimento da iniciativa proposta pela Estratégia Saúde da Família. **Conclusão:** Apesar das inúmeras dificuldades encontradas foram observados alguns avanços em relação à mudança de paradigma na prestação de serviços de saúde no município de Fortaleza, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população estudada.

Descritores: Reorientação do Serviço de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension, a chronic disease with a morbidity rate in Brazil of circa 17 million people, is a leading risk factor for cardiovascular diseases. Its multifactorial determination requires the use of complex multifactor strategies of control, that could deal with the risk conditions and factors, which refers to actions on lifestyle and psychosocial, economic and environmental determinants. In this context, practices of health promotion, embracing a broader concept of health, discuss the quality of life and preventive actions, relating them with life and health conditions of the population. **Objectives:** Focusing the control of Hypertension, the aim of this thesis is to identify and analyze the health promotion practices and its use in the reorientation of health services in the city of Fortaleza, Brazil. **Methodology:** Case study, in three phases: identify, through documental analysis, policies, plans and actions for the national, state, local (Fortaleza city) hypertension control and in-depth interviews with managers and directors relates to hypertension control; collect data on health promotion strategies used in the hypertension control, through semi-structured questionnaires with Coordinators of City Health Centers; interviews with nurses, doctors and community health agents from some of these Health Care Centers. **Results and discussion:** Although the new model has modified the City Health Care standards, the biomedical view focusing the clinic still predominates in Health Control Centers. The risk factors control is closely related to individual responsibility and actions in most cases are isolated and not very creative, still using the prescriptive guidance as a major tool for change. The great demand for health care as well as technical issues and management policies make this process of reorienting the health service slow but challenging. Some Health Care Centers are able to break this biomedical hegemonic point-of view and, through a closer and more realistic approach to their environment, carry out community oriented activities, strengthening hypertension control and mitigating inequalities and inequities. Although not well-disseminated, complementary programs, such as NASF, Home Care, Community Gym and Firemen, among others, related to other areas of the health care or other areas of city administration have contributed to the development of the initiative proposed by the Family Health Strategy. **Conclusion:** Despite many difficulties there is a clear progress achieved in the paradigm shift concerning the provision of health services and improvement of life quality.

Keywords: Health Service, Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Promotion, Hypertension.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 O CAMPO DA SAÚDE	17
1.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	26
1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A HIPERTENSÃO ARTERIAL	36
2. REFERENCIAL TEÓRICO	39
2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE	39
2.1.1. Conceito e Prática da Promoção da Saúde	39
2.1.2. A Promoção da Saúde no Brasil	53
2.2. A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	59
2.2.1 A Promoção da Saúde e o Controle da Hipertensão Arterial	59
2.2.2 Estudos de Promoção da Saúde relacionados à Hipertensão Arterial	62
3. OBJETIVOS	82
4. METODOLOGIA	83
5. CENÁRIO DO ESTUDO	98
6. PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA SOBRE A PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	106
7. RESULTADOS	128
7.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE FORTALEZA	128
7.2. MODELO DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VISÃO DOS COORDENADORES DOS CENTROS DE SAÚDE	132
7.3. ATIVIDADES RELACIONADAS AO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE	174

7.4. ACOMPANHAMENTO E CADASTRO DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	197
8. BARREIRAS E FACILITADORES PARA PRÁTICA DO MODELO DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM BASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	201
8.1. VISÃO DOS COORDENADORES DOS CENTROS DE SAÚDE	201
8.2. VISÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS, PARCEIROS, PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR E ACS EM RELAÇÃO A PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE APLICADA AO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, NOSSO ANALISADOR	206
8.2.1. Histórico de atenção a saúde em Fortaleza ligada a postos de saúde tradicionais	208
8.2.2. Investimento em formação de pessoal: educação permanente e cursos	212
8.2.3. Intersetorialidade e parcerias no controle da hipertensão arterial	215
8.2.4. A prática da estratégia saúde da família	218
8.2.5. Financiamentos	238
8.2.6. Relação estabelecida entre Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Executiva Regional e os Centros de Saúde	239
8.2.7. Trabalho em equipe	242
9. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	252
10. REFERÊNCIAS	266
ANEXOS	
Anexo 1 - Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido	286
Anexo 2 – Questionário Centros de Saúde	288
Anexo 3 – Roteiros das entrevistas em profundidade	294
Anexo 4 – Análise estatística	302
CURRÍCULO LATTES	315

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figuras

Figura 01. Determinantes Sociais – Modelo de Dahlgren e Whitehead in: PELLEGRINI e BUSS, 2007	23
Figura 02. Modelo de Avaliação para Promoção da Saúde. – NUTBEAM (1998)	68
Figura 03. Avaliação dos Programas de Promoção da Saúde com seis etapas NUTBEAM (1998)	71
Figura 04. Mapa do Brasil por regiões com destaque para localização do Estado do Ceará e município de Fortaleza.	98
Figura 05. Secretarias Executivas Regionais (SER) no município de Fortaleza	99
Figura 06. Mapa da ACM das categorias de resposta- C1	146
Figura 07. Mapa da ACM das categorias de resposta – C2	156
Figura 08. Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 4 grupos (C3)	159
Figura 09. Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 4 grupos (C4)	164
Figura 10. Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 6 grupos (C5)	172
Figura 11. Mapa da ACM das categorias de resposta – C6	177
Figura 12. Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 5 grupos (C6)	178
Figura 13. Mapa da ACM das categorias de resposta – C7	195
Figura 14. Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 3 grupos (C7)	196

Quadros

Quadro 01. Concepções da saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde	42
Quadro 02. Número e percentual de artigos selecionados nas bases de dados e classificados de acordo com Modelo de Avaliação de Nutbeam, 1998	71
Quadro 03. Número e percentual de artigos classificados de acordo as fases da avaliação operacional dos Programas de Promoção da Saúde propostas por Nutbeam (1998)	73
Quadro 04. Descrição da seleção dos Centros de Saúde que participaram da Fase 3 da metodologia deste estudo.	92
Quadro 05. Descrição dos sujeitos entrevistados no estudo de acordo com sua nomeação na ocasião da apresentação dos discursos	93
Quadro 06. Sistematização metodológica das três fases utilizadas no decorrer da pesquisa.	95

Quadro 07. Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF	103
Quadro 08. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C1 do questionário referente às atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas.	145
Quadro 09. Planilha de Classificação dos Centros de Saúde da Secretaria Executiva Regional - SER I de acordo com as atividades relacionadas a prática da promoção da saúde voltada para uma visão socioambiental, realizada a partir de análise subjetiva.	148
Quadro 10. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C2 do questionário referente às atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.	154
Quadro 11. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C3 do questionário referente às atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais.	158
Quadro 12. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C4 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.	165
Quadro 13. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C5 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população,	170
Quadro 14. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C6 do questionário referente às parcerias estabelecidas pelo Centros de Saúde, seja de forma geral quanto voltada para o programa da HA e as ações voltadas para o diagnóstico da HA na população.	180
Quadro 15. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C7 do questionário referente às atividades associadas aos fatores de risco da hipertensão arterial.	193
Quadro 16. Lista das categorias e sub-categorias encontradas a partir da análise das entrevistas realizadas.	207
Tabelas	
Tabela 01. Total de artigos encontrados versus total de artigos selecionados por base de dados	64
Tabela 02. Relação de artigos selecionados por base de dados em relação aos campos de ação da Promoção da Saúde segundo Conferencia de Ottawa	79
Tabela 03. Regiões Administrativas de Fortaleza. Dados Demográficos, 2003	100

Tabela 04. Distribuição dos Centros de Saúde pesquisados, por Secretaria Executiva Regional de Saúde do município de Fortaleza, 2008/2009.	128
Tabela 05. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C2 do questionário referente às atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas.	152
Tabela 06. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C2 do questionário referente às atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.	155
Tabela 07. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C3 do questionário referente às atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais	160
Tabela 08. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C4 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade que objetivam a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.	167
Tabela 09. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C5 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população.	173
Tabela 10. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C6 do questionário referente às parcerias estabelecidas pelo Centros de Saúde, seja de forma geral quanto voltada para o programa da HA e as ações voltadas para o diagnóstico da HA na população.	176
Tabela 11. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C7 do questionário referente às atividades associadas aos fatores de risco da hipertensão arterial.	194
Tabela 12. Percentual de dados não preenchidos no Consolidado Mensal de Atendimento ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial, nos meses de janeiro a março de 2009, SMS, Fortaleza, 2009.	199
Tabela 13. Dados de HA/DM cadastrados e atendidos segundo banco de dados oficiais, durante os meses de janeiro a março de 2009. Fortaleza, 2010.	200
Tabela 14. Descrição dos facilitadores na visão dos coordenadores dos Centros de Saúde pesquisados, segundo respostas válidas, Fortaleza, 2008/2009	202

Tabela 15. Descrição das barreiras na visão dos coordenadores dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza. 2008/2009.	204
---	-----

Gráficos

Gráfico 01. Tempo do Coordenador no Cargo Atual, no Centro de Saúde e na Regional do município de Fortaleza, 2008/2009	131
--	-----

Gráfico 02. Tipo de cargo de chefia já exercido pelos coordenadores dos Centros de Saúde, Fortaleza, 2008/2009	132
--	-----

Gráfico 03. Idade dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009.	133
---	-----

Gráfico 04. Tempo dos Centros de Saúde como PSF/ESF Fortaleza, 2008/2009.	133
---	-----

Gráfico 05. Modalidade de Assistência dos Centros de Saúde pesquisados Fortaleza, 2008/2009.	134
--	-----

Gráfico 06. Percentual de Equipes do PSF completas nos Centros de Saúde, Fortaleza, 2008/2009	135
---	-----

Gráfico 07. Profissionais ausentes nas Equipes de Saúde da Família nos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	135
---	-----

Gráfico 08. Descrição dos programas e/ou projetos do Sistema Municipal Saúde Escola nos Centros de Saúde segundo tipo de participação no questionário, Fortaleza, 2008/2009	136
---	-----

Gráfico 09. Frequência de Atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas no PSF, Fortaleza, 2008/2009	139
---	-----

Gráfico 10. Frequência de visitas domiciliares na ESF, Fortaleza, 2008/2009	140
---	-----

Gráfico 11. Frequência das atividades de grupo e identificação e análise de dados que objetivam prevenir tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas no PSF, Fortaleza, 2008/2009	142
---	-----

Gráfico 12. Proporção de Grupos realizados nos Centros de Saúde pesquisados, por temática, Fortaleza, 2008/2009	143
---	-----

Gráfico 13. Frequência de atividades que objetivam a mudança de comportamento de membros da comunidade para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis na ESF, Fortaleza, 2008/2009	153
---	-----

Gráfico 14. Proporção de Grupos de Autoajuda realizado nos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	157
---	-----

Gráfico 15. Frequência de atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhoria da qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resoluções e problemas locais nos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	162
---	-----

Gráfico 16a. Frequência de atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população na ESF, Fortaleza, 2008/2009.	168
Gráfico 16b. Frequência de atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população na ESF, Fortaleza, 2008/2009	169
Gráfico 17. Parcerias estabelecidas dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	175
Gráfico 18. Atividades realizadas pelos Centros de Saúde pesquisados para fazer diagnóstico de hipertensão arterial na população adstrita, Fortaleza, 2008/2009.	181
Gráfico 19. Orientações repassadas a equipe da ESF para o trabalho com o Programa de HA nos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	183
Gráfico 20. Capacitação oferecida nos últimos dois anos aos integrantes da equipe Saúde da Família dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	184
Gráfico 21. Tipo de capacitação oferecida aos integrantes da ESF dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	185
Gráfico 22. Concepção da Promoção da Saúde para os Coordenadores dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	186
Gráfico 23. Envolvimento dos integrantes da ESF nas atividades de Promoção da Saúde ligada ao Programa de HA dos Centros de Saúde pesquisados, segundo seus coordenadores Fortaleza, 2008/2009	189
Gráfico 24. Frequência de atividades realizadas nos últimos dois anos relacionadas aos fatores de risco associados ao controle da HA nos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza, 2008/2009	190
Gráfico 25. Tipo de atividade relacionada aos fatores de risco associados ao controle da HA nos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza,2008/2009	192

SIGLAS UTILIZADAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACM – Análise de Correspondência Múltipla

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ADHFOR – Associação Diabetes e Hipertensão de Fortaleza

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEVEPI – Célula de Vigilância Epidemiológica

CGDant – Coordenadoria Geral de Doenças Não Transmissíveis

CIDH – Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão

CNDSS – Comitê Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CNES – Cadastro Nacional Equipes de Saúde

CS – Centro de Saúde

CTACS – Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

DNT – Doenças Não Transmissíveis

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

HA – Hipertensão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PS – Promoção da Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PET- Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SER – Secretaria Regional de Saúde

SESA – Secretaria Estadual da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SMSE – Sistema Municipal Saúde Escola

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

1. INTRODUÇÃO

1.1 O CAMPO DA SAÚDE

O conceito da saúde acompanha o homem desde sua criação, estando ligado às concepções de mundo e sendo foco de discussões em vários níveis. O conceito de saúde se insere então num processo de evolução e transição histórica, científica e política.

No período greco-romano, os médicos eram também filósofos e, portanto, estavam interessados, além dos problemas de saúde, em entender as relações entre o homem e a natureza, nesse sentido, sustentado pelo raciocínio filosófico, em observações e respondendo a questões como as necessidades práticas, atribuíram saúde e doença à natureza. Nesse sentido, a falta de saúde teria origem na desarmonia entre homem e ambiente. Cuidado com nutrição e atividade física já eram mencionados. (ROSEN, 1994; WESTPHAL, 2006)

A concepção de saúde passa então para uma fase na qual a mística e a religião cristã eram evidenciadas e pessoas com problemas de saúde recorriam à oração e feitiçarias.

Em seguida, o ambiente passa a ser considerado nesse processo, através da teoria dos miasmas. No século XIX com o crescimento das cidades associado à revolução industrial, o campo da saúde assume um papel importante. Como descreve ANDRADE, 2006 *“intelectuais e lideranças políticas européias passaram a fazer as primeiras relações sistemáticas entre a situação saúde/doença da sua população e as condições de alimentação, trabalho, de habitação e sanitárias, bem como perceber qual deveria ser o papel do Estado sobre estes determinantes”* (p. 37)

Neste cenário, nomes como os de Virchow e Chadwick tiveram importante contribuição para o surgimento do movimento da medicina social, na medida em que suas pesquisas mostraram a ligação entre a medicina, problemas sociais e condições econômicas. (ROSEN, 1994; ANDRADE, 2006)

Ainda no século XIX, John Snow, considerado pai da epidemiologia, durante uma epidemia de cólera em Londres descreve uma associação causal entre a doença e a água contaminada. Além de descobrir o mecanismo de transmissão do cólera Snow integrou expressões do social em seu raciocínio epidemiológico, conforme descreve ROUQUAYROL (1994),

... Snow busca precisar a rede de processos que determinam a distribuição da doença nas condições concretas de vida da cidade londrina. A leitura restrita sobre o trabalho de Snow fixa a atenção nos achados a respeito dos mecanismos de transmissão em detrimento do significado do olhar do autor sobre o cotidiano, os hábitos e modos de vida, os processos de trabalho e a natureza das políticas públicas. (p.7)

A partir das descobertas dos microorganismos causadores da tuberculose e outras doenças, por Kock e Pasteur, desenvolve-se a teoria da unicausalidade, que entende que as doenças são causadas por microorganismos, que deveriam ser eliminados por medicamentos. Durante muitos anos e até hoje, esta tem sido hegemonicamente a teoria que tem orientado as ações relacionadas ao ensino dos profissionais de saúde e a motivação das práticas hospitalocêntricas de tratamento de doenças. Entretanto, para alguns profissionais essa teoria não parecia suficiente para explicar o processo saúde–doença, porque algumas pessoas eram infectadas pelos microorganismos agentes de doença e não desenvolviam a doença.

Aos poucos ressurgem os defensores da Teoria Multicausal, que explica a doença através de uma ampla determinação. Muitos estudos e conhecimentos foram sendo acumulados nesse sentido e a determinação do processo saúde-doença voltou a ser discutida sendo ampliada do seu sentido anterior ao descobrimento dos microorganismos. Vários defensores, inicialmente, compreendiam o processo saúde e doença como um processo causal onde fatores sociais, econômicos e físicos estão interligados. Para os que acreditavam nesta visão ampliada do processo saúde-doença o ambiente assumia uma dimensão ampliada, sendo considerado como físico e social. (ALMEIDA org., 1998)

A questão da saúde tem sido um componente importante, seja por sua própria natureza e razão de ser, como fator e componente do bem estar e qualidade de vida,

seja pelo reconhecimento de sua relação e dependência do processo de desenvolvimento econômico e social, o que vem sendo sintetizado como a produção social da saúde e ou da doença. Segundo ALMEIDA org. (1998),

... o importante é saber e reconhecer essa abrangência e complexidade causal: saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causa aleatória – não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí, se dizer que há uma “produção social da saúde e/ou doença. (p.12)

Deste modo, este processo vem modificando o referencial no campo da saúde, seja em relação a seus determinantes e abrangência, seja nas condições de morbimortalidade e nos modelos e práticas de atenção.

Assim, pode-se concluir que no início do século XX o enfoque da saúde era predominante biológico e a prática se dava basicamente no tratamento das doenças infecciosas. Em seguida, ressurge e se amplia uma abordagem anterior ao descobrimento dos microorganismos, de caráter multifatorial na sua determinação, com base em diferentes modelos que organizam de forma diferenciada o seu entendimento do processo saúde–doença, mas que tem em comum uma preocupação com fatores causais outros que não somente os biológicos, incluindo nestes aspectos psicobiológicos, sociais, econômicos, culturais, educacionais e outros. Nesse sentido,

... o conceito de campo de saúde tem uma estrutura abrangente que permite uma ampla análise psico-sócio-biológica do binômio saúde-doença e que força a investigação por igual de estilo de vida, elementos ambientais e biológicos, assim como fatores da organização de serviços de saúde. O modelo também é ideal para a elaboração de medidas preventivas. (DEVER, 1988, p.5)

Atualmente, os avanços e descobertas da genética têm suscitado novas discussões acerca da determinação de doenças e/ou agravos à saúde. Por fim, vale ressaltar que nesse processo todos os momentos foram importantes e contribuíram de forma decisiva para a construção do conceito atual, e que esse processo está se reconstruindo à medida que a sociedade se transforma.

Assim, pode-se perceber que nos últimos anos a discussão sobre conceito de Saúde vem abrindo espaço para aspectos ambientais e psicológicos, os determinantes socioeconômicos, que procuram fortalecer e desenvolver também o potencial dos indivíduos e comunidades. Características culturais, sociais e as relações individuais, familiares e comunitárias também fazem parte da discussão da saúde.

No quadro de morbimortalidade ocorreu o que é considerado como transição epidemiológica, com acentuado controle das doenças infecciosas e a ocorrência de novos agravos com a predominância de doenças crônico-degenerativas, de causas externas, obesidade, saúde mental, drogadição, entre outros.

Nos modelos e práticas de atenção à saúde, as mudanças implicam numa prática de atenção mais abrangente e integral, induzindo e estimulando práticas de atenção que incluem ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Novos modelos de atenção à saúde foram se desenvolvendo e o caráter preventivo passou a assumir um papel importante para a saúde.

Diante desse novo processo, a visão de saúde passou de mera ausência de doença para a noção de bem estar físico e mental, conceito mais amplo incluindo uma adequação de vida social. Modifica-se a prática sanitária, passando de essencialmente curativa para a de vigilância à saúde. (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

Estes movimentos e processos estão sendo alimentados em vários países através de conferências e/ou reuniões realizadas pela Organização Mundial da Saúde e suas representações regionais: Ministérios da Saúde, bem como encontros e eventos organizados por ONGs e Organizações Sociais. Em todas essas reuniões e conferências vem se destacando a preocupação com as políticas de saúde e também com questões relacionadas com a promoção da saúde, que vem ampliando os conceitos de desenvolvimento e campo de atuação da saúde pública e sua relação com a qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a determinação social da saúde assume um papel importante para o entendimento e organização de diretrizes, ações e programas para indivíduos e coletividades, ou seja, a ampliação do conceito da saúde amplia também as áreas de estudo e de práticas da atenção à saúde.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) compreendem as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população e estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a OMS os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (PELLEGRINI e BUSS, 2007)

Segundo a OMS (2005) os determinantes sociais da saúde “*refletem a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do status, do poder e do acesso aos recursos*”, e ao lado da equidade, representam um dos focos da Promoção da Saúde desde a Carta de Ottawa de 1986.

Os determinantes sociais da saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde. Os determinantes sociais da saúde que merecem a atenção são aqueles que podem ser potencialmente alterados. (SOLAR e IRWIN, 2005)

As desigualdades socioeconômicas na saúde podem ser parcialmente explicadas pelo efeito inverso da saúde sobre a posição sócio-econômica, como, por exemplo, quando alguém passa por uma queda de renda por causa de uma deficiência física causada pelo trabalho. As pessoas que estão em pior estado de saúde se movem mais frequentemente para baixo que para cima da escala social, quando comparadas às pessoas saudáveis. Isso significa que o sistema de saúde pode ser visto em si como um determinante social de saúde. Este fato ocorre independente do papel central que o setor de saúde tem na promoção e na coordenação das políticas sobre os determinantes sociais da saúde (SOLAR e IRWIN, 2005).

O conceito de determinantes sociais da saúde se destaca a partir de uma série de publicações dos anos 1970 e no início dos anos 1980, que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. As críticas afirmavam que para compreender e melhorar a saúde é necessário focalizar as populações, com pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades as quais esses indivíduos pertencem.

Buscando valorizar a ação sobre os determinantes sociais da saúde, foi criada em 2005 no Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com representação de diversos setores da sociedade. A CNDSS deve promover intervenções nesses diversos níveis, tendo como objetivo central a

promoção da equidade em saúde e articulando suas diversas linhas de ação em torno desse objetivo comum. Para isso, a Comissão conta com diversos elementos facilitadores, entre eles a pluralidade e diversidade de seus membros, o que facilita a necessária mobilização de diversos setores da sociedade. (CNDSS, 2005)

O conceito da equidade na saúde fundamenta o modelo conceitual dessa Comissão. Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades, já que algumas desigualdades como, por exemplo, a disparidade entre a expectativa de vida de homens e mulheres - não podem ser descritas razoavelmente como injustas, e algumas não são nem evitáveis e nem remediáveis. Portanto, a iniquidade na saúde pode ser definida como uma categoria moral profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder. (SOLAR E IRWIN, 2005)

A comissão concentrou sua atenção nos determinantes sociais de saúde como causas maiores de *iniquidades na saúde*, e que as políticas públicas devem ter um impacto substancial sobre a equidade na saúde.

Assim, o relatório final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde intitulado “*As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*” de 2008, apresenta análises da situação atual, assim como recomendações voltadas para a problemática das iniquidades em saúde nas áreas urbanas, com vistas a intervenções sobre os DSS que possam contribuir para a superação destes problemas.

Em relação às políticas e programas existentes o relatório recomenda:

- 1) ampliar o patamar de investimento das ações estudadas; 2) promover a racionalização dos investimentos, concentrando-os nas ações que apresentaram maior consistência ao longo do tempo; 3) promover a articulação dessas ações e integrar os vários órgãos federais envolvidos na execução de programas e ações, inclusive o Ministério da Saúde, em uma agenda comum pautada pelos determinantes sociais da saúde. (CNDSS, 2008, pag. 27)

O relatório indica que as intervenções sobre os DSS com o objetivo de promover a equidade devem incorporar três pilares básicos: a intersetorialidade, a participação social e as evidências científicas. Ações como promoção da saúde na infância e adolescência, o fortalecimento das redes de municípios saudáveis, e ainda,

as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis devem ser experimentadas e avaliadas.

Alguns modelos foram desenvolvidos ao longo dos anos buscando demonstrar como os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, localizando pontos estratégicos para ações e políticas dos quais destacaremos dois modelos.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (figura 1) explica que as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis e condições de vida, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas nacionais. (PELLEGRINI e BUSS, 2007; CNDSS, 2008)



Figura 1. Determinantes Sociais – Modelo de Dahlgren e Whitehead in: PELLEGRINI e BUSS, 2007

Outro modelo descrito por PELLEGRINI e BUSS (2007) é o de Diderichsen e Hallqvist de 1998 adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead que enfatiza a criação da estratificação social pelo contexto social, que atribui aos indivíduos posições sociais distintas. A posição social das pessoas determina suas oportunidades de saúde.

Segundo o documento da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2008),

Um modelo inclusivo para os determinantes sociais de saúde deve alcançar os seguintes objetivos: (a) esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram iniquidades de saúde; (b) demonstrar como os principais determinantes estão relacionados uns aos outros; (c) fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde; e (d) mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. (p.15)

Os determinantes sociais da saúde podem, também, ser explicados a partir estruturação do espaço urbano e as condições de reprodução da vida (biológica, ecológica, econômica e cultural) e definem, em última análise, o padrão e o perfil epidemiológico da população. (PAIM, 2004)

Nesse sentido, as importantes diferenças de mortalidade encontradas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, uma vez que se controlarmos fatores individuais, como fumo, dieta, entre outros, as diferenças entre estratos sociais permanecem inalteradas. (PELLEGRINI e BUSS, 2007)

Segundo PELLEGRINI e BUSS (2007), a atual geração está dedicada a estudar os mecanismos de produção das iniquidades, tendo como desafio estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores da natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas.

Nesse sentido algumas abordagens são identificadas no estudo desses mecanismos para entender como os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira privilegia aspectos “físico-materiais” na produção da saúde-doença, ou seja, as diferenças de renda influenciam a saúde, seja pela escassez de recursos, seja pela ausência de investimentos de infra-estrutura comunitária, ambas decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Uma segunda abordagem privilegia “fatores psicossociais” nas quais as relações entre percepções e desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situações de saúde, provocam em sociedades desiguais estresse e prejuízos à saúde. Outros enfoques são os “ecossociais” que buscam integrar abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica. Por fim, os enfoques denominados como

“capital social” que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos entre indivíduos e grupos. (PELLEGRINI e BUSS, 2007).

Corroboramos com a idéia de que as iniquidades em saúde são estabelecidas a partir dos enfoques relacionados ao capital social e que a busca pela coesão social é o caminho para combater as iniquidades em saúde.

Assim, estratégias e ações que visem apenas mudanças nos hábitos de vida das pessoas, do nosso ponto de vista, não serão suficientes para alterar o quadro de desigualdade existente. Estratégias coletivas de Vigilância e Promoção da Saúde, políticas públicas intersetoriais também têm que ser pensadas para ajudar a diminuir as desigualdades sociais, fortalecendo as relações estabelecidas e assim alterando as condições e modos de vida de indivíduos e grupos. Entretanto, vivemos uma tensão paradigmática em todos estes momentos da história da saúde, inclusive neste período. Ao mesmo tempo em que se priorizam a ação sobre os determinantes sociais, culturais e econômicas do processo saúde e doença, altas tecnologias são colocadas à disposição do estrato mais favorecido da população, deificando o biológico e a tecnologia para a obtenção da saúde.

Assim, o desafio que este trabalho se propõe a enfrentar é discutir a proposta de reorientação dos serviços de saúde na perspectiva do território, conforme entendimento de SANTOS (2004), de acordo com o novo Pacto Pela Saúde especialmente direcionado pelo Pacto Pela Vida que inclui o fortalecimento da atenção básica e a Promoção da Saúde é o desafio deste trabalho. O analisador será a questão da hipertensão arterial conforme está sendo abordada no município de Fortaleza, onde está em curso um processo de reorientação dos serviços de saúde.

A seguir, apresentaremos a definição do problema da hipertensão arterial no Brasil e em Fortaleza, indicando aspectos que serão pesquisados.

1.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Conforme já referido anteriormente no capítulo do campo da saúde, a sociedade humana vem se tornando progressivamente mais complexa, a partir de uma série de mudanças ocorridas ao longo do tempo, em termos demográficos, técnico-científicos, culturais, econômicos, sociais e políticos, com significativos impactos nas condições de saúde e qualidade de vida.

Neste processo, há um grande paradoxo, dado que apesar dos avanços e disponibilidade de conhecimentos, técnicas e métodos que permitem potencializar a grande melhoria destas condições, uma parcela da população mundial vive à margem destes benefícios, mantendo ou mesmo agravando seus deficientes e insatisfatórios padrões de vida, vivendo ainda em condições bastante adversas.

Assim, a questão da saúde passa do campo técnico e se insere no campo das políticas, envolvendo modelo econômico, relações sociais, organização político-jurídica e político-institucional, entre outras referências básicas. Esta visão ampliada da questão da saúde implica na abordagem da ação do Estado, das políticas públicas e da relação estado, governo e sociedade para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Neste contexto, há demandas de movimentos sociais e políticos buscando direcionar este processo potencializando a inclusão social, com melhoria das condições de saúde e qualidade de vida, sentido este reconhecido, proposto e reafirmado por organismos, encontros e compromissos internacionais, nos quais há alguns eixos centrais, com destaque para a descentralização, com reforço do poder local e a participação social.

Dentro desse quadro sócio político global, mudanças importantes marcaram o Brasil ao longo do século XX, transformando o quadro sóciodemográfico, aumentando a desigualdade e exclusão social, promovendo o êxodo rural, e transformando drasticamente a condição e hábitos de vida da população. Esse novo quadro alterou também as condições de saúde das pessoas e o perfil epidemiológico

do país em que as doenças infecciosas dão lugar às doenças e agravos não transmissíveis (DANT). (ALMEIDA, 1998; IBGE, 2000; WESTPHAL e MENDES, 2004)

De 1930 a 2006, houve um declínio das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, de 46 para 5% e as DANT em 2003 eram responsáveis por 2/3 da totalidade das causas de mortes conhecidas passando de 12 para 31%, sendo que as outras causas mantiveram seus percentuais estáveis. (SILVA JR e col., 2003)

A participação das doenças cardiovasculares no quadro epidemiológico de mortalidade é grande, tornando esta causa de morte a mais importante, representando desde o final da década de 70, cerca de ¼ dos óbitos ocorridos no país. (MELLO e GOTLIEB, 2000).

Em 2008, no cenário das causas de óbitos no Brasil, as doenças cardiovasculares, mortes violentas e neoplasias eram responsáveis por 61,3% do total de óbitos. A importância das causas também se alteraram pouco, continuando na frente as doenças do aparelho circulatório (31% dos óbitos), seguida pelas mortes por causas externas (13,5% dos óbitos) e em terceiro lugar as neoplasias (16,8% dos óbitos). (DATASUS, 2008a)

Idêntico ao panorama nacional, Fortaleza vem apresentando um razoável decréscimo dos óbitos por doenças infecciosas e ascensão contínua dos agravos e doenças crônicas não transmissíveis, exigindo informações atualizadas e ações de acompanhamento em todos os níveis. Em 2008, as mortes por doenças do aparelho circulatório representaram 26,5% do total de óbitos, destacando-se, logo em seguida, as neoplasias malignas com 18% e as causas externas com 14,5%, dentre as quais se sobressaem os homicídios e os acidentes de trânsito. (FORTALEZA, 2010)

A importância se refere também à morbidade. Segundo dados dos capítulos da CID 10 para o Brasil, tendo como base o ano de 2003, verifica-se que o percentual de internações por doenças do aparelho circulatório é de 10,40% do total com taxa de 6,85/1000 habitantes. (BRASIL, 2003)

Em 2008, este percentual se manteve em 10,2% mas, ao analisarmos índices de internações por faixa etária, percebemos que as porcentagens de internações por doenças do aparelho circulatório são bastante significativas nas faixas etárias de 50 a

64 e maiores de 65 anos, com 25 e 27,7%, respectivamente. (DATASUS, 2008c; FORTALEZA, 2008)

No Brasil as doenças do aparelho circulatório (CID-10) foram a terceira causa de internação em 2008 – com 1.111.089 internações, sendo insuficiência cardíaca, outras doenças isquêmicas do coração e a hipertensão essencial (primária) os principais motivos, ficando atrás apenas de gravidez, parto e puerpério com 2.351.879 (21,17%) e doenças do aparelho respiratório, 1.387.889 (12,5%). Contudo, em relação aos gastos, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 19,64% (R\$1.627.311.414,94) do valor total pago, seguido por gastos com gravidez, parto e puerpério (R\$1.160.529.641,02 – 14%) e doenças do aparelho respiratório (R\$ 946.908,59 – 11,43%).

Já no município de Fortaleza, segundo os dados do DATASUS (2008b), as internações por local de residência estão em quarto lugar em causa de internação com 12.767 (8,76%). Em primeiro lugar estão gravidez, parto e puerpério – 31.872 (21,87%), seguido por doenças do aparelho respiratório (15.778 – 10,83%) e doenças parasitárias e infecciosas (13.756 – 9,44%). Em relação ao valor pago, as doenças do aparelho circulatório assumem, assim como no cenário nacional o primeiro lugar em gastos – R\$ 22.525.013,59 (18,13%), e os gastos com gravidez somam R\$17.160.280,10 (13,82%). (DATASUS, 2008b)

Com isso, podemos considerar que as taxas de morbidade também são altas e que, mesmo com os avanços na área da saúde, os indicadores continuam assumindo uma parcela importante do quadro de internações e conseqüentemente nos recursos gastos com esses agravos.

A epidemiologia das doenças não transmissíveis está diretamente ligada às condições e estilos de vida. Determinantes e fatores de risco associadas ao surgimento dos agravos são o sedentarismo, alimentação inadequada, consumo de álcool e outras drogas, o alto nível de estresse da maioria de nossa população, isto tudo mediado pelas condições econômico-sociais dos indivíduos, famílias e comunidades.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado forte relação entre fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis, relacionados aos estilos de vida (tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, estresse) e seus determinantes

sociais, relacionados às condições de vida. Complementam ainda, que a reversão desses fatores e condições de risco pode implicar na redução da morbidade e mortalidade por esses agravos, ou seja, ações efetivas de promoção da saúde são importantes estratégias para a redução desses indicadores.

Estudos relacionados aos custos indiretos dos agravos não transmissíveis, tais como perda da qualidade de vida para indivíduo, família e anos de vida produtivos, podem ainda ter grande impacto econômico. (WESTPHAL et al., 2004)

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), estudos encontrados sobre a prevalência da Hipertensão (HA)¹ demonstraram que no Brasil ela é alta, entre 20 e 30% da população, crescendo consideravelmente se analisados dados de pessoas acima de 60 anos. (LESSA, 2001). Existem no Brasil aproximadamente 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Os números estão crescendo assim como o aparecimento cada vez mais precoce, atingindo crianças e adolescentes, estimando-se que 4% desse grupo populacional também sejam portadoras.

Existe ainda uma correlação entre baixa escolaridade e taxas altas de prevalência o que reforça a importância de se considerar a determinação social da doença (PICCINI e VICTORA, 1994; MIRANZI e FERREIRA et al., 2008). Os estudos realizados por MARTINS (1997) e CORDEIRO (1998) demonstraram que nos dois eixos sócio econômicos, existem os maiores percentuais de prevalência e que condições socioeconômicas interferem diretamente nesses indicadores.

Dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, desenvolvido por equipe do INCA/MS, em amostra da população de algumas capitais brasileiras, no período de 2002-2003, apontam que a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. No município de Fortaleza a prevalência da HA, segundo o sexo é de 23,3% para o sexo masculino e 28,4% para o sexo feminino, atingindo um total 26,3% da população. Em relação à distribuição da prevalência por faixa etária temos que a prevalência é de 14% para pessoas de 25 a 39 anos; 30,8% para a faixa etária

¹ A partir de agora nos referiremos no texto à hipertensão utilizando a sigla HA.

de 40 a 59 anos e 46,7% para aqueles acima de 60 anos. O nível de escolaridade também pode ser demonstrado, com 31,2% para aqueles com ensino fundamental incompleto contra 22,1% para os que completaram o ensino fundamental. (BRASIL, 2003)

Este inquérito domiciliar descreve também alguns dados importantes relacionados a fatores de risco relativos a algumas doenças não transmissíveis.

Em relação ao tabagismo, o percentual de fumantes em Fortaleza no período de 2002-2003 foi de 18,4%, sendo 23,9% para o sexo masculino e 14,2% para o feminino, apresentando a maior prevalência da região nordeste. Outra variável de grande importância refere-se ao fato de que a maior frequência de fumantes em Fortaleza foi detectada entre as pessoas com baixa escolaridade – ensino fundamental incompleto - (25%) ao se comparar com o percentual da categoria de maior escolaridade – fundamental completo ou mais - (13,7%).

Quanto à alimentação, o consumo (cinco vezes ou mais na semana) de frutas ou legumes ou verduras na população ≥ 15 anos em Fortaleza foi igual a 58,6% para os homens e 63,1% para as mulheres. Quanto à faixa etária, o consumo de frutas ou legumes ou verduras foi maior no grupo de 50 anos e mais (65,9%), ficando o menor percentual com o grupo de 15 a 24 anos (59,4%).

Segundo resultados referentes à atividade física, não foi observado padrão característico no percentual de indivíduos insuficientemente ativos, entretanto observa-se que, em Fortaleza no referido período, os homens apresentaram um maior índice de atividade, o que corrobora o resultado de 36,2% quanto ao índice de inatividade entre os homens e de 46,8% entre as mulheres. Quanto à faixa etária, foi maior a proporção de indivíduos insuficientemente ativos (sedentários + irregularmente ativos) entre as pessoas de 50 a 69 anos de idade (50,0%) quando comparados aos da faixa de 25 a 49 anos (43,1%) ou do grupo jovem de 15 a 24 anos (38,9%).

Analisando-se o consumo de álcool em Fortaleza no período de 2002 a 2003, constatou-se que o consumo de álcool por homens (61,3%) foi duas vezes maior do que entre as mulheres (33,5%). Quanto à faixa etária, o grupo de 25-49 anos foi o que apresentou o maior percentual (53,0%), seguindo-se o grupo de 15-24 anos, com

43,5%, enquanto o de menor consumo ficou entre as pessoas de 50 e + anos (30,3%).

Para FUCHS (2001), a elevada prevalência da HA e seu potencial para controle, fazem com que a HA seja o fator de risco modificável mais importante para doenças cardiovasculares. Desse modo, podemos reforçar a relevância de pesquisar as ações de saúde que estão sendo realizadas e o quanto elas podem auxiliar na diminuição desses indicadores, melhorando a qualidade de vida de indivíduos e grupos.

Segundo CAR (1998), existe necessidade de implantação de ações programáticas para o controle da HA, tendo em vista que o custo direto anual dos hipertensos já detectados é estimado em cerca de 12 milhões de dólares em consultas, internações hospitalares, atendimentos de emergência, auxílio doenças, aposentadorias e medicações.

Ao mesmo tempo, existe a transição demográfica que auxilia na mudança do perfil da população. Em relação à pirâmide populacional se observa um aumento da expectativa de vida e uma população acima de 65 anos aumentada em 45,9% de 1989 a 2000. (SILVA Jr, 2006)

De acordo com Minayo, citada por SILVA Jr. (2006) nas últimas décadas as transformações dos padrões de morbimortalidades no Brasil estiveram relacionadas à redução da mortalidade precoce, principalmente aquelas ligadas às doenças infecciosas e parasitárias; aumento da expectativa de vida ao nascer, o que aumentou também a população idosa e processo acelerado de urbanização e mudanças socioculturais, relacionadas ao aumento de acidentes e violências.

Segundo MALTA (2006), as DANT são de etiologia multifatorial e compartilham diversos fatores de risco modificáveis como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, entre outros. Esse contexto, portanto, justificaria a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças ligadas aos fatores de risco modificáveis. Além disso, ações e políticas voltadas para a promoção da saúde também estariam fortalecendo, numa visão mais ampla do conceito da saúde, buscando enfoques na aquisição de estilos de vida saudáveis, ambientes saudáveis e organização de sistemas e serviços de saúde que busquem a melhoria da qualidade de vida da população.

O Ministério da Saúde assumiu como prioridade a estruturação de um sistema de vigilância específico para as DANT e seus fatores de risco, em função de suas peculiaridades e possibilidades de prevenção e controle. A partir de 2000 foram iniciadas ações de estruturação da área de DANT no Centro Nacional de Epidemiologia, sendo em 2003 criada a Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDant) no contexto da Secretaria de Vigilância a Saúde. Em 2004, foram incorporadas à CGDant a área de Prevenção de Violências e Acidentes e as ações de Promoção da Saúde.

Assim a política de Vigilância, DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) *“reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção das mesmas”* (SILVA Jr, 2006, p.13) e acrescenta, ainda, que a prevenção e controle das DCNT² e seus fatores de risco são fundamentais para evitar o crescimento endêmico e suas conseqüências prejudiciais à qualidade de vida e sistema de saúde no país.

Em setembro de 2005 foi realizado um Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde. Nesse evento foi proposta uma agenda contendo quatro eixos, a saber: 1) Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus fatores de risco e proteção; 2) Gestão (regulamentação, financiamento, recursos humanos, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade); 3) Intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade); 4) Avaliação e apoio à pesquisa.

O Sistema de Vigilância em DANT atua, entre outras ações, disseminando e promovendo a sensibilização de gestores, técnicos e conselheiros de saúde sobre a importância das doenças crônicas não transmissíveis e a necessidade de desenvolver e fortalecer ações integradas de prevenção e controle das DANT e seus fatores de risco e ainda a atuação de forma intersetorial, visando o desencadeamento de ações

² Utilizaremos ao longo do texto diferentes nomenclaturas e siglas correspondentes às doenças não transmissíveis (DCNT, DANT, DNT) respeitando a forma como são citadas nos documentos analisados.

articuladas em comunidades e grupos populacionais específicos, no intuito de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Assim, a vigilância em DANT trabalha com áreas do setor saúde estabelecendo parcerias com outros setores, tais como administração pública, empresas e organizações não governamentais com objetivo de desenvolver ações que visem à redução desses agravos.

O eixo ligado à promoção da saúde está sendo considerado como uma das principais áreas da vigilância com a adesão do Brasil às diretrizes da estratégia global para alimentação saudável, a atividade física, diminuição do hábito de fumar e do consumo de álcool e drogas basicamente.

Fazendo ligação com as ações de promoção da saúde podemos constatar que modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, ausência de controle do peso, pouca prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Entretanto, apesar de fundamentais para o tratamento, essas medidas não serão suficientes para diminuir as taxas de prevalência da doença. Políticas públicas também têm que ser desenvolvidas para auxiliar nesse processo de mudança, uma vez que as condições sociais, a mudança cultural que estamos vivendo e que afeta os hábitos e estilos de vida, além da ampliação das iniquidades sociais estão colaborando negativamente para o controle da hipertensão arterial.

Apesar dessas evidências, hoje incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da hipertensão arterial, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes sobre as iniquidades sociais, que contribuem significativamente para a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares.

Estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma

comunidade, que compartilha condições de vida semelhantes. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. (MS/ SVS, 2007)

O Ministério da Saúde, apesar de valorizar o enfoque nas políticas de modo geral e de saúde de modo especial, entende que as mesmas devem focalizar o controle da Hipertensão Arterial na Atenção Básica, e assim organizou um documento dedicado à Hipertensão Arterial Sistêmica (MS, 2006), na série dos Cadernos de Atenção Básica, atualizando conhecimentos e estratégias que visam à melhoria da capacidade dos atores deste nível de atenção para a utilização de uma forma de abordagem integral desse agravo, baseando em evidências científicas atuais e economicamente sustentáveis para a grande maioria da população brasileira, dependente do Sistema Único de Saúde. Salienta ainda, como grande desafio, a necessidade de reduzir a carga dessa doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento.

Segundo a Norma Técnica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, a HA é considerada a mais frequente das doenças cardiovasculares. Atualmente, a HA pode ser considerada um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, devido ao seu alto grau de morbimortalidade. (MS, 2006)

Ainda segundo o documento do Ministério da Saúde, o diagnóstico e tratamento da HA ainda são frequentemente negligenciados, tendo em vista que na maior parte de seu curso a doença é assintomática. Mesmo os indivíduos diagnosticados têm baixa adesão ao tratamento prescrito. Estes são alguns dos fatores biogenéticos e comportamentais que determinam um controle muito baixo da HA aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e da maior necessidade de acesso constante a medicamentos.

Nesse sentido, os gestores e os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, e ainda para ajudá-lo no enfrentamento

das barreiras que surgem no controle da hipertensão, relacionadas às suas condições de vida e trabalho, no local onde vive.

O documento do Ministério da Saúde referente à Hipertensão Arterial reforça ainda que a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas, exigindo um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. A sugestão é que, sempre que possível, além do médico, outros profissionais façam parte da equipe, tais como: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, farmacêutico e agente comunitário de saúde.

Dentre as ações ligadas à prática da equipe multiprofissional pelo Ministério, está a promoção da saúde através de ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida e correção dos fatores de risco. A capacitação de profissionais para a realização de ações assistenciais individuais e em grupo, em uma perspectiva da integralidade são outras práticas essenciais para o controle da HA.

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HA incluem os seguintes pontos: controle de peso; adoção de hábitos alimentares saudáveis; redução do consumo de bebidas alcoólicas; abandono do tabagismo; prática de atividade física regular.

Apesar de valorizar outras estratégias que não apenas o tratamento medicamentoso e ainda incentivar a participação de equipes multiprofissionais com olhares distintos sobre o tema, o documento do Ministério da Saúde referente ao controle da hipertensão arterial assume um posicionamento, ao nosso entender, predominantemente voltado para aquisição de novos hábitos por parte do usuário.

Nesse sentido, destacamos a ausência na estratégia proposta pelo Ministério da Saúde de outras questões importantes do campo de ação da promoção da saúde, tais como as políticas públicas saudáveis, a criação de espaços saudáveis de apoio à promoção da vida e da saúde, o fortalecimento da participação da população para que esta reconheça seus problemas e risco e a causalidade dos mesmos e seja capaz de se mobilizar para colaborar na resolução destas causas e determinações, indicando a necessidade de um estudo mais aprofundado desta estratégia.

1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A HIPERTENSÃO ARTERIAL

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização incluindo o Programa Saúde da Família (PSF), afirma que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2006a)

Cada membro da equipe tem uma série de responsabilidades associadas com o programa de HA. A seguir estarão descritas essas responsabilidades, destacando aquelas que representam a perspectiva da promoção da saúde:

Agente Comunitário de Saúde

- Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção;
- Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa;
- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão;
- Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde;
- Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra;
- Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas;

- Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.

Auxiliar de Enfermagem

- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde;
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira;
- Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovasculares, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes.

Enfermeiro

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão ao tratamento (grupos de hipertensos e diabéticos);
- Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com comorbidades;

Médico

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão;
- Prescrever tratamento não-medicamentoso;
- Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.

Novamente podemos notar que apesar de incluir a promoção da saúde como uma das responsabilidades, as ações estão voltadas para o campo da aquisição de habilidades, tendo nas atividades educativas e mudanças no estilo de vida seu foco

principal. Não são mencionadas orientações direcionadas a outros campos essenciais da promoção da saúde, que descreveremos com mais detalhes no referencial teórico, tais como a criação de ambientes - entornos - saudáveis para o hipertenso e/ou de sua família; fortalecimento da ação comunitária a partir diálogo aberto dos problemas, conforme são vistos e sentidos pela população e o gradativo empoderamento dos mesmos para que problematizem sua realidade e se mobilizem para reivindicar políticas públicas que facilitem o controle das condições e fatores de risco da hipertensão arterial.

Como aponta TRAVERSO-YÉPEZ (2007), a preocupação pela adoção de comportamentos saudáveis está relacionada com a ideia de que os problemas de saúde estariam relacionados com estilos de vida, e com isso, a orientação de se trabalhar com a educação para saúde, em uma perspectiva comportamental. E ainda acrescenta que a apenas a transmissão de condutas consideradas saudáveis pelos profissionais de saúde aos usuários estaria fadada ao fracasso, sem capacidade de mudar o modelo de atenção.

Diante dessas colocações, temáticas como relações de poder entre profissional e usuário, culpabilização dos vitimados e territorialização devem ser pautadas e discutidas em profundidade durante esse processo de construção da saúde.

É propósito desta tese, analisar o controle da hipertensão arterial, dentro de um processo de reorientação dos serviços de saúde em curso no município de Fortaleza, analisando em que medida houve mudança da lógica do processo de trabalho nas unidades de saúde, se, e em que perspectiva a promoção da saúde está sendo incorporada nas ações do cotidiano, tomando o controle da hipertensão arterial como analisador. Para isto é necessário conhecer o referencial que adotamos para fazer as análises desses processos de trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1.1. Conceito e prática da promoção da saúde

Segundo ROSEN (1994), os homens sempre tiveram que enfrentar problemas de saúde nascidos de atributos e carências de sua natureza. Com base nessa necessidade da vida social desenvolveu-se, com uma clareza crescente, o reconhecimento da importância notável de participação da comunidade nos processos para promover a saúde, e prevenir e tratar a doença.

Como já discutido anteriormente, a referência à importância das condições de vida como determinantes da saúde existe desde a Grécia Antiga. Acompanhando historicamente o processo de construção da saúde, podemos identificar que o sentido da promoção da saúde pode ser identificado ao longo da história da humanidade, acompanhando movimentos sociais, políticos e ideológicos que foram se desenvolvendo ao longo do tempo.

Henry Sigerist, sanitarista, em 1945 foi o primeiro a utilizar o termo Promoção da Saúde ao descrever as quatro funções da medicina: Promoção da Saúde, Prevenção da doença, Tratamento da doença e Reabilitação. A Promoção da Saúde compreenderia ações de educação em saúde e ações estruturais do estado para melhorar as condições de vida da população. (WESTPHAL, 2006)

Sigerist defendia uma ação integrada entre políticos, lideranças sindicais trabalhadoras e patronais, educadores e médicos. Esta união de esforços objetivava implementar políticas e programas de saúde, que são facilitados quando as necessidades básicas do indivíduo (emprego, saúde, educação, vida social) são satisfeitas (RIOS et al. 2007)

Thomas McKeown, ao estudar os fatores causais da mortalidade por tuberculose na população inglesa, de 1848 a 1971, comprovou as fortes inter relações

entre saúde e situação econômica da população. O estudo apontou que os fatores que mais contribuíram para melhoria da qualidade de vida da população são os relacionados ao desenvolvimento econômico, nutrição e estilo de vida do que em intervenções de caráter médico (WESTPHAL, 2006).

De acordo com o que descreve ANDRADE (2006, p.44),

Nas considerações finais de seu estudo, Thomas Mckeown concluiu que as medidas implementadas pela medicina tiveram na Inglaterra e Gales pequeno peso relativo na redução das taxas de mortalidade por tuberculose e doenças semelhantes, e que os determinantes fundamentais foram decorrentes das transformações ocorridas no processo produtivo capitalista, como o surgimento da máquina, a reordenação das relações de produção e o imenso crescimento da população, que modificaram o nível de vida dos grupos sociais.

Em 1965, o modelo explicativo de Leavell & Clark, da história natural do processo saúde-doença é também considerado um marco importante para a construção do conceito de Promoção da Saúde. Ao proporem medidas de intervenção nos diferentes estágios da doença, os autores destacam a promoção da saúde como um dos níveis de prevenção primária. Assim a promoção da saúde:

(...) corresponde a medidas gerais, educativas que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse), para que resistam às agressões dos agentes. Estes mesmos indivíduos recebem orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos). (WESTPHAL, 2006, p.641).

Junto a ações de promoção estariam as ações de proteção específica, vacinas, por exemplo, que também dificultam ou retardam o adoecimento.

Esse modelo, apesar de associar a promoção da saúde na perspectiva preventiva e no sentido de evitar as doenças e seu agravamento apresenta aspectos relevantes que podem ser sintetizadas em dois pontos. O primeiro está voltado para

um alerta aos profissionais da saúde sobre o potencial das ações do ambiente e sobre estilos de vida na prevenção de doenças. O segundo ponto inclui ações educativas, comunicacionais e ambientais como complementação às medidas já existentes – laboratoriais, clínicas e terapêuticas. Segundo WESTPHAL (2006), muitos profissionais da saúde ainda entendem promoção nessa perspectiva, o que limita o seu escopo ao momento em que as doenças ainda não se instalaram.

Em 1974, Lalonde, consultor do Ministério da Saúde canadense, insatisfeito com os resultados das ações que coordenava, resolveu pesquisar sobre a causalidade das doenças que acometiam os canadenses e verificou que estilos de vida e ambiente eram responsáveis por 80% das causas das doenças e que não havia investimentos oficiais em relação a esses fatores. O Informe Lalonde, como ficou conhecido o documento apresentado, assinalava quatro campos da saúde: ambiente, biologia humana, estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde, que precisavam ser objeto de atenção das autoridades sanitárias. (WESTPHAL, 2006)

Segundo CARVALHO (2005) o relatório Lalonde sugere a mudança do foco das ações sanitárias do sistema de atenção à saúde para as ações de promoção, romper com a percepção de que a saúde é resultante de cuidados médicos e conscientizar o público do desequilíbrio nos gastos setoriais. Ainda segundo o autor, essa corrente da promoção da saúde procura romper com o modelo biomédico e sugerir uma perspectiva mais holística sobre a saúde. Desta forma, vai além do enfoque do modelo da história natural da doença ao enfatizar o papel das ações de promoção da saúde e a necessidade de trabalhar visando a alteração de comportamentos não saudáveis. O relatório Lalonde influenciou políticas sanitárias em diversos países e segue até hoje inspirando políticas de saúde, suas estratégias preconizam intervenções sobre estilos de vida e mudanças de comportamento.

Nos anos 1980, de acordo com CARVALHO (2005) limites teóricos e práticos da perspectiva behaviorista apresentada no relatório Lalonde percebida por alguns estudiosos da área faz surgir outra interpretação paradigmática desta prática social, a perspectiva socioambiental da promoção da saúde, também conhecida como a Nova Promoção da Saúde. E acrescenta que ela *“partilha com a anterior a crítica ao paradigma biomédico e a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde/doença discordando, contudo, da ênfase posta na intervenção que visa*

transformar hábitos de vida e de culpabilização dos indivíduos por comportamentos cujas causas encontram explicação no entorno social.” (p.53)

WESTPHAL (2006) sintetizou a classificação das diferentes iniciativas de Promoção da Saúde elaborada por Naido & Wills (1994), agrupando três diferentes conceitos de promoção da saúde, os conceitos de saúde pelo qual são orientados, assim como os tipos de práticas dominantes em cada uma das vertentes. (quadro 01)

Quadro 01. Concepções da saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

Abordagens	Biomédica	Comportamental	Socioambiental
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo; bem-estar biopsicossocial e espiritual; Realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doença	Biológicos, comportamentais; estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> - Coalizões para advocacia e ações políticas; - Promoção de espaços saudáveis; - Empoderamento da população; - Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes; - Reorientação dos serviços de saúde
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: WESTPHAL (2006)

Dentre as visões descritas de promoção da saúde compreendemos a abordagem socioambiental como a mais coerente e atual. Tem como base um conceito ampliado de saúde, positivo, que inclui os aspectos biológicos do processo saúde–doença; os comportamentais e os sociais e impulsionando sempre para o positivo, isto é, para o maior bem estar, mesmo que as condições físicas não sejam as ideais. A visão dos determinantes sociais da saúde é também mais ampla exigindo

uma ação intersetorial para que o processo inclua as diferentes condições, relacionadas a diferentes setores do governo ou da sociedade.

Seu campo de ação e suas principais estratégias vão além das tradicionais realizadas pelos serviços de saúde, incluindo a elaboração de políticas públicas saudáveis, a criação de espaços de apoio à promoção da saúde em escolas, locais de trabalho, nas praças, nas igrejas enfim onde puder reunir pessoas com interesse na melhoria da qualidade de vida e saúde.

O fortalecimento da ação comunitária para que esta conheça mais profundamente seus problemas, os problematize e se mobilize para exigir que o Estado os resolva é outra ação não muito comum em programas tradicionais de saúde pública. Para tudo isto é necessário que os diferentes atores tenham acesso à informação e desenvolvam habilidades intelectuais e psicossociais necessárias para a produção social da saúde no cotidiano de suas vidas. (WESTPHAL, 2006)

Finalmente, a reorientação dos serviços de saúde significa a adoção de uma nova lógica no desenvolvimento do processo de trabalho. É uma estratégia importante que tem sido pouco experimentada nos locais onde se desenvolvem projetos de Promoção da Saúde. A reorientação dos serviços de saúde prevê que os gestores municipais organizem seus atendimentos e suas ações de Vigilância e Promoção da Saúde com base em problemas comuns identificados, nas identidades das populações que ocupam territórios que se organizam nas diferentes regiões, estados e municípios.

Pesquisas têm mostrado que as populações se agregam em função de aspectos culturais, econômicos ou sociais comuns, e em função da existência de interligações pessoais por redes de comunicação, e pelo uso comum de infraestrutura ou transportes. O desafio colocado para os gestores consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor saúde, setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e qualidade de vida da população com participação de toda comunidade. Reorientar os serviços de saúde é repensá-los a partir de outra lógica do processo de trabalho, a lógica do “território-processo” que segundo SANTOS (1991) *“é o conjunto indissociável constituindo, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e*

os anima, ou seja, a sociedade em movimento” (apud MENDES e DRUMOND, 2003).

Ainda, a reorientação dos serviços de saúde se faz na perspectiva do direito à saúde, assumindo uma dimensão político–institucional, que situa o usuário do serviço como morador de uma determinada cidade, num certo bairro. A inclusão da dimensão territorial é acompanhada da dimensão social e econômica, na medida em que os espaços são entendidos como os locais onde os usuários do sistema habitam, trabalham, circulam, consomem, interagem e definem as possibilidades do cidadão de uma existência saudável, para além de seus comportamentos mais ou menos promotores de sua própria saúde (CHIESA e KON, 2005)

Como se acredita que é em cada território que se materializam as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a reorientação dos serviços de saúde se estende para além de ações relacionadas à assistência e aos limites da unidade de saúde.

O espaço local, nesse contexto, é o cenário estabelecido por esses atores em que problemas de saúde se confrontam com serviços prestados e onde necessidades demandam ações de promoção da saúde e oferta de serviços de atenção. É aí nesse espaço, portanto, onde se dá o encontro entre o cidadão e as políticas de saúde, que o sistema de saúde torna-se concreto, real. É neste espaço político também onde se definem as efetivas possibilidades de construção de espaços urbanos promotores de vida mais saudável. A gestão e as práticas profissionais que constroem estes espaços têm, então, potencial pedagógico e terapêutico. Podem criar dependência ou co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e co-gestão das pessoas, reconstruindo sua cidadania. São posturas diferentes que produzem modos de intervenção diferentes. A reorientação dos serviços de saúde que estamos falando propõe uma prática construtiva, processual que facilite aos usuários dos serviços o reconhecimento e expressão dos seus interesses e desejos e, como já dissemos, a ampliação de sua capacidade de análise e co-gestão. Isto conduz a não realizar ações sobre os usuários, mas com a participação ativa deles. (CAMPOS, 2003)

Outro componente facilitador da necessária reorientação das ações de saúde em função do território refere-se à *área de abrangência* de um sistema local de saúde. Trata-se da área geográfica de responsabilidade dessa unidade, onde se

desenvolve o *processo de apropriação* do espaço local sob a lógica da vigilância em saúde (UNGLERT, 1993). Ao ter delimitada sua área de abrangência, uma unidade de saúde passa a inter-relacionar-se com seu território definido por sua demanda, conhecendo suas características, as de seus habitantes, seus problemas de saúde, seus recursos e dispositivos institucionais e seus potenciais no sentido do enfrentamento dos condicionantes das enfermidades e seu tratamento.

A partir daí, as unidades de saúde devem adequar as ações de saúde oferecidas em acordo com a realidade identificada, conhecendo e tomando as providências necessárias para que todas as ações de saúde àquela população sejam garantidas em sua área de abrangência. Age sobre o contexto e, às vezes, mais especificamente sobre algum grupo vulnerável.

Considerando o princípio da equidade como um dos balizadores das ações em saúde, as unidades de saúde devem procurar reconhecer as diferenças e desigualdades inscritas em seu território de responsabilidade, percebendo as diferentes possibilidades existentes de experimentar a saúde e a doença. Adotar a perspectiva da equidade significa gerar políticas locais que reconheçam as diferenças e, sobretudo, diminuam as desigualdades locais (nos municípios) e regionais (entre municípios de uma mesma região de saúde). Ampliar as possibilidades de acesso para aqueles com as maiores dificuldades está no âmbito das possibilidades da ação local de saúde. (CHIESA e KON 2005)

Vale ressaltar a necessidade de que a construção da estratégia de reorientação dos serviços de saúde deve ocorrer de modo amplamente participativo, visto que, do contrário, corre-se o risco de empreender apenas uma divisão técnico-instrumental e burocrática. A proposta de constituição de área de abrangência pautada nos princípios da equidade e com participação dos distintos atores que compõem o território, baseia-se num processo de construção coletiva “de baixo para cima”, que, ascendentemente, resulte num produto submetido a constante revisão, no âmbito das unidades de saúde.

A abordagem socioambiental foi, portanto, a adotada neste trabalho. Suas estratégias de ação serão, dessa forma, a referência utilizada para as análises realizadas neste trabalho.

A abordagem socioambiental indica ainda que o conceito de promoção da saúde deve colocar-se transversalmente a um sistema que trabalhe com o conceito ampliado de saúde, ou seja, que considere fatores condicionantes e determinantes no processo, para além de uma rede de serviços e ações exclusivas de cura.

Assim, em 2003, o Grupo de Trabalho (GT) de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentado da ABRASCO afirma:

A compreensão da Promoção da Saúde e da qualidade de vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, posto que entendemos o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida.(...)A identificação destas necessidades oficiais reivindica uma ação coletiva participativa dentro de contextos específicos que evidenciam a complexidade de sua determinação e ilumina as potencialidades daquele contexto social em tela (grifo nosso)”.

Portanto, tornam-se importantes as considerações de WESTPHAL (2006, p.662) que apontam os caminhos ou novos caminhos a serem trilhados pelo SUS nas suas diversas sub-áreas, ao destacar que:

O SUS (...) tem-se concentrado nos serviços de atenção à doença. Esta dinâmica privilegia a utilização de tecnologias médicas mais sensíveis às injunções do mercado. Coerentemente com os valores da globalização, o sistema vem reforçando a abordagem individual, engessando a epidemiologia, que, na origem, constituiu-se como área estruturante da saúde coletiva.(...) Na maioria dos casos, os serviços de saúde tornaram-se meros consumidores do mercado sustentado pela perspectiva de desenvolvimento da modernidade. A prática sanitária atual, portanto, é configurada, direcionada pelo paradigma hegemônico, que valoriza a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento e pelo contexto já descrito, marcado pelo processo de globalização.

Podemos constatar, portanto, que a construção do conceito de promoção de saúde acompanha os processos históricos, políticos, econômicos e sociais. Além disso, vem ganhando relevância no intuito de fundamentar novas perspectivas e propostas de espaços a serem construídos e apresenta questões que passam pelo

campo técnico e se inserem no campo das políticas, envolvendo modelo econômico, relações sociais, organização político-jurídica e político-institucional, entre outras referências básicas.

Vários momentos podem ser citados neste processo de construção da promoção da saúde, destacando-se a Conferência e Declaração de ALMA ATA sobre atenção primária em saúde e documentos da OMS sobre Saúde Para Todos no ano 2000 (BRASIL, 1996).

Seguindo esse processo de mudança dos campos de atuação e concepção da saúde, a Conferência de Alma-Ata, realizada no ano de 1978, reconhecia pela primeira vez a saúde como um direito, entendido não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, como também, um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade. (WESTPHAL, 2006)

Outro marco importante na construção do conceito de promoção foi o Congresso Canadense de Saúde Pública, que aconteceu em 1984, dez anos após o relatório Lalonde, onde foram definidas as seguintes características da Promoção da Saúde: se propõe a envolver a população como um todo, no contexto de vida diário; orienta para suas ações os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental do processo saúde-doença; combina métodos e abordagens diversas de forma complementar; é uma atividade do campo social e da saúde e não somente do serviço de saúde.

Este processo no campo da saúde, ao lado de outro com referência às questões ambientais, sociais e de qualidade de vida, estão levando a um movimento mais amplo, representado e sintetizado no movimento por “Cidades e Municípios Saudáveis”, reforçando que é no nível local onde vivem e moram as pessoas que se dão concretamente as relações, determinações e impactos nas condições de saúde e qualidade de vida e, deste modo, nele devem ocorrer os esforços e mudanças necessárias para o bem estar das populações.

A Rede de Cidades Saudáveis, iniciada em 1985, tentava colocar em prática os pressupostos da promoção da saúde e tinha como elementos centrais: (1) a preocupação com a pobreza da população e a dificuldade de reverter a situação; (2) a necessidade de reorientação dos serviços de saúde; (3) a importância da participação

comunitária e o desenvolvimento de coalizões entre setor público, setor privado e o voluntariado. (WESTPHAL, 2006)

A construção das concepções teóricas e práticas, assim como os pressupostos básicos ligados ao setor específico da saúde e do campo da saúde, receberam grande contribuição advinda das conferências internacionais, que funcionam como direcionamento e orientação para a estruturação das diversas formas de atuação do fazer saúde. Desde Alma-Ata até Nairóbi, observa-se maior ampliação e apreensão do conceito de Promoção da Saúde, apesar de ainda verificar-se pouca efetivação das práticas nas análises conjunturais e específicas do setor saúde onde os problemas ocorrem.

A conferência realizada em Ottawa no ano de 1986 (BRASIL, 1996), parece ter sido o reflexo da inquietação de todos por uma nova saúde pública. A carta de Ottawa discute principalmente o conceito da Promoção da Saúde e suas especificidades. O documento aponta o conceito de promoção de saúde como um:

... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e saber modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global. (p11)

Ainda na Carta de Ottawa, a Saúde é entendida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, o que a torna um fator fundamental para a qualidade de vida. As variáveis envolvidas tais como: fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde; é importante que se possa, através da promoção de saúde, procurar entender melhor os tópicos envolvidos, para torná-los mais eficazes nesta promoção.

Outra característica importante para a promoção da saúde apresentada na Carta de Ottawa é a equidade em saúde, ou seja, a possibilidade de assegurar que

todos tenham oportunidades e recursos iguais para capacitar as pessoas a realizar seu potencial de saúde.

A saúde não pode ser considerada exclusivamente responsabilidade do setor saúde, sendo importante que outros setores estejam envolvidos no processo de construção de alternativas, desde seu diagnóstico até a implantação do serviço e estratégias. Governo, Secretarias de Saúde conectadas com outras secretarias de Governo, comunidades, organizações voluntárias e não governamentais e outras devem participar dessa construção, garantindo ainda que sejam mantidas as especificidades sociais, culturais e econômicas de cada localidade.

Isto indica que o processo multifatorial na determinação da saúde e da doença extrapola o âmbito do setor saúde exigindo uma atuação intersetorial, o que é inclusive reconhecido e expresso na formulação da política de saúde do Brasil quando o artigo 196 da constituição de 1988 refere que *“a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. (BRASIL, 1988)

Em relação à política de promoção da saúde, ações conjuntas podem promover uma melhoria nas condições de saúde e possibilitar um maior desenvolvimento e crescimento da comunidade. Deste modo, conforme a conferência, *“A política de promoção de saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão ligados diretamente a saúde”*. (BRASIL, 1996. p14)

O documento aponta o desenvolvimento pessoal e social como mais um fator importante para o crescimento de todos.

A Promoção da Saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. (BRASIL, 1996, p15-16)

Visando, também, este desenvolvimento, a carta de Ottawa coloca que os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que compreenda e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar o atendimento das necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Outras seis Conferências Internacionais foram realizadas reforçando aspectos apresentados na Carta de Ottawa, em declarações ou Cartas aprovadas ao final das Conferências. Estas foram: a Conferência de Adelaide, realizada em 1988, na Austrália, que enfatizou as políticas públicas saudáveis; a Conferência de Sundswal na Suécia, 1991, que enfatizou a criação de ambientes de apoio à Promoção da Saúde; a Conferência de Jacarta, em 1997, a primeira realizada em um país em desenvolvimento e que tratou da questão da necessidade de alianças entre os diferentes organismos internacionais e nacionais como apoio à Promoção da Saúde; a Conferência do México em 2000, onde se discutiu a necessidade de compromisso dos governos nacionais na implementação das decisões de outras Conferências; a de Bangkok na Tailândia em 2005 e de Nairóbi no Kenia em 2009, sendo estas últimas um chamado a ação em Promoção da Saúde. (BRASIL, 1996; MS, 2001; OMS, 2005; OMS, 2009)

Pelas datas das Conferências pode-se concluir que, a partir de 2002, elas focalizaram questões relacionadas com a vida no mundo globalizado e ao aumento das desigualdades sociais que vem ocorrendo durante esse processo.

O acompanhamento e a leitura de todas as Cartas e declarações compõem o quadro da Promoção da Saúde dentro do referencial socioambiental, marcado por uma ênfase na constituição de sujeitos, co-produção da autonomia - não dependência, ampliação das capacidades de análise e co-gestão dos mesmos. A ação intersetorial nos territórios foi outro conteúdo importante enfatizado nestes documentos.

Na 138ª Sessão do Comitê Executivo, OPAS/OMS (2006), foi abordado o tema Promoção da Saúde: avanços e ensinamentos extraídos entre as Cartas de Ottawa e Bangkok e perspectivas para o futuro, enfocando exemplos da região das Américas. Entre outros aspectos, é referido que 90% dos países indicam que existe alguma política ou iniciativa nos serviços de saúde para promover a saúde, além da prevenção e tratamento da doença e se tem disseminado a formulação e

implementação de modelos de Atenção Integral à Saúde em vários países. Aponta também que em 60% dos países da região existe um sistema de vigilância relacionada aos fatores de risco para a saúde.

De acordo com as conferências e literatura sobre a promoção da saúde, são definidos cinco princípios para a Promoção da Saúde que norteiam e subsidiam as estratégias e movimentos na perspectiva da promoção, a saber: (WESTPHAL, 2006):

1. Ações de Promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença;
2. Equidade;
3. Intersetorialidade;
4. Participação social;
5. Sustentabilidade.

Segundo Barroso (2003), a partir de uma visão ampliada da saúde, a educação em saúde assume um papel fundamental, referindo assim o autor:

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, incorporando uma abordagem holística, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados através de parcerias para seu enfrentamento e resolução. Compreendemos que a educação em saúde é um componente indispensável neste processo, focalizando suas intervenções primordialmente no indivíduo pertencente a uma comunidade, onde se dão as relações sociais, culturais, econômicas e políticas, envolvendo todo o contexto e a realidade subjetiva e resgatando a cidadania e o direito de “ser e sentir-se gente” (Barroso, 2003 apud RIOS, 2007, pag. 508)

O conceito de empoderamento tem sido considerado de fundamental importância nesse processo de reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde.

Considerado como um processo de ação social de indivíduos e grupos em comunidades para aumentar o controle sobre a vida e facilitar transformações ao nível individual, social e das condições materiais, o empoderamento tem permitido

que reflexões sejam feitas no sentido de compreender a lógica desse novo processo a partir da Promoção da Saúde, entendendo a complexidade do processo saúde–doença. (CARVALHO, 2004)

Ainda segundo CARVALHO (2004) a estratégia de ‘empowerment’ constitui o eixo central da Promoção da Saúde, enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde. Para o autor o conceito é complexo e visto de diversas maneiras por correntes distintas, tais como, o empoderamento psicológico e o empoderamento comunitário, no qual o primeiro estaria ligado a um controle dos indivíduos sobre suas próprias vidas, sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. Já o empoderamento comunitário leva em consideração que a sociedade é constituída de diferentes grupos com distintos interesses e com níveis de poder e controle social, assim o empoderamento implicaria uma redistribuição de poder e de resistência daqueles considerados mais fracos. Nesse sentido:

A categoria ‘empowerment comunitário’ pode, igualmente, contribuir para superar uma das grandes deficiências do movimento de Promoção à Saúde: a ausência de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais. Ela pode nos instrumentalizar, por exemplo, no delineamento de ações que tenham como objetivo a superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e usuários. (CARVALHO, 2004, p. 1092).

BECKER et al. (2004) aponta que muitos autores descrevem o tema do empoderamento como fundamental tanto para redução da iniquidade como para promover a saúde e a qualidade de vida, reforçando a importância de entender como se caracteriza o processo de empoderamento de pessoas e coletividades no processo de mudança pelo qual passa o campo da saúde.

Para LEFÈVRE E LEFÈVRE (2004) a partir do modelo da triangulação indivíduo- técnico (profissional) e sistema produtivo (serviços), o empoderamento passa a ser importante na tentativa de fortalecer o modelo sanitário vigente pautado nas ações de promoção da saúde. Para ele, é preciso favorecer o empoderamento dos indivíduos para que possam se fortalecer e participar do processo de maneira mais

igualitária e também o profissional buscando garantir que sua mensagem seja entendida e adotada. Nesse processo a relação profissional-paciente precisa ser entendida numa perspectiva de compartilhar e dividir a responsabilidade e tomada de decisão acerca do tratamento e controle de agravos.

As mudanças resultantes dos avanços relacionados à saúde nesses anos são evidentes, muitos progressos foram sendo identificados com conquistas bastante positivas e que estão levando a um aumento das condições de saúde de muitas pessoas. Porém, apesar de novas ações serem constantemente aplicadas, ainda existe muito a se fazer. Isso significa que as condições precárias de saúde e as constantes mudanças e crises em áreas econômicas e sociais, tanto regionais, como internacionais, levam à busca de novas formas de atenção e novos conceitos acabam surgindo desse movimento.

2.1.2. A Promoção da Saúde no Brasil

O Brasil em seu desenvolvimento econômico, político e social apresenta também mudanças no campo da saúde e da qualidade de vida, nos seus determinantes, nas condições epidemiológicas e na busca de novas práticas. No quadro de morbimortalidade, o Brasil também apresenta uma transição epidemiológica com significativa ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis. E assim, participa desse movimento de âmbito internacional, tendo desenvolvido um processo de Reforma Sanitária procurando uma nova Política e Sistema de Saúde cujos princípios e diretrizes foram estabelecidos na nova Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), tendo como eixo central de sua operacionalização o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde, criado em 1990 pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), pode ser definido como *“conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” [...] “a iniciativa*

privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

De acordo com ZIONE e ALMEIDA (2008, p.109),

O SUS tem como objetivos: dar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde para que assim sejam procurados os meios – processos, estrutura e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torná-lo efetivo no Brasil. Esses meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o sistema único de saúde”

A declaração de Bogotá - Colômbia de 1992 foi importante para o movimento de mudança iniciado no Brasil. A declaração reforça esses processos de mudança e procura discutir a promoção de saúde na América Latina e descreve que *“A Promoção da Saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento”* (BRASIL, 1996, p.42).

A Conferência de Bogotá procurou adaptar as discussões realizadas nas demais conferências de saúde iniciadas em Ottawa para a realidade da América Latina, porém sem perder de vista os aspectos já apresentados anteriormente.

Essas propostas assumem os novos paradigmas de atenção integral à saúde, enquanto componente da qualidade de vida, nas quais se destacam as noções e propostas de Promoção da Saúde, Políticas Públicas, Hábitos Saudáveis e reorientação dos serviços de saúde.

Sendo assim, alguns movimentos, estudos e estratégias vêm sendo criados para colocar em prática essa nova política, destacando-se a significativa descentralização do Sistema de Saúde para as esferas estadual e municipal de governo.

Os níveis de atenção à saúde também assumem no SUS um papel importante na organização do serviço e a atenção primária - ou atenção básica - é considerada a

porta de entrada do SUS sendo responsável, quando bem organizada e dirigida, pela resolução de mais de 70% dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS, não devendo ser pensada apenas como local de passagem para outros níveis de atenção. É, ainda, competência da equipe de saúde de qualquer UBS conhecer e considerar o impacto que os determinantes e condicionantes da saúde têm sobre a saúde da população pela qual é responsável, além de desenvolver ações ou encorajar iniciativas em outros setores para eliminar, ou pelo menos diminuir, o impacto desses fatores. (NARVAI e SÃO PEDRO, 2008)

Nas práticas de atenção, a criação de Programas como Agentes Comunitários de Saúde em 1991 e posteriormente os Programas de Saúde da Família em 1994, são respostas às discussões realizadas, nas quais existe um importante enfoque à atenção primária, participação social e favorecimento para a criação e manutenção de um ambiente saudável. (ANDRADE, 1998).

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e tem como objetivo geral, *“melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade”* (MS, 1994). Deste modo, o PSF está sendo usado como estratégia de potencializar a reordenação do sistema de saúde e seu modelo de atenção, por intermédio de uma estruturada e integrada atenção básica de saúde.

Há o reconhecimento de que, embora tenha havido avanços, ainda há muitas deficiências e distorções que prejudicam a prática dessa nova abordagem de atenção à saúde e a melhoria das condições de saúde da população.

Atualmente, em busca de fortalecer a implementação de políticas de saúde e do SUS e na perspectiva de superar dificuldades apontadas, novos compromissos foram assumidos, tais como a Política Nacional de Atenção Básica que se propõe a revisar as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2006a) e a construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas

nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006b)

Vale ressaltar que a Promoção da Saúde está colocada como uma das seis prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, ao lado da prioridade de Fortalecimento da Atenção Básica.

O reconhecimento da Promoção da Saúde como importante componente das novas práticas de Atenção à Saúde no Brasil se expressa ainda na formulação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde que afirma,

A Promoção da Saúde, como uma das estratégias do SUS, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que deve contribuir para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2006c, p. 6)

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, lançada pelo Ministério de Saúde e aprovada em 30 de março de 2006, é fruto de uma série de discussões e faz parte de um longo caminho de mudanças e fortalecimento das ações de Promoção da Saúde no país.

Para CAMPOS (2004) a Promoção da Saúde não pode ser entendida como:

... indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde. A Promoção da Saúde no Brasil é também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem Políticas Públicas. (p.743).

A Política Nacional da Promoção da Saúde deve estar em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção, ser transversal, para que possa percorrer o conjunto de ações e projetos em saúde. Outro ponto mencionado pelo autor é que a política deverá também deslocar o olhar e escuta dos profissionais da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida.

A Política Nacional de Promoção da Saúde se caracteriza por um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Nesse sentido a promoção da saúde é entendida como uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defenda radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

O objetivo geral da Política Nacional de Promoção da Saúde é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A Política Nacional apresenta seis diretrizes que deveriam ser seguidas em relação a promoção da saúde, sendo elas:

1. Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
2. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde;
3. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
4. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
5. Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;
6. Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

A elaboração da PNPS, sem dúvida, pode ser considerada um avanço na busca por uma melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida da população. Entretanto, é importante um olhar crítico e atento para que as verdadeiras

preocupações incorporadas pela Promoção da Saúde sejam de fato incorporadas e discutidas de forma democrática pela população e seus gestores. Conforme alerta TRAVERSO-YÉPEZ (2007)

(...) Uma maior ênfase na reflexividade, nas relações dialógicas e no senso crítico - valores basilares para desenvolvimento de uma reflexão crítica por parte dos diferentes atores sociais -, seria salutar na política pública de Promoção da Saúde e, em geral, em todas as nossas políticas e práticas de saúde. De nada adiantam políticas bem intencionadas se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder, ou pelas próprias práticas institucionalizadas, dentro das quais tende-se a atuar com automatismos e de forma não reflexiva.(p. 235)

Entretanto, como argumenta TRAVERSO-YÉPEZ,(2007) existe um importante caminho entre a concepção teórica e a prática cotidiana, como argumenta:

No caso da implementação das políticas de Promoção da Saúde, a dificuldade é ainda maior, como consequência da multiplicidade e complexidade dos aspectos envolvidos, entre esses: as desigualdades socioestruturais e as injustas relações de poder afetando negativamente mais de um terço da população brasileira. (p.227)

As colocações da autora são extremamente pertinentes e nossas idéias também vão de encontro a esse pensamento, principalmente no que diz respeito às relações de poder estabelecidas e o desvio do objeto final da elaboração das políticas: o bem estar da população, ações e estratégias elaboradas *para* a população e *com* a presença da população.

2.2. A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.2.1 A promoção da saúde e o controle da hipertensão arterial

Nos países desenvolvidos algumas experiências associando a promoção da saúde e o controle da hipertensão arterial já vinham sendo realizadas a partir de projetos de prevenção.

Em 1972, na Finlândia, o projeto North Karelia foi iniciado com o objetivo de prevenir a mortalidade por doenças cardiovasculares entre seus moradores. Em seguida, o projeto expandiu seu foco de intervenção e passou a contemplar outras DCNT. O projeto demonstrou que as DCNT não eram totalmente evitáveis, mas que intervenções podiam reduzir sua prevalência drasticamente. O projeto foi avaliado a cada cinco anos até 1992 e seus resultados foram positivos. As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, por exemplo, decresceram 57% em homens de 35 a 64 anos (MS/SVS, 2007).

Com início no mesmo ano a Universidade de Stanford – Califórnia implantou o projeto Three Community Study (1972-1975) e posteriormente o projeto Five-City Multifactor Risk Reduction (1978-1996), com o objetivo de modificar fatores de risco para doenças cardiovasculares com campanhas de educação comunitária sobre os fatores de risco, dentre eles HA, altos níveis de colesterol sérico, tabagismo e excesso de peso. Outra finalidade dos estudos era desenvolver e avaliar métodos para atingir mudanças comportamentais com bom custo-efetividade e que pudesse ser aplicado também em grandes populações. (MS/SVS, 2007)

Os resultados também foram positivos, com aumento do conhecimento sobre os fatores de risco e redução de indicadores clínicos que se mantiveram ao longo do tempo e ainda foram incorporados e mantidos pelas próprias comunidades.

Outros projetos, tais como: The Minnesota Heart Health (1980-1993); The Pawtucket Heart Health (1980-1991); Country Integrated Noncommunicable Diseases Intervention – Cindi (1978-1981); Multifactorial Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease – Monica, foram desenvolvidos e

contribuíram com diversas metodologias e estratégias para o enfrentamento do problema da hipertensão e outras doenças crônicas não transmissíveis. Essas experiências serviram também para inserir e fortalecer as ações da promoção da saúde e possibilitar que novos modelos de atenção à saúde fossem testados e aperfeiçoados. (MS/SVS, 2007)

Nos países em desenvolvimento a adoção de programas semelhantes ocorreu na China, em 1984, onde o Projeto Tianjin buscava a redução do consumo de sal pela população, redução do tabagismo, além de prover cuidados para os hipertensos, com a reorganização dos serviços de atenção primária à saúde.

Na América Latina, o governo do Chile, na década de 80, iniciou suas atividades com linhas de investigação que concentravam seus esforços na atenção primária. O programa *Mirame!*, desenvolvido no país em 1992, tinha o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis na população escolar e grupos familiares.

Na Argentina o Projeto de Prevenção de Infartos – Propia, criado em 1990, propunha uma abordagem unificada de promoção da saúde, educação e outras intervenções direcionadas a comunidades e indivíduos. (MS/SVS, 2007)

A Conferência Sanitária Panamericana, realizada em 2002, respaldou-se no enfoque da saúde pública para as DNT, baseado em quatro princípios, (OPAS/OMS, 2003):

1. Abordar o problema numa perspectiva sistêmica ampla e coesa, baseada em ensaios epidemiológicas e que considere o contexto social e entorno internacional;
2. Avaliar a efetividade das medidas aplicadas para promover a mudança de políticas, elaboração de programas comunitários ou intervenções desde os serviços de saúde;
3. Contar com assistência financeira e uma infra-estrutura de apoio para alcançar a sustentabilidade e cobertura;
4. Levantar em conta as necessidades e as perspectivas da população para que possa participar ativamente nos programas de prevenção e controle.

Segundo a OPAS/OMS (2003), as doenças não transmissíveis de importância na América Latina e Caribe eram: doença cardiovascular, câncer e a diabetes.

Em 1995, o projeto Carmen (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermidades No transmissibles) foi implementado nas Américas por iniciativa da OPAS, para que os países deste continente atingissem o objetivo global da OMS de Saúde Para Todos no Ano 2000. (MS/SVS, 2007)

O projeto CARMEN pretendia auxiliar no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas elaboradas para reduzir os fatores de risco comuns nas DNT; mobilização social e intervenções comunitárias; nos sistemas de vigilância epidemiológica dos fatores de risco e nas práticas de prevenção que ajudassem a reduzir as iniquidades em saúde.

Desta forma, a iniciativa utilizava três estratégias, a saber: prevenção integrada e promoção da saúde; efeito demonstrativo (estudos de base) e promoção da equidade em saúde.

No Brasil, o projeto CARMEN vem sendo desenvolvido no Estado de Goiás, localizado na região Centro-Oeste, desde 1999 e suas estratégias sustentam as ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde no Estado referentes ao controle das doenças e agravos não-transmissíveis. Programas e ações de promoção e prevenção de doenças não transmissíveis, tais como hortas comunitárias, aulas de ginástica, aplicação de um plano alimentar saudável em escolas, cantinas, empresas, restaurantes e fornecedores de alimentos têm sido realizados. (GOIÁS, 2009)

Segundo CARNELOSSO et. al. (2005), a análise de dados dos sistemas de informação, realização de inquéritos pontuais e aplicação de propostas de monitoramento apontam que a vigilância epidemiológica deve ter como foco os fatores de risco e não só a causa de mortes ou de internações hospitalares por DANT.

O trabalho de FIGUEIREDO (2006) buscou analisar a práxis de uma equipe multiprofissional no município de Uberaba, em Minas Gerais, desenvolvendo atividades educativas voltadas para a Promoção da Saúde de um grupo de portadores de HA, tendo como referencial a complexidade dos fenômenos contemporâneos e, em função disto, a priorização da abordagem interdisciplinar. Aponta que ações de educação, a partir da metodologia problematizadora de Paulo Freire, podem auxiliar no processo de empoderamento dos sujeitos e mudanças nas condições de saúde dos indivíduos em tratamento da HA. Segundo o autor, o trabalho educativo permitiu o

enfrentamento dos fatores de risco, tais como: diminuição da obesidade, diminuição da ingestão de sal, aumento da atividade física, entre outros.

Mesmo com a descrição de projetos realizados no Brasil, o enfrentamento à problemática advinda do crescimento das taxas de morbimortalidades e a elaboração de políticas, programas e ações em relação às doenças não transmissíveis ainda é bastante recente, ainda mais se considerarmos a incorporação de ações de Promoção da Saúde nesse contexto.

WESTPHAL et al. (2004) apontam para o pouco investimento das políticas de Promoção da Saúde nos determinantes sociais, culturais e econômicos das DANT: *“os investimentos e os gastos têm sido dirigidos para as consequências e não na causalidade dos agravos decorrentes das DNT – a lógica é muito mais biologicista e comportamentalista, e não possibilita interferir nos determinantes desses agravos”*. (p. 34)

Dos mais de 1000 estudos encontrados na revisão organizada por WESTPHAL et al., (2004), praticamente nenhum expõe resultados acerca de ações voltadas para a Promoção da Saúde, no máximo, apontam para a importância dos fatores de risco e determinantes.

2.2.2 Estudos de promoção da saúde relacionados à hipertensão arterial

Para avaliação das práticas de promoção da saúde na atenção básica com foco na hipertensão arterial, juntamente com a necessidade de aprofundar o problema de pesquisa, buscamos a partir de uma revisão da literatura, artigos que pudessem subsidiar nossa discussão. Deste modo, o objetivo desse tópico é discutir marcos conceituais de avaliação dos programas e projetos de promoção da saúde, dirigidos à prevenção e controle da hipertensão arterial na atenção básica à saúde, a partir de artigos e projetos elaborados sobre o tema.

As buscas por artigos foram realizadas a partir do software ENDNOTE X3, que gerencia referências bibliográficas, importando referências a partir de banco de dados da web. No caso da Base de dados “SciELO” a busca foi realizada no próprio

banco e posteriormente exportada para o ENDNOTE, tendo em vista a impossibilidade de acessá-lo através deste programa.

Nesta busca por artigos, foram utilizadas as bases de dados Medline, Pubmed e Scielo. A princípio utilizamos três descritores, conforme indicação da Bireme, a saber; a) Promoção da Saúde (Health Promotion); b) Atenção Primária a Saúde (Health Primary Care); e, c) Hipertensão (Hypertension). Nesta análise menos de 30 artigos foram selecionados, com isso optou-se em fazer novos cruzamentos de descritores na tentativa de identificar um maior número de artigos possíveis para análise.

Na base de dados Scielo, foi feita uma nova busca com os descritores Saúde da Família e Hipertensão, sendo apenas 07 artigos selecionados e desses apenas um não era repetido. Ao buscar artigos apenas com o descritor Hipertensão foram apontados 1.520 artigos, destes foram selecionados pelo título mais 90 artigos e após análise dos resumos apenas 58 foram considerados para análise final.

Na base de dados Medline, os mesmos descritores iniciais não permitiram encontrar nenhum artigo, e na base de dados Pubmed, 19 artigos foram encontrados. Fizemos uma nova organização dos descritores, muito mais abrangente. Nessa perspectiva foram selecionados os descritores: Atenção (Attention), Promoção (Promotion) e Hipertensão (Hypertension). Nessa nova análise na base de dados Pubmed e Medline, foram identificados 222 artigos. Descartando os 35 repetidos, um total de 187 artigos foi selecionado para análise, sendo 184 da base Medline e 03 da base de dados Pubmed. Após a leitura dos resumos foram descartados mais 124 artigos ficando para análise final 82 artigos, 64 da base de dados Medline e 18 da Pubmed.

Desta forma, após a leitura dos resumos e descartes de artigos que não continham ligação entre os descritores hipertensão, atenção e promoção, fizemos a análise detalhada dos 140 artigos selecionados.

Os 140 artigos finais selecionados foram lidos buscando identificar as ações e abordagens de promoção da saúde utilizadas, os métodos de avaliação utilizados, assim como as indicações para uma reorientação dos serviços de saúde numa perspectiva ampliada da saúde. Os dados apresentados na tabela 01 apresentam a quantidade de artigos selecionados nas diversas fases.

Tabela 01 – Total de artigos encontrados versus total de artigos selecionados para análise final por base de dados.

Base de dados	Artigos selecionados com 03 descritores iniciais (hipertensão, atenção básica e promoção da saúde)	Artigos* selecionados com descritores ampliados	Artigos descartados após análise preliminar	Total de artigos selecionados pelo resumo ou texto geral para análise detalhada	% de artigos finais selecionados pelo resumo ou texto geral
Scielo	07	90	39	58	60%
Medline	00	184	120	64	35%
Pubmed	19	03	04	18	82%
Total	26	277	163	140	46%

*: já retirados os repetidos.

Apesar de conter nos descritores a temática da promoção da saúde associada ao controle da hipertensão, grande parte dos textos selecionados não tratava de experiências ligadas à promoção da saúde, algumas vezes trazendo somente dados de prevalências, medicações ou tratamentos curativos. Foi pequena a quantidade de artigos que, de fato, apresentam experiências relacionadas às ações efetivas da promoção da saúde relacionada ao campo da reorientação dos serviços de saúde no controle da hipertensão arterial, baseada em uma concepção ampliada de saúde e que contemple de fato a participação, empoderamento da população e a intersetorialidade, princípios básicos de ação da promoção da saúde.

Este primeiro resultado suscitou as seguintes indagações: as experiências e estratégias que, de fato, levam em conta as ações de promoção não estão sendo publicadas ou o interesse dos pesquisadores e da academia em relação a essa questão não tem sido considerado, ou seja, estamos ainda fazendo parte de um movimento contra hegemônico na área da saúde? Outro ponto de inadequação foi mais técnico: Será que a seleção dos descritores não foi correta? Será que autores que escrevem sobre mudanças efetivas nas práticas de saúde não relacionam tais experiências com a promoção da saúde? Ou ainda, em que medida alguns descritores considerados nesta busca dispersaram os artigos em blocos distintos?

Muitos artigos selecionados continham outros descritores como: Cardiovascular Diseases; Prevention & Control; Family Practice; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health Services; Family Health; Heart Diseases; Preventive

Medicine, entre outros. Isso pode indicar que uma vasta nomenclatura está associada a essa temática, o que pode dificultar mais ainda a busca por artigos.

Em relação às datas de publicação dos artigos, temos a seguinte distribuição: os primeiros artigos datam de 1983, e relatam experiências americanas; de 1983 a 1994 foram identificados 18 artigos; de 1995 a 2004 são 47 artigos selecionados e de 2005 a 2010 encontramos a maioria dos artigos, com 75 seleções.

Diante desse cenário concluímos que a discussão sobre a promoção da saúde parece recente e que a produção e disseminação de suas estratégias e experiências ainda são bastante incipientes se compararmos com os artigos ligados ao tratamento clínico ou prevalência da hipertensão arterial.

Quanto às nacionalidades, também identificamos cenários distintos. Na base de dados Scielo, dos 50 artigos referidos, 46 artigos apresentavam relatos de trabalhos realizados no Brasil e publicados em revistas brasileiras e apenas 04 artigos em revistas internacionais. Já nas bases de dados Medline e Pubmed identificamos o oposto, apenas 09 artigos de experiências brasileiras e 81 artigos de experiências internacionais. Países mais desenvolvidos como os Estados Unidos, Canadá, Finlândia e Espanha são os que mais publicaram artigos relacionados às ações de promoção da saúde com foco no controle da hipertensão arterial.

Entre os artigos nacionais o primeiro trabalho publicado foi em 1990 em Porto Alegre pelos autores RADAELLI e TAKEDA et al., que tinha como objetivo principal conhecer, a partir da análise de prontuários, as queixas, diagnósticos e procedimentos comumente efetivados em um serviço de medicina comunitária. Apesar de não mencionar diretamente a promoção da saúde, aponta a necessidade de procedimentos ligados à educação.

Sendo o município de Fortaleza cenário do estudo, destacamos que os artigos realizados no município somam 11 artigos, 8% do total de artigos e 22% do total de artigos nacionais selecionados, tendo sua grande concentração (09 artigos - 82%) de experiências realizadas após 2005, período no qual houve uma mudança na prática de atenção à saúde que incluía em sua proposta uma valorização do ensino e pesquisa.

Classificação dos artigos segundo Modelos de Avaliação da Promoção da Saúde

Há pelo menos 30 anos vários autores têm se dedicado a analisar questões sobre avaliação das ações de promoção da saúde. Nutbeam, um dos pioneiros, relator de quase todas as Conferências Internacionais, em um de seus artigos aponta para essa discussão e apresenta um modelo de Avaliação para a Promoção da Saúde, baseado em uma concepção socioambiental de saúde que foi, pela primeira vez, divulgada na Carta de Ottawa, embasando a já mencionada abordagem socioambiental da Promoção da Saúde, escolhida como referencial teórico deste trabalho. Esse modelo, com base neste conceito de Promoção da Saúde, parte do princípio que para sensibilizar e preparar indivíduos e coletividades para participar de um processo de promoção da saúde são necessárias três tipos de estratégias com objetivos diferentes: educação³, facilitação⁴ e advocacia⁵ por políticas públicas saudáveis. (Figura 02)

Estas estratégias devem ter resultados que indiquem que o processo de promoção da saúde foi efetivo, destacado no segundo quadrante da figura: se ocorreu um letramento⁶ em saúde da população participante do processo, se a partir da ação conjunta com os facilitadores tomaram iniciativas para resolver os seus problemas, ou ainda, se organizaram ou se inseriram em alguma ação coletiva para a resolução dos problemas de infraestrutura ou aproveitamento das oportunidades existentes e,

³ Educação em Saúde inclui oportunidades conscientemente construídas de aprendizagem envolvendo algum tipo de comunicação destinadas a aumentar o letramento em saúde, incluindo ampliação de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades para a vida, que são importantes para a saúde individual e coletiva. NUTBEAM, 1998.

⁴ Facilitação é um processo através do qual, diferentes interesses (pessoais, sociais, econômicos) dos indivíduos e comunidades, e diferentes setores (público e privados) são conciliados para promover e proteger a saúde. Mudança produz conflitos, a facilitação é o processo de tentar conciliar estes interesses, por exemplo, em relação ao acesso, uso e distribuição de recursos. NUTBEAM, 1998.

⁵ Advocacia para a saúde: é a combinação de ações individuais e sociais designadas para ganhar compromisso e apoio político aceitação social e apoio do sistema para um específico objetivo de saúde ou programa. Exemplos de estratégias de advocacia são: uso da mídia, lobby político, mobilização comunitária.

⁶ Letramento em saúde. Significa mais do que ser capaz de ler panfletos e marcar compromissos. Representa as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e habilidade dos indivíduos de ganhar acesso a, compreender e utilizar informação de forma a tomar decisões conscientes em relação as ações de saúde.

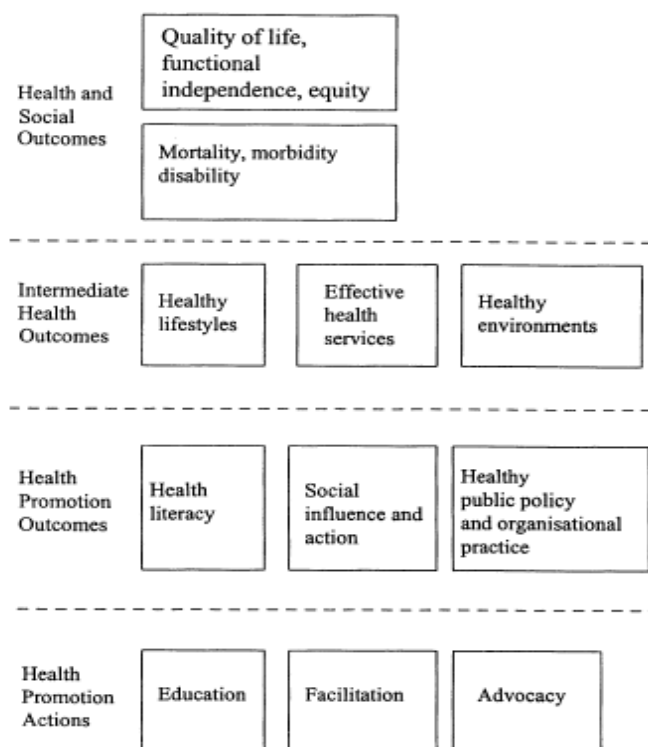
finalmente, se pensaram em políticas públicas⁷ ou práticas organizacionais intersetoriais que possam concretizar as mudanças sociais ou culturais necessárias para a promoção da saúde da população envolvida no problema.

A partir disto, o autor pensa em alguns resultados intermediários que as ações de promoção da saúde possam ter em termos de saúde que são: mudança nos estilos de vida, a existência ou disponibilidade de serviços de saúde efetivos para vigilância e tratamento de questões de saúde que incidem na população residente em um determinado território e a criação de ambientes de apoio à promoção da saúde, tais como programas de escolas e ambientes de trabalho saudáveis e outros.

Segundo o autor, o resultado final de um programa de promoção da saúde deve ser resultado para a saúde e qualidade de vida de uma população, ou seja, diminuição de taxas de morbidade, mortalidade e incapacidade, em relação ao início do processo além de melhoria na qualidade de vida, independência funcional e equidade.

⁷ Políticas públicas saudáveis são caracterizadas por sua explícita ligação com uma concepção ampla de saúde e equidade em todas as áreas de políticas e pelo resultado que tem em termos de impacto em saúde. Seu objetivo principal é criar um ambiente de apoio às pessoas para alcançarem uma vida saudável. Tais políticas tornam as escolhas de saúde possíveis e mais fáceis para os cidadãos. Tornam os ambientes sociais e físicos mais capazes de contribuir para uma vida saudável.

Figura 02. Modelo de Avaliação para Promoção da Saúde. – NUTBEAM (1998)



De acordo com a classificação dessas ações de Promoção da Saúde proposta por NUTBEAM (1998) dos artigos temos que 94 artigos estavam relacionados a atividades educativas, 112 voltadas para acesso ou práticas adequadas e 08 artigos foram classificados como contendo indicação direta a ações de advocacia, ressaltando que alguns artigos estão classificados em mais de um tipo de estratégias e objetivos do modelo de avaliação. (vide quadro 02)

Dentre os trabalhos selecionados temos o de KOVACIC (2007), que chama atenção para a importância do esporte, recreação e outros tipos de atividade física para a saúde da população. Recomenda o desenvolvimento de programas de esporte e lazer para serem usados durante o inverno, em instalações construídas a partir de parcerias estabelecidas entre instituições governamentais e não governamentais, meios de comunicação de massa e outros. Resultado de outro estudo recomenda aos médicos israelenses envolvidos com a atenção primária que realizem exames específicos para liberação de atividade física não competitiva para jovens saudáveis. SCHEINOWITZ e DANKNER et al. (2008).

Dentre os artigos que indicam ações de advocacia, destacamos o artigo de VASCONCELOS e VICTOR et al. (2005) que, a partir da investigação sobre a utilização de medicamentos entre idosos pertencentes a um grupo de uma Unidade de Saúde em Fortaleza, destacaram a importância de pesquisas e estratégias necessárias para facilitar a compreensão e utilização medicamentosa contínua por idosos, já que a apresentação dos medicamentos distintos era semelhante. Junto a isso a constante mudança de laboratórios que abastecem as Unidades, mudando muitas vezes o nome fantasia do medicamento e confundindo ainda mais o usuário.

Essas experiências parecem indicar um olhar diferenciado para a população atendida, buscando alternativas que respeitem e atenda adequadamente à demanda daquele local.

As ações relacionadas a atividades de educação em saúde (conhecimento e auto-percepção acerca de seu corpo e sua condição de saúde) estiveram presentes em 80 dos artigos selecionados, entre eles os estudos de SJOSTROM e KARLSSON et al., 1999; HURST, 2002; DREVENHORN e KJELLGREN et al., 2007).

Referente à temática das influências e ações sociais, 38 dos artigos analisados continham esse tema, sendo 27% do total, como o trabalho de DAGOGO-JACK e EGBUONU (2010), que descreve a abordagem não-farmacológica relacionada às doenças de risco cardiometabólicas carregam enorme importância para a prevenção primária da doença e para a saúde pública. Ressalta, ainda, que enfrentar o desafio de uma implementação de mudança de estilo de vida eficaz a nível comunitário exige um sistema para identificação de populações de risco, a otimização de bases de conhecimentos e práticas de prestadores da saúde, além de programas específicos de intervenção biocomportamental.

Analisando os artigos selecionados para análise final os objetivos e resultados das avaliações em promoção da saúde, seguindo o modelo do autor, na maioria dos artigos selecionados, 116 citaram organização de políticas públicas e práticas de saúde favoráveis nos seus artigos. O artigo de ZINDAH e BELBEISI et al.(2008) descreve de que forma estabeleceu um sistema de vigilância do comportamento de risco associado a doenças crônicas. Os resultados do estudo sustentavam a necessidade da criação de uma orientação mais preventiva em saúde e mudança no sistema público de saúde na Jordânia.

Em relação aos objetivos intermediários de saúde, os artigos que discutiram estilos de vida somaram 97, estando presente em 69% do total de artigos selecionados. Um desses artigos é o trabalho realizado na Espanha por RODRIGUEZ-MARTIN e CASTAÑO-SANCHEZ et al. (2009) que avalia a eficácia de uma estratégia grupal na modificação de estilos de vida e controle de fatores de risco cardiovascular em pessoas hipertensas. O estudo conclui que no grupo de intervenção foram encontradas mudanças nos níveis de motivação para modificar dieta e exercício.

Já os artigos que discutiam a efetividade do serviço de saúde somaram 106 artigos, entre eles SALA e NEMES FILHO et al., 1996; CAR, 1998; GOLDBERG e WAGNER et al., 1998; SANTOS e FROTA et al., 2005; ALVES e NUNES, 2006.

Em relação à discussão de ambientes saudáveis, apenas oito artigos estavam relacionados a esse aspecto e se preocupavam em apontar um trabalho realizado para toda comunidade com estratégias no campo político, ambiental e no sistema de saúde, tais como: PLESCIA e GROBLEWSKI, 2004; MATSON-KOFFMAN e GRANADE, 2008; TENCONI, 2008.

O modelo de avaliação de Nutbeam destaca também os objetivos sociais de saúde, no qual temáticas como, qualidade de vida, independência funcional e equidade estão presentes. Do total de artigos analisados, um pequeno percentual (10%) mencionou algum desses temas em sua discussão. Em relação aos artigos que indicaram redução nas taxas de morbimortalidade e incapacidades temos 28 artigos, representando 20% do total. O quadro 02 descreve, de maneira sistematizada, a classificação dos artigos em relação ao modelo de avaliação de Nutbeam.

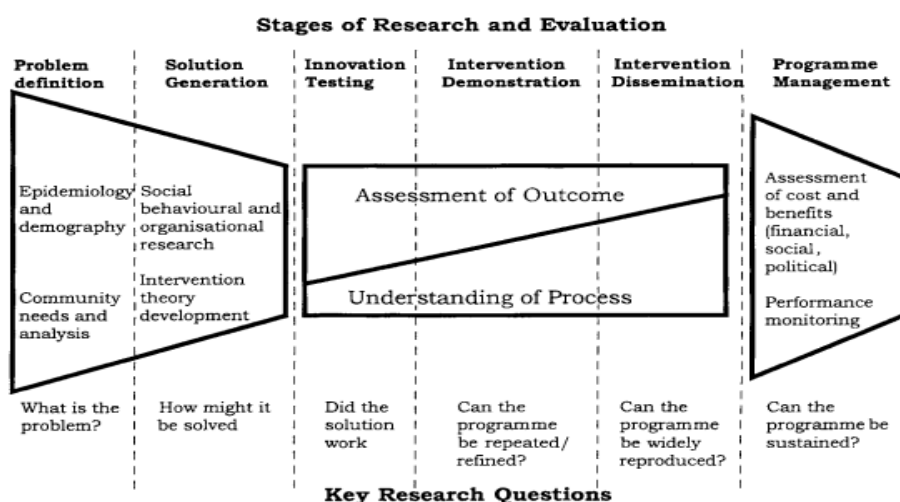
Quadro 02. Número e percentual de artigos seleccionados nas bases de dados e classificados de acordo com Modelo de Avaliação de Nutbeam, 1998*.

Objetivos Sociais de Saúde	Qualidade de Vida, independência funcional, equidade. Artigos: 14 (10%)		
	Mortalidade, morbidade, incapacidade Artigos: 28 (20%)		
Objetivos Intermediários de Saúde	Estilo de Vida Artigos: 97 (69%)	Efetividade do serviço de saúde Artigos: 106 (76%)	Ambientes saudáveis Artigos 08 (6%)
Objetivos da Promoção da Saúde	Educação em Saúde Artigos: 80 (57%)	Ação e influência Social Artigos: 38 (27%)	Políticas Públicas e práticas de Saúde Saudáveis Artigos: 116 (86%)
Ações da Promoção da Saúde	Educação Artigos: 94 (67%)	Facilitação Artigos: 112 (80%)	Advocacia Artigos: 08 (6%)

*: Alguns artigos estão classificados em mais de um item, portanto, a soma final ultrapassa os 140 artigos analisados.

Além de apresentar esse modelo de avaliação, o autor descreve um modelo operacional de desenvolvimento para a avaliação dos programas de promoção da saúde com seis etapas, conforme pode ser visto na figura 03. (NUTBEAM 1998).

Figura 03. Avaliação dos Programas de Promoção da Saúde com seis etapas. NUTBEAM (1998)



O modelo operacional, metodológico, dividido em seis fases, apresentado pela figura 03, sugere que para darmos início à pesquisa, deveríamos partir da definição do problema, fase na qual aspectos epidemiológicos e demográficos, além

de análise das necessidades da comunidade são investigados. Em seguida, deveríamos pensar em como o problema pode ser solucionado, para isto deveríamos tomar como base pesquisas sociais e comportamentais buscando ampliar a compreensão das populações-alvo que podem servir de sustentação para o desenvolvimento da intervenção. A intervenção, subdividida em três fases, compreende que devam ser realizados estudos experimentais com o objetivo de avaliar se os objetivos definidos poderão ser alcançados. A fase seguinte referente à demonstração da intervenção, busca verificar se o programa poderá ter sucesso. Em seguida, a quinta fase está relacionada à disseminação da intervenção, ou seja, identificação de formas com as quais os programas de sucesso podem ser disseminados. A última fase da pesquisa está relacionada ao gerenciamento do programa, como o monitoramento dos resultados e a distribuição de verbas.

Tendo em vista a importância do trabalho de NUTBEAM (1998), o artigo servirá de alicerce para a análise dos artigos encontrados nas diferentes bases de dados, por apresentar uma importante descrição de resultados possíveis das ações de promoção da saúde, em cada estágio dos processos implementados.

O quadro 03 apresenta a classificação que fizemos - destacado pela cor vermelha - a partir dos artigos selecionados pelos descritores (hipertensão arterial, atenção básica e promoção da saúde) em relação ao esquema de avaliação operacional dos programas de promoção da saúde proposto por Nutbeam, ilustrado na figura 02.

Quadro 03. Número e percentual de artigos classificados de acordo com as fases da avaliação operacional dos Programas de Promoção da Saúde propostas por Nutbeam (1998)*.

Estágios da pesquisa e Avaliação					
Definição do Problema	Geração de soluções	Teste de inovação	Demonstração intervenção	Disseminação intervenção	Gestão do Programa
Epidemiologia e demografia Análise das necessidades comunidade Artigos: 64 (46%)	Comp. social organizacional da pesquisa Desenv. teórico da intervenção Artigos: 24 (17%)	Artigos: 42 (30%) Apreciação dos Resultados Artigos: 26 (18%) Compreensão do Processo Artigos: 16 (11%)			Apreciação custos e benefícios Acompanhamento do desempenho Artigos: 14 (10%)

*: Alguns artigos estão classificados em mais de um item, portanto, a soma final ultrapassa os 140 artigos analisados.

Os dados apresentados mostram que a maior concentração encontra-se na primeira fase, com 46% dos artigos. Essa fase está relacionada à identificação de problemas, com a descrição de aspectos epidemiológicos e/ou a percepção dos problemas enfrentados na comunidade.

A geração de soluções, com artigos que descrevem aspectos teóricos de programas ou projetos, assim como organização da pesquisa são o foco de 24 artigos, 17% do total pesquisado.

Em consonância com as fases 3^a, 4^a e 5^a (teste de inovação, demonstração da intervenção e disseminação da intervenção) que apresentam dados de uma intervenção, foram encontrados em 42 artigos, representando 30% do total. Esses artigos foram divididos ainda em dois grupos: aqueles que apontam para os resultados da intervenção com sinalização de mudança de indicadores e alguns com indicação de novas estratégias – 26 artigos (28%); e, aqueles que vão além e apresentam uma compreensão do processo da intervenção, entendido nesse caso como maior nível de participação – 16 artigos (11%).

Apesar dos artigos estarem voltados para a descrição de projetos e programas de intervenção e, portanto, podendo apresentar aspectos ligados a custo-benefício,

apenas 10% dos artigos pesquisados mencionam diretamente esta relação. (CARRAGETA e NEGRAO, 1994; GIESE e LACKLAND, 2003; NISHTAR e FARUQUI, 2004; EAKIN e REEVES et al., 2008).

Fizemos também classificação dos artigos por tipo de estudo, instrumentos e estratégias utilizadas.

Os artigos selecionados para análise apontaram para os seguintes tipos de estudo: 10 (7%) artigos de revisão (SARQUIS e DELL'ACQUA et al., 1998; BOULWARE e DAUMIT, 2002; CHAVES e LUCIO et al., 2006; TOLEDO e RODRIGUES et al., 2007); 11(8%) estudos de caso (RABELLO e PIERIN et al., 2004); 03 (2%) observacionais (LIMA e PORTELA et al., 2009); 37 (26%) descritivos ou descritivos longitudinais (SANTOS e SILVA, 2006; SARAIVA e SANTOS et al., 2007); 15 (11%) randomizados (TONSTAD e ALM et al., 2007); 22 (16%) transversais (LAI e CHU, 1995; FOSS e DICKINSON, 1996; VICTOR e XIMENES et al., 2009); 20 (14%) teóricos. De um total de 140 artigos, 74 (53%) utilizaram metodologias quantitativas e 23 (16%) metodologia qualitativa.

Do ponto de vista da Promoção da Saúde, o uso de métodos qualitativos de pesquisa, especialmente a pesquisa ação participante permitem apreender as reais necessidades, diversidade cultural e de significados e, ainda, valores da população que ocupa um determinado território, considerado muito mais do que um limite geográfico permitindo desta forma, elaboração de ações e estratégias mais adequadas à realidade local.

As pesquisas quantitativas enfatizavam em sua grande maioria perfis epidemiológicos, sociais, tais como: prevalências, sexo, idade, escolaridade, entre outros. (SALA e NEMES et al., 1998; ONO e OYEKIGHO et al., 2006; PAIVA e BERSUSA et al., 2006; GARCÍA-ORTIZ e GÓMEZ-MARCOS et al., 2007). Outros estudos quantitativos apresentaram estudos comparativos de grupos que tinham alguma atividade específica para auxiliar no controle da HA e grupos controle, ou com avaliações pré e pós-intervenção (SOUSA e SOUZA et al., 2006; GARCÍA-ORTIZ e SANTOS-RODRÍGUEZ et al., 2008).

No caso dos estudos qualitativos o objeto do estudo estava focado em percepções sobre modo de vida e níveis de conhecimento das características e fatores de risco associados ao controle da hipertensão (GRANT, 1993; OLIVEIRA e

ARAUJO, 2002; PÉRES e MAGNA et al., 2003; LIMA-COSTA e PEIXOTO et al., 2004; LAPCEVIC e VUKOVIC, 2004; MACHADO e CAR, 2007), além de conhecimentos acerca das relações estabelecidas entre pacientes e profissionais e entre os próprios profissionais (CAR e EGRY, 1996; DELL'ACQUA e PESSUTO et al., 1997; SENGWANA e PUOANE, 2004; MARTÍN-ALFONSO e BAYARRE-VEA et al., 2007).

Em relação ao tipo de atenção analisada: individual, em grupos ou comunitário; a grande maioria, 86 artigos ou 61% do total, estavam focados em procedimentos de atenção individual, como consultas, aconselhamentos, telefonemas, inquéritos e outros. (HENSLEY e JONES et al., 2005; DIDIER e GUIMARÃES, 2007; OGANOV e POGOSOVA, 2007; DOSSE e CESARINO et al., 2009; BENNETT e HERRING et al., 2010)

Análises ou descrição de ações em grupos, ou propostas de ações em grupo correspondem a 32% dos artigos analisados. (SVETKEY e HARSHA, 2003; WOOLLARD e BURKE, 2003; MENARD, 2004; SILVA e FELDMAM et al., 2006)

Ações ou intervenções de nível comunitário (foco principal da Promoção da Saúde) só estiveram presentes em 20 artigos, sendo apenas 14% do total. (LARSON, 1988; WHELTON, 2002; DAMIANI e DE FINO, 2006; EGAN e LACKLAND, 2006)

O trabalho de PAVLEKOVIC e SOSIC et al. (1992) apresenta um modelo de intervenção em uma comunidade rural como parte de um programa contra doenças crônicas em base populacional. Os resultados apontaram que é necessário e eficaz envolver a população na avaliação de prioridades, planejamento, aplicação e acompanhamento de programas. Já WIESEMANN, METZ et al. (1997) descreveu uma intervenção em uma comunidade alemã que utilizava três estratégias: consulta habitual, grupos e atividades comunitárias. Como conclusão, o autor mencionou que as três estratégias juntas permitem um forte apoio e sucesso a longo prazo.

O que podemos inferir a partir desses dados, reforçando aspecto já referido anteriormente, é que possivelmente, ainda, estamos investindo em ações e estratégias de avaliação voltadas principalmente à prevenção de doenças e agravos e não à promoção da saúde no sentido que é entendido neste trabalho. Estamos em um

caminho inverso do que acreditamos ser a melhor forma de alterar as taxas de morbimortalidade – os autores estão buscando os resultados de prescrições individuais e coletivas e não de estratégias de diminuição das iniquidades sociais e de saúde, ou ainda, de transformações sociais e da sociedade de consumo e muito menos de transformações no ambiente urbano para uma vida mais saudável.

Outro aspecto observado nos artigos e estudos realizados esteve voltado aos indicadores e variáveis de análise. Em 66% (92) dos artigos, os indicadores estavam direcionados à caracterização da doença em si, do ponto de vista biológico, sem relacionar às condições de vida, aos padrões culturais e às influências ambientais e de mídia que permeiam a vida da população de hipertensos. Esses artigos focalizaram as seguintes questões: Índice de Massa Corporal, pressão arterial, colesterol, lipídios, glicose, ou seja, indicadores ligados a aspectos clínicos da doença. (TAYLOR, 1983; GOFIN, 1986; KARWALAJTYS e KACZOROWSKI, 2005; SOL, 2005; SICA, 2008; TAN e CHUNG, 2009; TURK e TUIITE, 2009; VARIS e SALOVA, 2009)

Seguindo uma linha de investigação mais próxima da promoção da saúde, 19% (27) dos estudos mencionaram preocupações em conhecer o que pensavam os hipertensos, suas famílias e equipes de Saúde da Família, e como entendiam esse processo de controle da HA. Um desses estudos avaliou o que pensavam os portadores de HA sobre sua doença e o processo de comunicação entre os profissionais e os mesmos. O que se identificou é que existe ainda uma grande distância entre o profissional e o paciente e que o papel do enfermeiro quase sempre é lidar com fatores de risco e complicações. O trabalho desenvolvido em Teresina, por COSTA e NOGUEIRA (2008) buscou analisar se a família contribui positivamente para o controle da pressão arterial. Nesse estudo, foram identificadas categorias relacionadas a aspectos familiares, financeiros, de saúde e emocionais, proporcionando uma visão menos biomédica do tratamento. Outros estudos, como o de ARAUJO e BACHION, 2004; LIN e CHEN et al., 2004; GANDARILLAS e CÂMARA et al., 2005; WIDMAR, 2005, também foram classificados nesse item.

Em relação às estratégias relacionadas aos fatores de risco associados ao controle da HA, a nutrição e atividade física aparecem em maior número nos artigos, com 38% (54) e 36% (51), respectivamente. O tabagismo, bastante associado a HA e

prejudicial à saúde foi tema de 31 artigos (22%) enquanto o alcoolismo foi mencionado em intervenções ou como importante fator de risco a ser acompanhando em 13% (18) dos artigos.

Percebemos que fatores de risco como sedentarismo e obesidade foram os mais estudados, sendo que a maioria dos autores considerou a importância dos hipertensos adotarem um estilo de vida saudável, como condição para a melhoria da qualidade de vida. (SIMONS-MORTON e HOGAN et al., 2000; MARSHALL e BOOTH et al., 2005; ARAUJO e GUIMARÃES, 2007; COTTA e REIS et al., 2008; MARTINS e GUEDES et al., 2009)

Os artigos de avaliação de programas de controle do tabagismo estão mais associados a programas de prevenção, que utilizam a estratégia de aconselhamento ou realizados no estilo campanhista, especialmente dirigidos a jovens e em escolas. (SUBIAS-LOREN e GARCIA-MATA, 2000; HASKELL, 2003; PAWLOWSKI e KOZAKIEWICZ, 2003; BUTTAR e LI, 2005). Há alguns, especialmente voltados para avaliar o efeito de políticas recém conquistadas, dirigidas a restringir os espaços para fumantes.

Tendo a atenção primária como grande responsável pelo controle da HA e hoje já bastante difundido como modelo de atenção, 58% dos artigos tinham o Programa Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família como foco de avaliação. (GASPERI e RADUNS et al., 2008; XAVIER e REIS et al., 2008; ROSA e BERSUSA et al., 2009)

Em contrapartida, a quantidade de artigos que cita a promoção da saúde, foco principal do modelo saúde da família, como estratégia de análise ou modelo associado a melhores resultados, somaram 40 artigos, 28% do total de artigos selecionados para análise. (PAUL e GEMSON, 1989; ADIB e NUWAYHID, 1995; PHAROAH e SANDERSON, 1995; GRANDES e SANCHEZ, 2008; PIRES e MUSSI, 2009)

Entretanto, um avanço importante pode ser observado: conclusões, considerações finais ou recomendações apontando para uma comparação favorável das estratégias que levam em conta o modelo de atenção da saúde da família, com ações ligadas à prevenção e controle dos agravos, assim como, ações de Promoção da Saúde. Isto foi observado em 69 artigos – 49%. (ESTEBANELL-ARNAL e URIEL-

PEREZ, 1992; MASHRU e LANT, 1997; HELLENIUS e JOHANSSON, 1999; ERIKSSON e WESTBORG, 2006; GRAHAM e SKETRIS, 2006; PETERSON, 2007; TOPRAK e DEMIR, 2007; AYO-YUSUF, 2008; NUGMANOVA e PILLAI, 2008)

Um artigo com considerações teóricas elaborado por LOPES e MARCON (2009) em Fortaleza, articula muito bem o conceito de Promoção da Saúde e sua interface com o contexto atual. O estudo conclui que a Promoção da Saúde constitui ferramenta importante para originar novos modelos de atenção e gestão em saúde, de melhoria da qualidade de vida e outras realidades que possam tornar possível alcançar equidade em saúde.

MANO e PIERIN (2005) compararam dois grupos de hipertensos, um atendido pelo programa tradicional e outro acompanhado pelo PSF. Como resultados mencionaram que, apesar do controle pouco satisfatório da pressão em relação ao seu controle, os hipertensos seguidos pelo PSF apresentam queda significativa nos níveis pressóricos. Apesar de apontar os grupos apenas como alternativas de controle dos fatores de risco associados a HA, os dados mostram que o controle se deu de maneira mais eficaz no PSF do que no tratamento realizado no programa tradicional convencional realizado em Unidades de Saúde.

As análises também foram classificadas em relação à eficácia da estratégia e atenção dirigida. Os artigos que mencionaram pontos positivos em relação à eficácia da Estratégia Saúde da Família somaram 77 (55%) e aqueles que mencionaram pontos negativos somaram 65 (46%) artigos. Em relação aos pontos positivos podemos citar melhores controles dos fatores de risco, presença de equipe multidisciplinar, apoio da família, boa relação com o profissional, fé, entre outros. (SPANGLER e KONEN, 1993; LESSA e MENDONÇA, 1996; HUDON e FORTIN, 2008)

Já em relação às barreiras dos programas estão: irresponsabilidades dos pacientes; ausência de informações sobre pacientes, prontuários e outras observações preenchidas inadequadamente, pouco preenchidas ou inexistentes; hegemonia do poder/saber do médico no processo de trabalho; desvalorização das ações educativas, e outros.

Campos de ação ligados à promoção da saúde

Os artigos selecionados a partir dos descritores (hipertensão, atenção e promoção) foram também classificados de acordo com os campos de ação ligados à promoção da saúde, conforme descritos na tabela 02. Optamos em classificar os artigos encontrados, mesmo aqueles que não mencionam diretamente a promoção da saúde. Deste modo, vale ressaltar que a maior parte dos artigos enfatiza a prevenção de doenças e ainda, ao mencionar os campos da promoção, o faz principalmente nas indicações e/ou recomendações, não fazendo parte direta da intervenção realizada.

Nesse sentido, vale apontar para uma possível dificuldade em sair do campo teórico para o campo prático. As ideias e conceitos elucidados pelos campos da promoção da saúde são considerados como estratégias de mudanças, entretanto, na maioria das vezes não tem ultrapassado a dimensão teórica.

Tabela 02 – Relação de artigos selecionados por base de dados em relação aos campos de ação da Promoção da Saúde segundo Conferência de Ottawa*.

Base de dados	Desenvolvimento de Habilidades	Entornos Saudáveis	Fortalecimento da Ação Comunitária	Reorientação dos Serviços de Saúde	Políticas Públicas Saudáveis
Scielo	40	02	16	28	01
Medline	55	06	15	45	02
Pubmed	17	-	03	05	-
Total	112	08	34	78	03

*: Alguns artigos estão classificados em mais de um item, portanto, a soma final ultrapassa os 140 artigos analisados

Podemos perceber que, apesar dos cinco campos da promoção da saúde terem sido definidos desde 1986, na realização da I Conferência sobre Promoção da Saúde em Ottawa (BRASIL, 1996) os mesmos não parecem ter sido disseminados com a mesma força que as abordagens comportamentalistas. A partir dos dados apresentados na tabela 02, podemos perceber que os artigos que enfatizam o

desenvolvimento de habilidades são em número 4 vezes maior do que aqueles que consideraram o fortalecimento da ação comunitária como um dos campos a serem desenvolvidos. Entretanto, é importante ressaltar que 78 artigos, ou seja, 56% do total de artigos analisados fizeram referência a reorientações dos serviços de saúde.

Entornos saudáveis e políticas públicas saudáveis são mencionadas em uma parcela pequena de artigos, menos de 5% do total.

Considerando as análises e classificações que foram realizadas com esse exercício, um aspecto pode ser evidenciado: ainda é pequena a produção de artigos ligados ao controle da HA apresentando intervenções voltadas para estratégias que levem em conta a coletividade, a participação comunitária, o empoderamento dos indivíduos, a preocupação com espaços saudáveis, ou seja, que exercitem de fato a perspectiva socioambiental da promoção da saúde, na qual esses aspectos são considerados.

Contudo, levando-se em consideração que as ações de promoção da saúde e, mais especificamente, as ações que apresentam uma visão socioambiental de promoção, ainda não representam o interesse dos profissionais que trabalham com o predomínio da visão biomédica, curativa e tecnicista, podemos considerar que existe um movimento de programas e projetos que incluem a promoção da saúde como pilares importantes na construção de uma vida com mais igualdade e qualidade de vida.

Trata-se, portanto, de um processo em andamento com muitas barreiras ainda a serem vencidas.

Além das bases de dados Scielo, Medline e Pubmed, analisamos os artigos da revista Health Promotion Education a partir de 2000 e selecionamos alguns editoriais e artigos que consideramos oportunos para essa discussão. Esses artigos apresentam inquietações voltadas para que as implementações de programas de promoção da saúde estejam realmente de acordo com as diretrizes elaboradas na carta de Ottawa e que não se confundam com ações de prevenção de doenças crônicas, focadas somente na mudança de comportamento. Com isso, a recomendação é que as ações e programas incorporem todos os campos da Promoção da Saúde e que possam estar inseridos em novos modelos de serviços de saúde. (SINDALL, 2001; BOURDAGES e SAUVAGEAU et al, 2003)

Um editorial escrito por CATFORD (2007), apresenta o preocupante quadro epidemiológico referente às doenças crônicas não transmissíveis e seu crescente avanço no cenário mundial. Nessa perspectiva indica que a próxima década oferecerá a grande oportunidade para que a promoção da saúde mostre sua força e sua eficácia.

Diante do exposto em relação à problemática da hipertensão arterial, a possibilidade de seu controle estar fortemente associado às ações sustentadas pela promoção da saúde, principalmente a partir da reorientação dos serviços de saúde, objeto de estudo ainda pouco explorado, optamos por investigar neste trabalho o quanto a estratégia de promoção da saúde está sendo efetivada no processo de reorientação do serviço de saúde de atenção básica, com implantação da ESF no município de Fortaleza.

Escolhido o referencial teórico e feita a revisão bibliográfica, consideramos que se justifica a escolha do tema, uma vez que há poucos estudos sobre a Promoção da Saúde na perspectiva socioambiental, especialmente sobre a estratégia de reorientação dos serviços de saúde. A revisão demonstra ainda que a opção pelo uso combinado das metodologias - qualitativas e quantitativas - justifica-se pela necessidade de explorar a subjetividade dos gestores e dos profissionais em relação às suas concepções de saúde, promoção de saúde e a implementação dos Pactos Pela Saúde e Pela Vida e ainda sobre as questões políticas relacionadas à implementação do modelo de gestão dos serviços de saúde em Fortaleza.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar e analisar a prática da Promoção de Saúde na reorientação de serviços de saúde no município de Fortaleza, com foco no controle da Hipertensão Arterial.

Objetivos Específicos:

- Identificar e descrever políticas, planos e legislações atuais da saúde nos níveis nacional, no Ceará e na capital Fortaleza, na perspectiva da Promoção da Saúde para o controle da Hipertensão Arterial;

- Mapear as ações previstas e as ações implementadas da política da Promoção da Saúde no controle da Hipertensão Arterial, no âmbito da atenção básica, no município de Fortaleza;

- Identificar as práticas de promoção da saúde dos profissionais que atendem os usuários dos Centros de Saúde, relacionadas ao Controle da HA;

- Identificar e analisar os facilitadores e as barreiras referidas por gestores, profissionais da saúde e usuários dos Centros de Saúde, para a implantação da política de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde no controle da Hipertensão Arterial no município de Fortaleza.

4. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na modalidade de Estudo de Caso tendo como “unidades de análise” as políticas de controle da HA, adotadas pelos Centros de Saúde do município de Fortaleza, através da Estratégia da Saúde da Família. De acordo com GIL (1989), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo. Para LUDKE e ANDRÉ (1986) o estudo de caso permite ao pesquisador entrar em contato com uma variedade de dados coletados em diferentes momentos, em diversas situações e com vários tipos de informantes.

No objeto de análise temática - Práticas de Promoção da Saúde, e a reorientação dos serviços de saúde, o recorte foi o da hipertensão arterial, como “analisador”, dada sua importância na morbimortalidade, seus determinantes multifatoriais, a relevância das ações de Promoção da Saúde no seu controle, em relação aos seus fatores de risco, e ser um dos agravos prioritários no trabalho da Atenção Básica, através dos Centros de Saúde.

Para realização do estudo utilizamos métodos quantitativos e qualitativos. Segundo ROBSON (1998), a utilização dos métodos quantitativos e qualitativos aumenta o poder interpretativo do estudo permitindo, entre outros aspectos, a triangulação, ou seja, a utilização de múltiplas e diferentes fontes de informação, métodos, informantes ou teorias e o cotejamento e validação constante dos dados obtidos de uma fonte com o de outras fontes de dados.

O estudo foi realizado em três momentos distintos, a saber: (1) fase exploratória realizada através da análise documental; (2) uma fase sistemática de coleta de dados através do uso de métodos quantitativos e métodos qualitativos; (3) de comprovação das hipóteses com a utilização de métodos estatísticos e triangulação de dados obtidos com diferentes metodologias.

(1) Fase exploratória

Na fase exploratória foram identificadas as políticas, os planos, a legislação e ações referentes ao controle da Hipertensão Arterial através da revisão de

documentos oficiais do Ministério da Saúde, Governos do Estado do Ceará e município de Fortaleza, assim como, busca por artigos em bases de dados indexadas, com utilização do software de busca ENDNOTE. Os dados obtidos foram descritos e analisados sob a perspectiva da promoção da saúde e apresentados de forma a subsidiar a discussão e aprofundar as temáticas referentes ao objeto de estudo.

Foram analisadas as bases de dados Scielo, Medline e Pubmed a partir de três descritores iniciais, a saber: a) Promoção da Saúde (Health Promotion); b) Atenção Primária a Saúde (Health Primary Care); c) Hipertensão (Hypertension). Em seguida, uma nova busca foi realizada com descritores ampliados tendo em vista a pouca quantidade de artigos identificados, nessa análise os descritores foram: a) Atenção (Attention); b) Promoção (Promotion); c) Hipertensão (Hypertension). Após a análise dos artigos e descarte daqueles que não tinham relação com os três descritores acima citados, analisamos 140 artigos em profundidade. Os artigos foram classificados segundo os seguintes aspectos: ano de publicação; nacionalidade; publicação em revistas brasileiras e internacionais; tipos de estudo; instrumentos e metodologias utilizadas, entre outros. Além desses aspectos, os artigos foram também classificados de acordo com o modelo de avaliação da promoção da saúde, proposto por NUTBEAM (1998); um autor da área da Promoção da Saúde, que segue a abordagem socioambiental, de acordo especialmente com o relatório e a Carta de Intenções da Conferência de Ottawa (1986).

Ainda na fase exploratória, entrevistamos gestores e coordenadores responsáveis pela proposta de reorientação dos serviços de saúde, os ligados ao programa de Atenção Básica, dentre eles os responsáveis pelo controle da Hipertensão Arterial no município de Fortaleza, Secretário da Saúde do município, os coordenadores das seguintes áreas e/ou programas: Atenção Básica, Programa de Hipertensão Arterial; Sistema Municipal Saúde Escola, Residência em Saúde da Família; Curso Técnico Agente de Saúde; Academia da Comunidade, e os parceiros, Corpo de Bombeiros do Ceará e Associação de Hipertensos, totalizando 09 entrevistas. Os gestores entrevistados foram nomeados de 1 a 7 e seus discursos estarão identificados ao longo da apresentação e discussão como G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, P1, P2, visando preservar a identidade de cada entrevistado.

(2) Fase sistemática de coleta de dados

A segunda fase da coleta de dados foi feita através da busca de fonte de dados primários, com aplicação de questionários auto preenchidos, complementada pelo uso de dados secundários, como a análise de consolidados mensais do atendimento ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial.

Identificamos as ações previstas e as ações implementadas na perspectiva da Promoção da Saúde no nível da atenção básica no município de Fortaleza: quem faz ou não faz; quais facilidades e dificuldades; parcerias estabelecidas; organização das ações; visão da Promoção da Saúde; avaliação e acompanhamento.

O questionário foi adaptado de Dowbor, que analisou também sob a ótica da Promoção da Saúde as Unidades de Saúde da Família do município de São Paulo, entretanto com foco nos determinantes sociais da saúde. Desta forma, alguns resultados poderão ser comparados com o daquele estudo, realizado em outra realidade, também de zona urbana e capital – São Paulo, mesmo que com uma população atendida muito superior a de Fortaleza. (DOWBOR, 2008)

O público alvo da 2ª fase da pesquisa foram os coordenadores dos 91 Centros de Saúde (CS) do município.

O questionário foi elaborado tendo em vista as estratégias da Promoção da Saúde (desenvolvimento de habilidades pessoais, entornos saudáveis, políticas públicas saudáveis, ação comunitária, reorientação do serviço de saúde) e seus princípios, os pilares das ações de Promoção da Saúde, foco central desse estudo, assim como as atividades relacionadas ao controle da hipertensão arterial e divide-se em três partes:

1. Perfil dos coordenadores dos Centros de Saúde;
2. Informações gerais sobre as ações desenvolvidas nos Centros de Saúde;
3. Informações referentes, exclusivamente, às ações de controle na Hipertensão Arterial, desenvolvidas nos Centros de Saúde.

Além disso, foram agrupados blocos de atividades em virtude das ações consideradas de Promoção da Saúde estarem inseridas em processos de atenção à saúde. São eles: (C1) Atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas; (C2) Atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis; (C3)

Atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais; (C4) Atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais; e (C5) Atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população. (DOWBOR, 2008)

Outro instrumento analisado foi o Consolidado Mensal do Atendimento ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial, preenchido pelos Centros de Saúde e enviado à Célula de Atenção Básica do município, mais especificamente à Coordenação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal da Saúde. Foram analisados os consolidados enviados à Secretaria Municipal da Saúde pelos Centros de Saúde durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2009.

Os dados quantitativos, colhidos através dos inquéritos, foram processados em base eletrônica e analisados com o auxílio do software SPSS. As questões abertas foram categorizadas e quantificadas. Utilizamos tabelas e gráficos para auxiliar na visualização dos dados.

Com o objetivo de reduzir a dimensionalidade das variáveis observadas, considerando as inter-relações entre as respostas dos Centros de Saúde, aplicamos nas respostas obtidas com a aplicação dos questionários aos coordenadores dos Centros de Saúde, a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). O interesse está nas análises simultâneas das relações entre os diversos temas ou fatores e uma comparação das unidades de observação, através das categorias de resposta como, por exemplo, a frequência com que os Centros de Saúde realizam atividades como consultas médicas, realização de grupos, atividades de lazer, entre outras. É possível estudar uma população de n indivíduos (no caso da pesquisa os Centros de Saúde) descritos por p variáveis qualitativas, (no caso da pesquisa, as perguntas do questionário sobre a prática da promoção da saúde no controle da hipertensão arterial). Uma aplicação muito comum é o tratamento de respostas das questões de um questionário, para analisar as relações entre os diferentes temas da pesquisa entre si. Cada pergunta constitui uma variável, e as respostas são as categorias de respostas existentes, no qual o indivíduo optou por apenas uma. (PEREIRA, 1999)

A análise foi feita de três formas: estudo dos indivíduos, das variáveis e das categorias.

Estudo dos Indivíduos: Um dos objetivos da ACM é realizar uma tipologia dos indivíduos, baseada nas semelhanças e diferenças dos mesmos. Assim, quanto maior o número de categorias em comum, mais próximo consideramos que um indivíduo está do outro. Nesse caso, cada indivíduo analisado a partir da ACM representa as respostas dos gestores de um dos Centros de Saúde analisado no estudo.

Estudo das Variáveis: Para a análise das relações entre as variáveis foi necessário considerar a tabela de contingência para cruzar as categorias, para maiores detalhes consideram-se mais as categorias do que as variáveis. As variáveis se referem às perguntas do questionário sobre as ações realizadas nos centros de saúde na opinião dos gestores, enquanto que as categorias se referem aos grupos que serão formados.

Estudo das Categorias: Podemos analisar a semelhança entre categorias - grupos de respostas que serão formados - que deve se basear em sua associação mútua: duas categorias se parecem mais, quanto maior é a sua presença ou ausência simultânea em um grande número de indivíduos. As outras categorias não interferem. De outra forma: duas categorias são semelhantes quanto maior ou menor for sua associação com as mesmas categorias.

Posteriormente à ACM usamos a análise de agrupamento hierárquico para fazer a caracterização resumida dos indivíduos, no caso do estudo os Centros de Saúde, com a formação de grupos semelhantes em termos de características da Promoção da Saúde, com base em cada bloco de variáveis. Para caracterização desses grupos usamos análise de resíduos, que indicam quais foram as respostas que realmente predominaram em cada grupo.

Foram selecionados sete grupos de análises, formados a partir dos blocos de atividades e suas respectivas questões do questionário aplicado aos coordenadores dos CS, descritos a seguir:

ACM 1 (baseada em 19 questões/variáveis para caracterizar o exercício de atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças

através de intervenções biomédicas): 31⁸. Consulta Médica; 32. Consulta de Enfermagem; 33. Consulta Odontológica; 34. Pronto atendimento; 35. Primeiros socorros; 36. Dispensação de medicamentos; 37. Aplicação de medicamentos; 38. Vacinação; 39. Inalação; 40. Visita domiciliar do Médico; 41. Visita domiciliar do Enfermeiro; 42. Visita domiciliar do Auxiliar de Enfermagem; 43. Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde; 44. Visando a identificação de grupos de vulnerabilidades; 45. Atividades de grupo; Atividade Grupo categorizados: 46a⁹. HA/DM; 46b. Ciclo de vida; 46c. Gestante, Mulher e Planejamento Familiar, 47d. Saúde Bucal.

ACM 2 (baseada em 13 questões/variáveis para identificar a percepção dos gestores sobre a prevalência maior ou menor de atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, a maior parte delas de caráter mais comportamental, relacionada à função dos profissionais e atendentes de educação em saúde que objetivam a mudança de estilos de vida, de forma vertical ou prevenção específica): 50. Aconselhamento individual; 51. Realização e/ou veiculação de campanhas; Campanhas categorizadas: 52a Imunização; 52b Calendário; 52c Combate Agravos; 52d Prevenção CA; 52e Combate Dengue; 52f Outros); 53. Condução de Palestras; Condução de palestras categorizada: 54a P.HA/DM; 54b P.Ciclo de vida; 54c Gestante, Mulher; 54d P.Saúde Bucal; 54e- P.Outros).

ACM 3 (baseada em 07 questões/variáveis para identificar a opinião dos gestores sobre a prevalência de funções de atendimento realizadas nos centros de saúde ou fora dele, a maior parte delas relacionada à função dos profissionais e atendentes que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais): 58. Realização de grupos; realização de grupos categorizados: 59a G.HA/DM; 59b G.Ciclo de vida; 59c G.Gestante, Mulher; 59d G.Saúde Bucal; 59e G.Outros;.59f Autoestima).

ACM 4 (baseada em 24 questões/variáveis que colaborem na identificação das atividades realizadas em conjunto com a comunidade que objetivam a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de

⁸ Os números apresentados nesse item são correspondentes ao número da questão no questionário aplicada aos coordenadores dos Centros de Saúde. Vide anexo 2.

⁹ As numerações acrescidas de letras são correspondentes às categorizações feitas a partir das questões abertas do questionário aplicado aos coordenadores dos Centros de Saúde.

problemas locais): 63. Terapia comunitária; 64. Vulnerabilidades locais; Vulnerabilidades locais categorizadas; 65a Visita Domiciliar; 65b Acolhimento; 65c Grupo/Programa; 65d P.Bombeiro; 65e Saúde Mental; 65f Conselho Local de Saúde Roda 66. Atividades de educação; atividades de educação categorizadas: 67a - Palestra; 67b Programas; 67c Roda/Gincana; 67d Escola; 67e Palestra/Escola; 68. Atividades de lazer; atividades de lazer categorizadas: 69a Datas Comemorativas; 69b Passeio/Idosos; 69c Esporte; 69d Arte; 70. Atividades de geração de renda, atividades de geração de renda categorizadas: 71a Artesanato; 71b Reciclagem/NotaFiscal; 71c - Feira/Bazar/Bingo; 71d Bolsa Família.

ACM 5 (baseada em 16 questões/variáveis que colaborem na identificação das percepções dos gestores sobre as funções de caráter político realizadas nos centros de saúde e fora deles, até em outros setores, a maior parte delas de caráter participativo, relacionada à função dos profissionais, atendentes e agentes comunitários de saúde, que demanda uma interação com a comunidade para juntos trabalharem por suas condições de vida e trabalho): 75. Reuniões de equipe para definição de políticas locais de Promoção da Saúde; 76. Participação em Conferências de Saúde; 77. Participação em Orçamento Participativo; 78. Participação em reuniões/oficinas de planejamento local; 79. Participação em oficinas de planejamento municipal; 80. Participação em conselhos de educação, etc.; 81. Participação em conselhos regionais ou nacionais; 82. Atividades que estimulem a comunidade a participar de conselhos, reuniões de planejamento; 83. Organização de conselhos gestor; categorização do conselho gestor: 84a Conselho Local de Saúde; 84b Rodas; 85. Organização de grupos de trabalho; categorização dos grupos de trabalho: 86a Combate Dengue; 86b Programas; 86c Rodas; 87. Outras atividades; categorização de outras atividades: 87a Ação Global; 87b Brinquedoteca; 87c Mostra/Fórum Saúde; 87d Atos Ecumênicos.

ACM 6 (baseada em 21 questões/variáveis para identificar a opinião dos gestores sobre o exercício de atividades relacionadas ao trabalho intersetorial, parcerias e alianças para a saúde): 66.1 Parceria com Escola Pública; 66.2 Parceria com Escola Privada; 66.3 Parceria com Casa de Cultura; 66.4 Parceria com Comércio Local; 66.5 Parceria com Igreja/Grupo Religioso; 66.6 Parceria com ONG Local; 66.7 Parceria com ONG Internacional; 66.8 Parceria com Hospital 66.9

Privado; Parceria com Hospital Público; 66.10 Parceria com Sociedade Amigo de Bairro; 66.11 Parceria com Outros Setores; 100. A Unidade de Saúde que você trabalha...; categorização da busca ativa: 101: 101a Busca Ativa; 101b PA/Consulta/Exame; 101c Mutirão/Praça; 101d Palestra; 102. A Unidade que você trabalha ... Programa de HA; categorização para parcerias do Programa de HA: 103a Associação; 103b Universidade/Escola; 103c Empresa; 103d Hospital.

ACM 7 (baseada em 16 questões/variáveis relacionadas as ações de controle da hipertensão arterial): 128. Atividade Física, categorização da atividade física: 129a Academia da Comunidade; 129b Bombeiros; 129c Exercícios; 129d Orientação; 130. Nutrição; categorização das atividades de nutrição: 131a Café da Manhã; 131b Avaliação Especializada; 131c Orientação 132. Tabagismo; categorização das atividades de tabagismo: 133a Atividade Pontual; 133b Gpo.Tabagismo; 133c.Orientação; 134. Álcool; categorização das atividades de álcool: 135a Encaminhamento ao CAPS; 135b Orientação.

Algumas tabelas estão disponíveis no anexo 04.

Além dos dados quantitativos já mencionados, optamos neste estudo por investigações metodológicas de caráter qualitativo. De acordo com MINAYO (1998, p.22) qualquer investigação social deveria contemplar o aspecto qualitativo como uma característica básica de seu objeto de estudo, entendendo que devemos considerar os sujeitos da pesquisa *“gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”*.

Nessa perspectiva, a partir dos resultados obtidos na segunda fase do projeto, foi realizado um quadro, para cada Secretaria Executiva Regional (SER) que sintetizava as respostas dos Centros de Saúde em relação às ações de Promoção da Saúde, com referência a qual perspectiva pareciam seguir prioritariamente: biomédica, comportamental ou socioambiental.

No quadro foram destacadas as respostas do questionário que possibilitariam organizar os Centros de Saúde em relação às práticas de promoção da saúde realizadas nos mesmos, a saber: conceito de promoção da saúde; realização de grupos; atividades para o desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis; realização de palestras; terapias comunitárias; identificação de problemas ou

vulnerabilidades locais, atividades de educação, lazer e geração de renda; definição de políticas locais de promoção da saúde; participação em conselhos; parcerias estabelecidas; atividades relacionadas aos fatores de risco – atividade física, nutrição, tabagismo e álcool.

As respostas foram então analisadas a partir de critérios e para cada uma das seis regionais identificamos, segundo a resposta dos gestores, qual dos Centros de Saúde desenvolvia atividades que mais se destacavam positiva e negativamente. Os critérios estavam relacionados com a prática da promoção da saúde que mais refletia o referencial voltado para uma visão socioambiental. Com isso, selecionamos inicialmente, em cada SER quatro Centros de Saúde, dois dos quais as respostas dadas por seus gestores mais os aproximavam da perceptiva biomédica, e dois dos quais as respostas mais se aproximavam da perspectiva socioambiental da promoção da saúde, num total de 24 Centros de Saúde.

Após essa classificação, realizamos uma coleta de dados de caráter qualitativo, ou seja, entrevistas com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde nesses Centros de Saúde escolhidos a fim de aprofundarmos aspectos importantes associados à implantação de ações referentes ao controle da hipertensão arterial com foco nas práticas da promoção da saúde. Assim, essa fase contou com uma amostra intencional, sendo escolhidos para entrevistas dois Centros de Saúde de cada Regional, um de cada grupo, totalizando 12 CS e 24 entrevistas, conforme quadro 04.

Quadro 04. Descrição da seleção dos Centros de Saúde que participaram da Fase 03 da metodologia deste estudo.

Secretaria Regional de Saúde – SER	Centro de Saúde selecionados inicialmente	Centros de Saúde selecionados para a realização das entrevistas em profundidade	Entrevistas realizadas
SER I	04 (02 CS que se aproximavam da visão socioambiental da promoção da saúde e 02 CS que se afastavam desta visão)	02 (01 CS que se aproximava da visão socioambiental da promoção da saúde e 01 CS que se afastava desta visão)	04 entrevistas no total sendo: 02 profissionais de Saúde de nível superior (01 do CS que se aproximava da visão socioambiental da promoção da saúde e 01 do CS que se afastava desta visão) e 02 ACS (idem)
SER II	04 (idem)	02 (idem)	04 (idem)
SER III	04 (idem)	02 (idem)	04 (idem)
SER IV	04 (idem)	02 (idem)	04 (idem)
SER V	04 (idem)	02 (idem)	04 (idem)
SER VI	04 (idem)	02 (idem)	04 (idem)
TOTAL	24 CS	12 CS	24 entrevistas

As entrevistas permitem a obtenção de dados em profundidade acerca de comportamentos humanos, podendo esclarecer o significado das temáticas, além de permitir captar expressões corporais, posturas, tonalidade de voz e ênfase nas respostas. (GIL, 1989).

Para as entrevistas foram elaborados roteiros semi-estruturados, com foco nas diretrizes e orientações desses programas, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, assim como identificação de facilitadores e barreiras encontradas ao longo dessa atividade. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os roteiros das entrevistas estão inseridos no anexo 03 deste trabalho.

Vale ressaltar que no decorrer da coleta de dados nem todas as entrevistas previstas puderam ser realizadas a contento. Em um dos Centros de Saúde visitados, tanto o profissional de nível superior, quanto o agente comunitário de saúde não permitiram que a gravação fosse realizada e, portanto, essas entrevistas foram

realizadas com a anotação das falas pela pesquisadora. Em outra Unidade de Saúde, o profissional de saúde não aceitou participar da entrevista, não sendo possível realizar também a entrevista com o ACS e em outro Centro de Saúde não conseguimos agendar as entrevistas com os profissionais durante a realização da coleta dos dados. Assim, foram realizadas nesta fase do estudo 20 entrevistas, sendo 01 médico, 09 enfermeiros e 20 agentes de saúde que foram nomeadas, conforme descrição da tabela 03, apresentada a seguir no quadro 05.

Quadro 05. Descrição dos sujeitos entrevistados no estudo de acordo com sua nomeação na ocasião da apresentação dos discursos.

Entrevistados dos Centros de Saúde com ações que se aproximam da visão socioambiental da promoção da saúde	Nomeação
Enfermeiro – Centro de Saúde 1	ENF1+
Enfermeiro – Centro de Saúde 2	ENF2+
Enfermeiro – Centro de Saúde 3	ENF3+
Enfermeiro – Centro de Saúde 4	ENF4+
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 1	ACS1+
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 2	ACS2+
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 3	ACS3+
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 4	ACS4+
Entrevistados dos Centros de Saúde com ações que se afastam da visão socioambiental da promoção da saúde	Nomeação
Enfermeiro – Centro de Saúde 5	ENF1-
Enfermeiro – Centro de Saúde 6	ENF2-
Enfermeiro – Centro de Saúde 7	ENF3-
Enfermeiro – Centro de Saúde 8	ENF4-
Enfermeiro – Centro de Saúde 9	ENF5-
Médico – Centro de Saúde 10	MED1-
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 5	ACS1-
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 6	ACS2-
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 7	ACS3-
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 8	ACS4-
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 9	ACS5-
Agente Comunitário de Saúde – Centro de Saúde 10	ACS6-

Para os dados qualitativos foram feitas análises de conteúdo. Segundo MINAYO (1998), a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado que ultrapasse os significados manifestos. A análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significante) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

As entrevistas foram gravadas, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permissão dos entrevistados, transcritas e analisadas, a partir de leitura exaustiva das falas, sendo formuladas categorias de análise.

Considerando a resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo seres humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com sujeitos da pesquisa, seja como indivíduos, seja coletividade, os sujeitos da pesquisa terão garantidas a privacidade e a individualidade. O projeto passou pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, assim como o Comitê da Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo aprovado por ambos. (BRASIL, 2005)

No quadro 06, estão descritas as fases deste estudo com dados referente aos objetivos, coleta e natureza dos dados, fontes de informação e métodos de análise.

Quadro 06: Sistematização metodológica das fases utilizadas no decorrer da pesquisa

Objetivos do estudo	Fases	Objetivos da fase	Técnicas de coleta de dados	Natureza dos dados coletados	Fontes de informação	Método de Análise dos dados
Identificar e descrever políticas, planos e legislações atuais da saúde nos níveis nacional, no Ceará e na capital Fortaleza, na perspectiva da Promoção da Saúde para o controle da Hipertensão Arterial;	Fase 1: Exploratória	Caracterizar os programas voltados para o controle da Hipertensão Arterial, sob a ótica das práticas da Promoção da Saúde	Documental	Qualitativo	Ministério da Saúde; Secretarias de Governo; IBGE; DATASUS	Análise Documental
	Fase 1: Exploratória Revisão bibliográfica	Discutir a partir de revisão bibliográfica dos marcos conceitual e avaliação dos programas e projetos de Promoção da Saúde dirigidos à prevenção e controle da Hipertensão Arterial na Atenção Básica de Saúde	Software de busca ENDNOTE; biblioteca FSP/USP.	Quantitativo e qualitativo	Base de dados indexada: Medline; Pubmed; Scielo. Descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Hipertensão E revista Health Promotion Education	Análise dos artigos a partir do Modelo de Avaliação para Promoção da Saúde e Modelo de Desenvolvimento para a avaliação de programas de Promoção da Saúde de Nutbeam (1998)
	Fase 1: Exploratória Entrevistas em profundidade	Conhecer projetos, programas e ações da SMS de Fortaleza referente à reorientação do serviço da saúde no município	Entrevistas semi-estruturadas	Qualitativo	Secretário da Saúde do município, os coord. das seguintes áreas e/ou programas: Atenção Básica, Programa de Hipertensão Arterial; Sistema Municipal Saúde Escola, Residência em Saúde da Família, Curso Técnico Agente de Saúde, Academia da Comunidade, Corpo de Bombeiros e Associação de Hipertensos	Análise de conteúdo

continua

Quadro 06: Sistematização metodológica das fases utilizadas no decorrer da pesquisa

continuação

Objetivos do estudo	Fases	Objetivos da fase	Técnicas de coleta de dados	Natureza dos dados coletados	Fontes de informação	Método de Análise dos dados
Mapear as ações previstas e as ações implementadas da política da Promoção da Saúde no controle da Hipertensão Arterial no âmbito da atenção básica no município de Fortaleza; Identificar as práticas dos profissionais que atendem os usuários dos Centros de Saúde, relacionadas ao Controle da HA;	Fase 2: Coleta de dados – Centros de Saúde	Identificar as práticas de Promoção da Saúde relativas ao Controle da Hipertensão Arterial no PSF do município de Fortaleza.	Questionário	Quantitativo	Coordenadores dos Centros de Saúde	Software SPSS para organização dos dados e Análise de Correspondência Múltipla (AMC).
	Fase 2: Coleta de dados – Centros de Saúde: Consolidado Mensal de Atendimento ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial	Identificar controles dos indicadores e a sua possível associação com as atividades de Promoção da Saúde dos CS do município.	Instrumento da SMS: Consolidado Mensal de Atendimento ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial.	Quantitativo	Consolidados enviados à SMS pelos CS durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2009.	Software SPSS
	Fase 2: Coleta de dados – Centros de Saúde: Indicadores Oficiais	Identificar controles dos indicadores pelo MS referente à Hipertensão Arterial	Busca em Base de Dados oficiais do Ministério da Saúde	Quantitativo	SIAB – DATASUS; HIPERDIA	Sistematização dos dados e comparação com resultados obtidos pelos consolidados da SMS

continua

Quadro 06: Sistematização metodológica das fases utilizadas no decorrer da pesquisa

continuação

Objetivos do estudo	Fases	Objetivos da fase	Técnicas de coleta de dados	Natureza dos dados coletados	Fontes de informação	Método de Análise dos dados
Identificar as práticas dos profissionais que atendem os usuários dos Centros de Saúde, relacionadas ao Controle da HA;	Fase 3: Qualitativa – agrupamento dos CS por perspectiva da Promoção da Saúde	Sintetizar as respostas dos CS em relação às ações de Promoção da Saúde, com referência a qual perspectiva parecia seguir: biomédica, comportamental ou socioambiental.	Quadro de respostas a partir de dados do questionário	Quantitativo e Qualitativo	Questionários dos Centros de Saúde pesquisados. Indicando 4 CS por Regional de Saúde, 02 CS com atividades que mais se aproximam e 02 que mais de afastam da perspectiva socioambiental	Categorização em função das atividades desenvolvidas
	Fase 3: Qualitativa – Profissionais Nível Superior e ACS dos CS	Aprofundar aspectos importantes associados à implantação de ações referentes ao controle da HA com foco nas práticas da Promoção da Saúde.	Entrevista semi-estruturada. Amostra intencional.	Qualitativo	Entrevistas em 10 CS, com 09 enfermeiros, 01 médico e 10 ACS.	Análise de conteúdo
Identificar e analisar os facilitadores e barreiras referidas por gestores, prof. da saúde dos CS, para implantação da política de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde no controle da HA	Fase 3: Qualitativa: barreiras e facilitadores.	Identificar e analisar os facilitadores e as barreiras referidas pelos sujeitos participantes da pesquisa	Entrevista semi-estruturada.	Quantitativo e Qualitativo	Todos os sujeitos que participaram da coleta de dados: coordenadores dos CS, gestores, coordenadores de programas, enfermeiros, médico e ACS dos CS.	Análise de conteúdo

5. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Ceará, na região nordeste do Brasil. (vide figura 04). O município de Fortaleza localiza-se no litoral norte do estado, com área territorial de 313,8 Km² e população estimada pelo IBGE em 2.374.944 habitantes em 2005, a quinta maior cidade do país; sendo 53,2% do sexo feminino e encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos, 40,4% da população. Entretanto a população, apesar de ainda ser predominantemente jovem, vem alterando sua pirâmide populacional e conta atualmente com 25% da população, acima de 40 anos. (FORTALEZA, 2006)

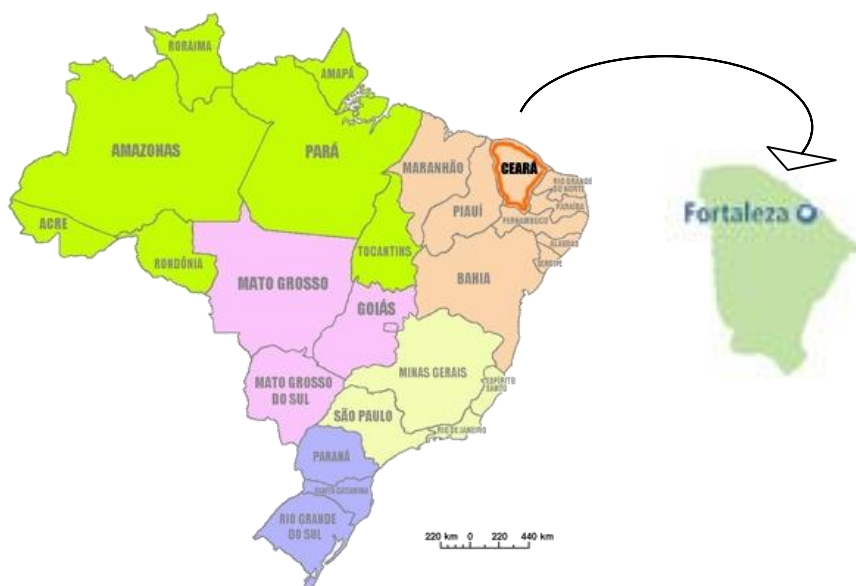
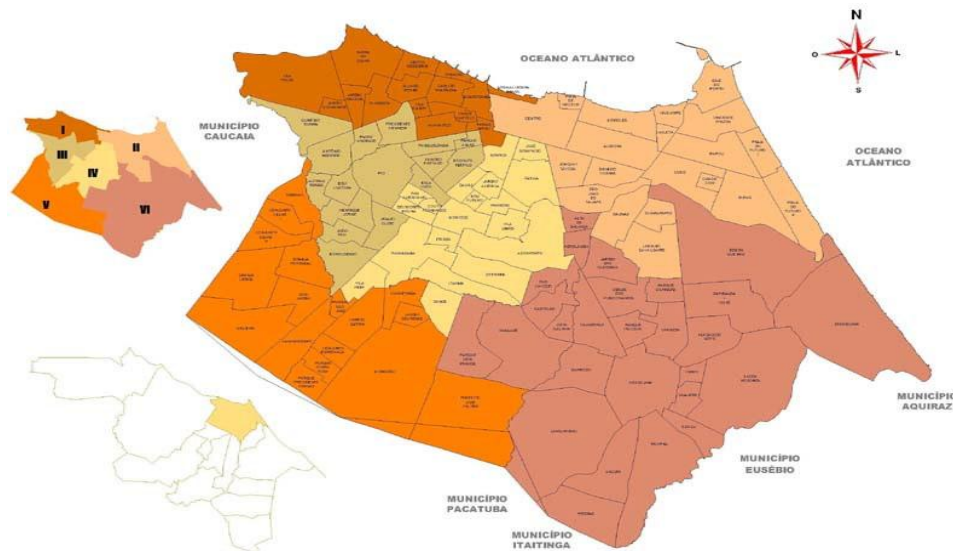


Figura 04: Mapa do Brasil por regiões com destaque para localização do Estado do Ceará e município de Fortaleza.

O município encontra-se dividido em seis regiões administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER) - criadas a partir da Lei N^o 8.000, de 29 de Janeiro de 1997, conforme ilustrado na figura 05. (FORTALEZA, 1997).

As SER funcionam com um Distrito de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infra-Estrutura.

Figura 05. Secretarias Executivas Regionais (SER) no município de Fortaleza



Fonte: Relatório de Gestão SMS - Assessoria de Planejamento/Secretaria Municipal de Saúde, 2006

Esse processo de distritalização foi iniciado em 1983 e oficializado em 1990. Segundo RIBEIRO (1997), Fortaleza foi a primeira cidade do Brasil a municipalizar suas ações e serviços de saúde em 1990, bem antes da IX Conferência Nacional de Saúde cujo tema central “Saúde: Municipalização é o Caminho”, ‘enfocava’ Saúde como Qualidade de Vida em 1992. A autora, ainda, acrescenta que a efetiva descentralização num processo de transformação envolveu redistribuição de poder e recursos, redefinição de papéis, reformulação de práticas e estabelecimento de novas relações – profissionais X usuários e implantação dos Conselhos de Saúde (Local, Distrital e Municipal).

Em 1991, com o apoio da OPAS, um dos distritos realizou oficinas de territorialização e de sistema de informação que possibilitou o reconhecimento do território, o levantamento e sistematização de informação e a reorganização de alguns serviços, inclusive com remanejamento de pessoal, experiência expandida em seguida para todos os distritos.

Nesse sentido, observamos que Fortaleza é reconhecida pelos processos que vivenciou na regionalização, ações de promoção e intersetorialidade, ou seja, na

história da cidade já existiam tentativas de abordagem que valorizavam o território na perspectiva da construção social.

Na tabela 03, a seguir, constam dados demográficos relacionados a cada uma das seis regiões administrativas de Fortaleza.

Tabela 03 - Regiões Administrativas de Fortaleza. Dados Demográficos, 2003

Regiões Administrativas	Área/HA	População 2003	Densidade Demográfica	Nº. de Domicílios
Regional I	2.538,2	358.374	141	100.044
Regional II	4.933,9	328.565	67	75.056
Regional III	2.777,7	358.776	129	101.173
Regional VI	3.427,2	273.764	79	77.749
Regional V	6.346,7	477.160	75	131.960
Regional VI	13.492,8	459.596	34	136.956
Total	33.516,2	225.623	567	662.938

Fonte: IBGE/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CEVISA/PMCD in FORTALEZA, 2006.

Ainda em relação às Secretarias Regionais é importante ressaltar a questão das iniquidades em saúde, em educação, em condições de vida etc. As regionais apresentam cenários distintos, e conseqüentemente, demandas e problemas também diferentes. Por exemplo, a SER V é considerada a mais pobre e mais violenta, onde estão localizados os bairros Bom Jardim e Granja Portugal, já a SER II, onde estão os bairros Aldeota e Meireles é a região mais rica da cidade.

Nesse sentido, percebemos grandes diferenças regionais, o que torna a Promoção da Saúde e a abordagem dos determinantes sociais da saúde mais importante para ajudar no enfrentamento das iniquidades.

Em relação à gestão municipal, o município de Fortaleza encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2003), o que coloca para a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde. O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em

espaços interestaduais. Dispõe de 1.712 Estabelecimentos de Saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. (FORTALEZA, 2006)

Dos estabelecimentos de saúde inscritos no CNES, 7% estão sob a gerência direta de uma das esferas governamentais de gestão do SUS, ressaltando-se que a gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade do gestor municipal. Dos estabelecimentos cadastrados no CNES, 161 são públicos (4,2%) e 3.617 privados (95,7%). Dos públicos, 128 são da esfera administrativa municipal (79,5%), 28 da estadual (17%) e 5 (3%) da federal. Dos privados, 129 (3,5%) prestam serviços para o SUS de Fortaleza e dos públicos municipais, 71% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde. (CNES, 2010)

Na gestão iniciada em 2005, a Secretaria de Saúde do Município constrói seu modelo pela lógica do modelo de atenção integral à saúde. Nessa perspectiva a gestão municipal organiza seu modelo com o objetivo central de:

(...) cuidar, no sentido de ‘prestar atenção em; fazer, realizar (alguma coisa) com atenção; preocupar-se com, interessar-se por; responsabilizar-se por (algo); tomar conta’ das necessidades em saúde da população local. Desenvolver esse cuidado pressupõe também como objetivo a promoção da qualidade de vida e da saúde da população fortalezense, compreendidas como um direito de cidadania. (FORTALEZA, 2006, p.33)

No relatório de gestão de 2005, a gestão municipal de saúde justifica a adoção do modelo de atenção integral à saúde e aponta a promoção da saúde como estratégia,

A integralidade à saúde é um dos princípios do SUS que norteiam a organização e a gestão do Sistema. É sob o olhar da integralidade que o ser humano é compreendido em sua totalidade e em interação holística com o Planeta Terra e, mais proximamente, com o território ‘vivo’ onde reside. A integralidade orienta a cadeia de cuidados progressivos à saúde, como igualmente o desenvolvimento de estratégias no campo da promoção à saúde. (FORTALEZA, 2006, p.33)

Em relação à rede assistencial da atenção básica, o município de Fortaleza adota como política estruturante, nesta reorientação do serviço, a Estratégia Saúde da Família - ESF.

Nessa perspectiva, a atual gestão reconhece a Estratégia Saúde da Família como principal estratégia de atuação do sistema. Segundo a Secretaria Municipal da Saúde será a partir da organização desse serviço em Fortaleza, cujo objetivo é reaproximar profissionais e cidadãos, que se pretende mudar a concepção sobre a atenção em saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias. Assim a adoção da Estratégia Saúde da Família está sendo o aspecto central da reestruturação e organização da Rede de Atenção Básica no município.

Segundo ANDRADE, BARRETO e BEZERRA (2006), *“a ESF não é somente um modelo inovador de atenção à saúde, como também, contribuiu para a consolidação de uma nova gestão de saúde no Brasil, a qual foi iniciada com a fundação formal do SUS”* (p.814)

O quadro 07, apresentado por ANDRADE, BARRETO e BEZERRA (2006), descreve as diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF. Muitos municípios do país adotaram o modelo de ESF na tentativa de abandonar o modelo hegemônico, já considerado ultrapassado e incapaz de enfrentar os problemas de saúde da população, mas que ainda é muito presente nos serviços municipais de saúde.

Quadro 07. Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF

Modelo hegemônico	ESF
- Saúde como ausência de doença;	- Saúde como qualidade de vida;
- Base em práticas frequentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como favor e não como um direito do cidadão;	- Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania;
- Atenção centrada no indivíduo;	- Atenção centrada no coletivo;
- Centrado em ações curativas;	- Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação;
- Hospital como serviço de saúde dominante;	- Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária entre si;
- Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios;	- Serviços de saúde distribuídos em todo território dos municípios, permitindo acesso de toda população;
- Predomínio da intervenção do profissional médico;	- Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar;
- Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população;	- Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer;
- Não-consideração da realidade e autonomia local, não valorização da participação comunitária;	- Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família;
- Funcionamento baseado na demanda espontânea.	- Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adstrita.

Fonte: ANDRADE, 1998 in: ANDRADE 2006

Em relação à estrutura da atenção básica de Fortaleza temos o seguinte cenário: na ocasião do estudo existiam no município de Fortaleza 91 Centros de Saúde, distribuídos nas seis SER, com a seguinte distribuição: SER I: 11 Centros de Saúde; SER II: 12 Centros de Saúde; SER III: 16 Centros de Saúde; SER IV: 11 Centros de Saúde; SER V: 18 Centros de Saúde; SER VI: 20 Centros de Saúde.

A partir da reorientação do serviço de saúde o número de equipes da ESF em Fortaleza passou de 102, em 2004, para 300 em 2006 e a cobertura da população pelo Programa, que era de apenas 15%, passou para 50% em apenas um ano e meio de gestão. (FORTALEZA, 2007a)

Em dezembro de 2009, houve uma queda em relação ao número de equipes da ESF e % de cobertura. Segundo dados do CNES, o número de Equipes de Saúde da Família era de 252, e a cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família era de 43,5%. No mesmo período a cobertura da população pela ESF no Brasil era de 49,9% e na região nordeste alcançou 72%. Se compararmos com outras capitais, tais como Recife com 51,8%, São Luis com 39,3%, Teresina 86,1%, Salvador 11,1%, podemos dizer que, apesar do município de Fortaleza ter avançado bastante com a implantação do novo modelo, ainda permanece com cobertura mais baixa que as outras capitais de estado de sua região. (DATASUS, 2008b)

No contexto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a análise das informações de mortalidade por causas externas e doenças crônicas não transmissíveis vem sendo efetuada por técnicos da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI) que, no organograma da SMS, está subordinada à Coordenadoria de Políticas de Saúde.

Segundo boletim sobre DANT publicado em 2005, a Secretaria Municipal da Saúde tem como objetivo geral implantar o Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos não Transmissíveis e seus fatores de risco no município de Fortaleza. As estratégias de controle incluem: a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), considerado como espaço de construção de estratégias de promoção da saúde; a expansão da rede de saúde mental do município; estímulo ao desenvolvimento de campanhas educativas voltadas para a prevenção e controle de fatores comportamentais de risco, na perspectiva da redução de danos; ampliação do acesso aos meios de diagnóstico e as medidas de controle das doenças cerebrovasculares e diabetes. (FORTALEZA, 2005)

Segundo ROUQUAYROL e LIMA (2006) a implementação da vigilância epidemiológica das DANT enfrentou algumas dificuldades, como a necessidade de equipamentos e recursos humanos para atuação específica na área. Contudo, aponta como facilitadores a colaboração da Secretaria da Saúde do Estado, a coesão do grupo de trabalho, troca de experiências e apoio técnico dos gestores municipal e estadual.

Ainda segundo os autores, o desenvolvimento da política intersetorial de promoção da saúde, destaca, entre outras ações potenciais de intervenção, o

desencadeamento de ações de prevenção e controle do tabagismo; implantação do Programa Municipal de Atividade Física; incentivo ao diagnóstico precoce e tratamento da Hipertensão Arterial, além de investimentos na qualificação de pessoal, visando o desenvolvimento da capacidade de análise e de intervenção sobre os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis.

Além das ações específicas relacionadas ao controle das DANT outras iniciativas foram implantadas pelo município visando o fortalecimento do programa, tais como: Academia da Comunidade, Ciranda da Vida, parceria com o projeto Saúde, Bombeiro e Sociedade do Corpo de Bombeiros. E ainda estratégias para formação de pessoal, educação permanente, implantação do Método da Roda, entre outros. Essas e outras estratégias serão apresentadas e discutidas na ocasião da apresentação e discussão dos resultados.

A partir da descrição do cenário do estudo, percebemos que a gestão municipal de Fortaleza buscou a reorientação do serviço de saúde e implantou uma série de ações sustentadas pela estratégia da promoção da saúde, e também relacionadas ao controle das DANT, na qual se insere a hipertensão arterial. Tentaremos ao longo desse trabalho, ao apresentar os resultados, levantar possíveis facilitadores e barreiras além de discutir como tem se efetivado esse processo de mudança no município.

6. PERCEPÇÃO DOS GESTORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA SOBRE A PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Neste capítulo iremos descrever, a partir dos discursos dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a origem, as ideias principais e o funcionamento dos Centros de Saúde com a mudança do modelo de atenção.

Cultura hospitalocêntrica dos profissionais

Parte dos gestores menciona que o modelo encontrado na ocasião da mudança de governo, não correspondia a uma estrutura adequada de Atenção à Saúde, pois não incorporava a Promoção da Saúde e nem tinha como referencial uma visão ampliada de saúde. A maior parte das Unidades de Saúde seguia o modelo tradicional. Os gestores entrevistados procuram explicar a causa desta ocorrência. Mencionam alguns fatores intervenientes:

A influência do modelo de atenção vigente anteriormente é apontada como uma barreira a ser vencida, tendo em vista a dificuldade de quebra do modelo hegemônico centrado na doença e no tratamento, como pode ser observado na fala a seguir:

“Fortaleza é uma cidade que construiu seu modelo de saúde totalmente centrado na cultura hospitalar. Por quê? Porque Fortaleza é a capital do estado, é aqui que tem as grandes concentrações dos hospitais do estado e tem a grande concentração de hospitais municipais” (G2)

Histórico de atenção à saúde em Fortaleza ligada a postos de saúde tradicionais:

Outra categoria que surge dos discursos está relacionada com um histórico de atenção à saúde ligado a postos de saúde tradicionais. A fala de alguns gestores reflete essa perspectiva:

“Fortaleza tinha oitenta e seis postos de saúde quando a gente começou a administração. Desses oitenta e seis, sessenta deles eram postos de saúde tradicionais, a maior parte inclusive até a estrutura física como aquelas antigas unidades políticas da Fundação Nacional de Saúde, e vinte desses tinham começado a ter equipe do PSF de dois mil dois por aí até dois mil e cinco, em janeiro quando a gente começou a administração, então era muito pouco tempo de PSF em vinte e seis unidades, muito pouco tempo e poucas unidade” (G1),

Ainda segundo os gestores, a população se acostumou a ir aos Centros de saúde somente quando estava doente, recebendo atendimento clínico e não programado, ou seja, o modelo de atenção sempre foi orientado pela demanda espontânea, pela doença. Hoje os coordenadores dessas unidades têm muito trabalho no sentido de reverter isto, na implementação de um novo modelo de atenção, conforme veremos a seguir.

“Porque eram pessoas que já eram do programa há muito tempo e de longas datas e não podia simplesmente quebrar esse vínculo com o profissional ... porque não era da área dele por que? Porque ele já era atendido ali né, então esses pacientes eles continuam sendo atendidos criando estratégias dentro de cada unidade de saúde né, então por isso que o coordenador é um grande articulador, porque eu tenho unidade de saúde que eu tenho um médico e tem um com quatro equipes do saúde da família né, então aquele médico ele acaba também tendo os dias que é da demanda espontânea, os dias que aqueles pacientes estão sendo atendidos por aquele profissional, então a gente cria estratégias de acordo com a necessidade da unidade de saúde pra que você atenda aquelas outras pessoas que não necessariamente em áreas cobertas”(G3)

Os gestores, também, apontam para a dificuldade da efetivação da Estratégia Saúde da Família, principalmente em relação a não compreensão do território.

“às vezes ficar só no posto de saúde né. Quando a gente tem os eventos a gente leva a informação, mas quando os eventos não acontecem, não são pontuais essa informação não extravasa a unidade de saúde. Então eu acho assim, as unidades ainda precisam trabalhar com os acontecimentos sociais, eu preciso trabalhar com a escola, eu preciso trabalhar com a igreja, eu preciso trabalhar até com a dona daquela mercearia que todo mundo vai lá né, então eu vejo ainda como ponto negativo, como barreira a informação, a divulgação da informação aonde trabalha e na unidade também e se a gente não fizer um evento

pontual as pessoas não conhecem, as pessoas não sabem” - Barreira (G3)

“Então, os profissionais que estão ali dentro eles precisam se apropriar que aquele espaço, aquele território é o território vivo deles porque eles passam oito horas ali dentro, então eles precisam identificar que aquela pessoa dentro da comunidade, aquele conselheiro, aquela pessoa que é da igreja ele pode muito bem ta levando essa informação e trazendo essa demanda pra unidade, então eu vejo isso como barreira as divulgações” - Barreira (G3)

Reorientação do modelo de gestão da saúde

A proposta do novo modelo de saúde, iniciado em 2005, foi o tema principal explorado nas nossas entrevistas. As respostas dos gestores demonstram a priorização que teve da prefeitura da cidade.

“nós tivemos que fazer todo um processo na cidade de reorientação do sistema de saúde, que essa reorientação teve um custo importante do ponto de vista de prioridade, foi também uma definição da prefeita” (G2)

Algumas características do novo modelo foram explicitadas pelos gestores entrevistados em seus discursos, uma delas refere-se à *coerência com os princípios dos SUS*.

“construir um desenho dentro da concepção do modelo assistencial da cidade, desenho que seguisse de certa forma a coerência interna com os princípios do Sistema Único de Saúde, a construção da coerência interna do sistema municipal com os princípios do SUS” (G2)

Outra característica desta reorientação de serviços de saúde está relacionada às *Políticas de Promoção da Saúde e seus princípios explicitados no referencial teórico: intersectorialidade, participação social*.

... “trabalhar a perspectiva de políticas intersectoriais, trabalhar políticas interdisciplinares, trabalhar políticas de promoção da saúde em vários aspectos, fortalecer a questão da participação social” (G2)

A ênfase nos objetivos e princípios do SUS de extensão da cobertura, a partir da descentralização do atendimento na cidade e todas as medidas administrativas para garantir o bom funcionamento dos serviços e ainda a mudança de paradigma na atenção que voltava o atendimento também para questões psicossociais, de estilos e condições de vida foi outra iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde neste processo de reorientação dos serviços. Um tempo já se passou mas, até agora não se conseguiu homogeneizar o processo por todas as regionais da cidade.

“A partir desse momento de extensão de cobertura, descentralização do atendimento dos hospitais pras unidades básicas vem o momento que foi o cadastramento, a garantia do medicamento e aí eu acho que um conjunto de ações interdisciplinares, assim de orientação de promoção da saúde, de caminhada, de orientação nutricional, de dieta, de grupos, agora isso eu acho que ainda é muito heterogêneo, na cidade como um todo eu acho que depende muito de unidade pra unidade, a gente não conseguiu ainda ter isso e eu acho que esse é um grande desafio” (G2)

As conquistas foram gradativas, conforme mencionaram os gestores, o processo de mudança de modelo de gestão não foi fácil de ser implementado. Muitos desafios foram mencionados pelos gestores. O primeiro deles foi a estruturação da rede de atenção primária a partir da Estratégia Saúde da Família, o que modifica inclusive o tipo e formação dos profissionais que vão trabalhar nas unidades. O concurso público garantindo a permanência destes profissionais foi muito valorizado na implantação do processo.

... “o primeiro grande passo foi o concurso do Programa Saúde da Família, o primeiro grande passo foi a garantia de que esse saúde da família teria uma rede estruturada com concurso, então médicos, enfermeiros, dentistas concursados e unificar, ou seja, transformar todas as redes, a rede básica, a rede de atenção primária do município de Fortaleza em saúde da família” (G2)

Inserção e valorização do Agente Comunitário de Saúde - ACS

A presença do Agente de Saúde foi considerada fundamental para a organização e funcionamento da ESF, desta forma o ACS é sempre mencionado no discurso dos gestores. Geralmente, o ACS tem uma visão de saúde mais ampliada e

consegue compreender melhor a realidade do território, mas nem sempre é valorizado pelos outros integrantes da equipe.

“Um agente de saúde que visitava sempre a casa da paciente, da senhora e que não conseguia controlar a hipertensão e ela foi tentar fazer o diagnóstico e viu que ela se confundia nos remédios e não conseguia, então ela pegou os frascos né criou um jogo de remédio, codificou, orientou, colocou os remédios dentro e começou a sistematizar a visita em torno da hipertensão, certo, e com isso ela conseguiu controlar a hipertensão dessa senhora, então o trabalho do agente de saúde e isso é outra coisa importante” (G2)

Outra categoria identificada na fala dos gestores está relacionada à organização do serviço, das mudanças advindas da implementação do novo modelo e ainda das dificuldades encontradas na reorganização desse processo de mudança. O processo de gestão e a formação de pessoal foi muito cuidado. A inclusão do agente comunitário de saúde para aproximar do referencial de território foi uma iniciativa inicial, mas para tudo havia dificuldades.

“as regionais que assumiram esse processo de gestão, de construção, de querer organizar o seu serviço tendo como agente a formação dos agentes de saúde que é importante na equipe, quem conseguiu visualizar isso e fez, tá bem encaminhado o processo, mas como todo mundo não tem o mesmo ritmo e nem todo mundo tem essa mesma percepção, a gente sofre porque os ritmos são impostos e aí começa uma máquina caminhar de um jeito num canto, de outro jeito noutra e aí a gente tem que ter muito jogo de cintura pra tentar harmonizar isso” (G7)

A vontade política do Secretário de Saúde, apesar das resistências, foi reconhecida pelos outros gestores e foi essencial para o desenvolvimento da proposta. As propostas inovadoras como a residência multiprofissional não teriam sido implementadas sem esta persistência do gestor.

“Eu acho que o maior facilitador de todos foi a iniciativa da gestão como um todo né, que plantou a importância disso apesar de algumas pessoas irem contra ele [secretário da saúde] sempre foi uma pessoa que incentivou, então o apoio do gestor, por estar num nível mais macro é uma das coisas essenciais, se não tivesse isso certamente a residência não tinha caminhado nesse processo todo, não tinha se implantado, não tinha estado se consolidando” (G5)

Nesse processo de mudança da reorientação do serviço, em função da adoção de um novo modelo de atenção foi necessário reorganizar as atividades dos profissionais e adequar à nova realidade. A cultura tradicional dos Centros atenderem desorganizadamente a demanda pesou muito neste processo de mudança e dificultou o mesmo. A pressão da população por atendimento era de esperar, pois havia muita demanda reprimida pela falta de serviços, e especialmente um serviço que pudesse planejar e realizar ações para atender as reais e múltiplas necessidades da população local.

“a maioria dos postos é ligado mais à periferia, então o pessoal teve um choque inicialmente e depois teve um outro choque, foi a pressão da demanda ali por atendimento clínico, muita gente inclusive veio do PSF do interior trabalhando muito promoção em saúde e quando chegou em Fortaleza foi absorvido, foi vamos dizer assim, uma enfermeira até disse uma vez ‘eu fui nocauteada porque eu não conseguia nem sair do meu consultório devido tanta gente que chegava em busca do atendimento’, mas é próprio da atenção básica quando ela se organiza mais e pela estrutura também e a demanda né, o acolhimento é um mecanismo principal, uma ferramenta principal de estruturação e organização da demanda que nós fomos aprendendo e levando pras equipes novas”(G1)

“Da população a gente a princípio também teve em alguns locais uma barreira porque na verdade as pessoas não compreendiam porque agenda ia ser reduzida do doutor e porque o atendimento era assim, mas a partir do momento que as pessoas são atendidas, cria-se um vínculo, a população é um fator favorável e a maioria das atividades é dentro da comunidade e a gente tem a proteção dessa comunidade por isso e os profissionais de saúde também perceberam a mudança, também inicialmente acho que tiveram mesmos problemas de ‘opa, vai atender menos’, mas compreenderam o processo, trabalham muito bem”(G5)

A implantação do acolhimento, estabelecimento do vínculo e a responsabilização dos funcionários e usuários também surgem nas falas dos gestores. É a expressão da reorientação dos serviços em processo nos Centros de Saúde.

“a primeira grande coisa foi discutir o acolhimento, quer dizer, o acesso das pessoas, então a gente sabia que o acesso tava muito ruim e a estrutura física do trabalho na unidade que era extremamente horroroso, então nós tivemos e não tava programado, nós tivemos que investir nisso porque pro nosso conceito a atenção básica não era o conceito que tava posto num

lugar que não precisa ter muito investimento e que faz pouca coisa e só cuida de verminose e era isso que tinha, então é muito tempo que o PSF existia e os outros sessenta postos que nunca tinham ouvido falar de PSF começaram ouvir em dois mil e cinco” (G1)

... “mas por outro lado também é muito grande a população que tem tido mais acesso ao atendimento primário quando a gente ampliou o Programa Saúde da Família, a estratégia saúde da família que tem equipes cadastradas no SUS e pra trazer essas equipes, então você triplica o número de profissionais mais do que o previsto”(G1)

Investimento em formação de pessoal: educação permanente e cursos

A qualificação dos profissionais também é uma marca importante neste processo de reorientação do serviço e tem, segundo os gestores, ocasionado mudanças na organização do serviço. Estas frases expressam estas opiniões:

“fizemos uma capacitação em parceria com a Unicamp, com a Opas cursos de capacitação pra esses gestores, então praticamente toda essa equipe nossa fez curso de capacitação em gestão do sistema de saúde” (G2)

“O modelo ele tá todo consolidado e agora é só a qualificação mesmo e o monitoramento porque é uma coisa que puxa a outra né, mas eu acho que deu sim apesar dos quatro anos ... mas isso que foi montado, isso que foi implantado na cabeça das pessoas e na estrutura, no modelo de saúde no município de Fortaleza tá muito claro, todo mundo hoje, é como eu te digo, a valorização de que uma unidade básica faz mudou, mudou a concepção do que é pra um hospital, do que é pra um posto”(G1)

Apesar do novo modelo de reorientação de serviço ter valorizado o investimento na formação, a graduação é vista ainda como uma barreira, na medida em que não qualifica a Promoção da Saúde como uma ação positiva.

“Uma barreira básica primeiro de tudo é a graduação que a gente faz, que nos acompanha a vida toda, então evidentemente que tem o curso de especialização, um curso de aperfeiçoamento nos abre novos caminhos pra pensar isso, mas a nossa graduação ela é muito fechada pra promoção de saúde, ela não só é centrada nas coisas do atendimento clínico, mas ela também se fecha desqualificando inclusive as atividades de promoção, eu me lembro disso como se fosse hoje como isso era tratado e vejo essa fala nos meus colegas, tanto dos colegas médicos como os colegas da saúde pública em geral, que é como se fosse uma coisa

de pouca solicitação científica, atividade de promoção em saúde”(G1)

O **Sistema Municipal Saúde Escola - SMSE**¹⁰ surge como um dos principais agentes de mudança do novo modelo de orientação do serviço de saúde, agregando a importância da união do serviço com a educação, assim como abre espaço para novas possibilidades de captação de recursos e aprimoramento dos profissionais do município. Estes depoimentos explicitam o que o governo local, Secretaria Municipal de Saúde entende por SMSE, sua constituição por diferentes instituições de ensino em integração com os serviços,

“O Sistema Municipal de Saúde Escola é uma instituição dentro da Secretaria de Saúde com várias áreas de estratégias na formação dos profissionais de saúde, dentre elas a gente tem o programa de residência em família, especialização, capacitação de gestores e esse sistema ele tá apoiado a instituição de ensino superior” (G5)

“Sistema Municipal Saúde Escola como o próprio nome tá dizendo é um sistema que é formado por uma série de atores e sujeitos, quais seja a gestão nos seus mais diversos status, o servir, no serviço de saúde, as instituições de ensino superiores e nível técnico e a própria população a partir dos seus conselhos de saúde ou de organismos que fazem a representação popular” (G4)

“O conceito do sistema único municipal de saúde/escola é transformar todas as unidades de saúde em espaço de ensino, pesquisa e assistência, conseguir que todas as unidades construíssem uma vocação pedagógica pra o ensino e também transformar os seu trabalhadores em alunos, em estudantes, então criar uma mega rede de ensino, pesquisa e assistência na cidade” (G2),

A idéia de rede formadora dá mais força a esta ação transformadora, e ainda oferece aos alunos de graduação a oportunidade de vivenciar esse modelo de atenção

¹⁰ O Sistema Municipal de Saúde Escola – SMSE do município de Fortaleza é composto pela gestão municipal, pelos trabalhadores de saúde, pelas instituições de ensino e pelos usuários do SUS. Este sistema constitui-se em uma estratégia de educação permanente, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional. O eixo central de desenvolvimento do Sistema Municipal de Saúde Escola é o espaço dos serviços e seus territórios de abrangência, onde o processo de trabalho em saúde não se limita ao campo específico do serviço. Neste contexto, a mudança das práticas sanitárias e a construção de novos saberes devem ser resultantes de esforços coletivos. (FORTALEZA, 2008)

à saúde a partir de um paradigma de saúde e qualidade de vida e não de doença, conforme depoimento dos gestores:

“Liga de Saúde da Família como um dispositivo, então a gente na UFC e na UECE, na UFC são enfermagem, farmácia, medicina, psicologia, educação física que estão envolvidos. Tinha um curso da FIC também de gestão hospitalar. (G4)

“E a gente vai pros territórios, vai conhecer as redes que existem nesse território, o trabalho comunitário e vai trabalhar com eles nessa dimensão de território exatamente pra fazer essa discussão também da promoção da saúde que na realidade a vida está nesse território e eu preciso conhecê-lo pra tentar cuidar bem dessas pessoas”(G4)

“Primeiro é a questão realmente de saúde na perspectiva mais ampla, perspectiva na promoção da qualidade de vida da população, então a gente não vai negar a doença, mas a gente vai se pautar pela qualidade de vida da população e aí você abre pra uma série de possibilidades e de necessidades que a gente identifica pra formação desse trabalhador, trabalhador que muitas vezes, infelizmente ele não tem uma formação do ponto de vista da qualidade formal adequada pra responder infelizmente a questão técnica de forma eficiente e muito mais ainda distante da questão da qualidade política, por isso essa é uma lacuna que nós temos que estar preenchendo, essa é uma lacuna que inclusive tem uma relação concreta com a qualidade de vida”(G4)

Outra oportunidade com a inserção da educação permanente como prioridade na reorientação do serviço pode ser percebida com a divulgação de mais artigos, já apontando no item 2.2.2, que analisa os estudos relacionando a promoção da saúde, a atenção básica e o controle da hipertensão arterial e ainda na análise dos indicadores do município.

... “nós temos quatro anos de administração, mas efetivamente com dois anos de mais estruturação do sistema, porque demorou um tempo pra fazer a seleção do pessoal, organização dos próprios cursos de residência mesmo como um todo e aí com o nível da publicação dos trabalhos que as pessoas vem fazendo no dia-a-dia vem dando visibilidade como isso teve interferência ou estar tendo interferência na reorientação do modelo. Os indicadores alguns não dizem tanto e outros dizem muito, porque junta todos os conceitos que trabalha, acolhimento, vínculo, responsabilização e todo o desdobramento do sistema do SUS, que a gente trabalha dentro do processo da educação permanente e só isso tudo junto que justifica a redução da mortalidade materna em Fortaleza, por exemplo”(G1)

Outra forma utilizada para essa qualificação tem sido o **Programa de Residência Médica**, fazendo parte de um processo instituído pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), articulado às Universidades de Fortaleza.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará constitui uma forma de educação permanente, na qual a formação em serviço permite a vivência prática e a oportunidade de fundamentar teoricamente essa prática, segundo o referencial definido para o trabalho no Programa de Saúde da Família. Tem como objetivos gerais promover uma maior interação ensino-serviço que colabore na construção de práticas e saberes nas equipes de Saúde da Família que estimule a reorganização e a reorientação da prática assistencial no sentido da promoção, da proteção à saúde e da integralidade da atenção no Município de Fortaleza. Pretende completar a formação de médicos(as) com conhecimentos, habilidades e competências necessários para a atuação na especialidade da Medicina de Família e Comunidade dentro da rede do SUS. (FORTALEZA, 2007b)

A fala dos gestores demonstra que a promoção da saúde é um dos conteúdos enfocados na formação de residentes, que tem o objetivo de promover uma mudança paradigmática que tenha reflexos nas ações do cotidiano dos Centros de Saúde.

“A residência se destina aos médicos formados que atuam na estratégia do Saúde da Família ... O perfil desses médicos na primeira turma foram pessoas que queriam passar no concurso, queriam trabalhar no PSF e precisavam se capacitar e a outra parte pessoas que já estavam trabalhando, mas queriam na oportunidade tá fazendo um programa de residência. Na segunda turma a gente teve grande parte dos residentes que se formaram foram médicos concursados. São profissionais que estão no PSF, vêem a dificuldade de estar atuando, querem se capacitar pra isso” (G5)

Assim se referiram os gestores entrevistados sobre os objetivos da residência médica:

“objetivo marcante capacitar os médicos pra atuar numa Atenção Primária de Saúde com as competências próprias pra isso, sabendo abordar o indivíduo como um todo, com uma visão integral, não só centrado na doença, mas centrado no paciente

visando à promoção de saúde, a reabilitação, cura, não só abordando o indivíduo, mas abordando o indivíduo dentro do contexto familiar abordando sua família e abordando o indivíduo e sua família dentro do contexto da comunidade” (G5)

Embora a Residência tenha este caráter inovador e tenha sido considerada muito importante pelos gestores da saúde, no concurso ela não teve todas as suas vagas preenchidas. A valorização das outras áreas de trabalho orientadas mais para a biomedicina que competiam com esta que aponta para uma formação generalista e voltada para a saúde da população.

“Dessas setenta e três vagas que a gente se propunha no primeiro ano, na primeira semana já passou pra cinquenta, porque eu acho que as pessoas que fizeram o concurso acharam que seria como trabalhar no PSF com ritmo de quarenta horas. Quando eles perceberam as normas da residência que eram de sessenta horas, que tinha plantão, que tinham aulas teóricas, que tinha todo um regimento que eles tinham que estar cumprindo aí as pessoas saíram logo na primeira semana” (G5)

Também, integrada ao SMSE, existe a **Residência Multiprofissional**, que foi incorporada ao serviço posteriormente, conforme indicam os gestores entrevistados.

“vai ter agora a residência multiprofissional, que foi uma luta né, a gente tem várias formações em nível de pós-graduação, então o que é que a gente tem, como a gente vai trabalhar assim também, não negando a coisa da epidemiologia, então a gente tem alguns módulos que vão trabalhar também essa questão né, como a hanseníase, a tuberculose, a hipertensão, a diabetes e sobretudo com problemas” (G4)

Assim como os programas ligados a SMSE, a inclusão dos **Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**¹¹ surge como importante agente de mudança, permitindo maior adoção das ações de Promoção da Saúde nos Centros de Saúde do município, por SER. O seu caráter multiprofissional, multifacetário é o que parece abrir horizontes para a Promoção da Saúde, para a integralidade do ser humano.

¹¹ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF foram criados pelo Ministério da Saúde a partir da portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Tem como objetivo ampliar a abrangência e escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008)

“com maior alegria do mundo, eu acho que o NASF vai trazer o diferencial da promoção de saúde em todas as doenças crônicas e principalmente ele vai ser um diferencial pra tudo dentro do SUS a partir da atenção básica onde ele vai trabalhar dando apoio ao PSF, porque eu sempre achei muito cruel você exigir de três categorias profissionais, tamanho esclarecimento pra se fazer uma série de questões como, por exemplo, a condução de um grupo muitas vezes tem muita dificuldade” (G2)

“Eu acho que há muito tempo a gente aguardava o NASF. Então o NASF foi uma expectativa muito grande, inclusive quando no seminário de inserção do NASF agora na prefeitura uma das coisas que nós colocamos foi que os profissionais tinham uma ansiedade de trabalhar com outros profissionais né, porque você sabe que não dá pra trabalhar principalmente a questão da promoção só com os profissionais da saúde e de profissionais não só enfermagem, médico, ou seja, outros profissionais também com outro olhar, com outra visão né. Tem o psicólogo, tem o assistente social né além dos outros profissionais, nutricionista, educador físico, então a perspectiva que a Secretaria tem do trabalho do NASF é muito grande e a deles também, então já vários NASF já me procuraram trazendo a proposta deles de trabalhar a hipertensão, então isso é muito bom porque com isso a gente realmente abriu os horizontes” (G3)

Ainda nesse processo de reorientação do serviço e a necessidade de fortalecer a formação da equipe da atenção básica, o **Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde – CTACS**, realizado em parceria com a Escola de Saúde de Pública do Ceará, também foi apontado pelos gestores como fundamental nesse processo.

“a questão da integração do agente comunitário de saúde da equipe ... o agente comunitário de saúde ele não se sente parte da equipe do saúde da família, isso é algo muito sério, porque ele é equipe do saúde da família, mas a gente fala que do médico e do enfermeiro e o agente de saúde sempre tá fora da equipe, então um dos grandes objetivos [CTACS] é melhorar a integração na equipe de saúde da família” (G7)

Promoção da saúde na educação permanente

A promoção da saúde surge como conteúdo transversal estando presente, pelo menos na teoria, em todos os conteúdos, mesmo que muitas vezes os profissionais não se deem conta disso. O resultado esperado, de reorientação do serviço na perspectiva da Promoção da Saúde parece estar acontecendo segundo os gestores:

“se você for pensar nas políticas, naqueles eixos da promoção da saúde eu acho que a grande contribuição do campo da promoção da saúde desse momento em Fortaleza, nesses quatro anos foi a inversão do modelo da atenção”(G2)

Nesse sentido a promoção da saúde parece ser uma estratégia nova e às vezes desconhecida ou desvalorizada pelos profissionais. Os ACS e a própria comunidade parecem absorver o conceito com mais facilidade.

“que especificamente essa própria questão da promoção da saúde no caso desse desenho que nós montamos pra Fortaleza, ele termina sendo um papel transversal né no conjunto das ações, porque nós tivemos, digamos, algumas prioridades né e uma delas a estruturação desse desenho, nós entendemos que esse desenho como um todo ele já facilita, ele de certa forma ajuda a articulação das ações de promoção da saúde, acho que isso é uma coisa importante. Acho que um outro esforço grande foi a construção de políticas intersetoriais né e aí acho que trabalhando no conjunto das políticas da prefeitura como um todo, habitação, saneamento e eu acho que essa questão importante da articulação com outros setores né, tudo isso foi uma coisa importante, agora a política da promoção da saúde ela entra como um conteúdo importante”(G2)

“todos os conteúdos teóricos, em toda programação teórica, a gente pede que seja inserida, que seja conversado ou discutido na abordagem a questão da promoção. Então vai falar, por exemplo, a questão da hipertensão. Uma aula da hipertensão não seria uma aula direcionada só ao tratamento. A gente ver desde a questão da comunidade, diagnóstico, análise de situação de que quantos hipertensos nós temos? Quantos a gente estima que tem? Bom, a partir disso que estratégias nós vamos ter que utilizar pra que esses hipertensos sejam atendidos? Aí monta-se a estratégia dentro da comunidade. E a partir disso, que momentos nós vamos, que tipo de orientações vão ser feitas? A promoção da saúde já entra mais intensamente. Então num grupo de hipertensos a gente estabelece que tem um tempo antes de iniciar o atendimento pra se falar de orientações, de cuidados que a pessoa deve ter, de alimentação, de atividade física, do auto cuidado, com o diabético é feita a mesma coisa, então esses momentos é um exemplo disso”(G5)

Os agentes de saúde, segundo os gestores, também participam da formação voltada para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o papel da promoção da saúde no seu controle, como apresentado no discurso a seguir, as atividades em rede e mobilização estão entre os temas em que os agentes de saúde discutem na sua formação:

“essa temática é uma temática que ela é trabalhada desde a primeira semana com os agentes de saúde. A gente planta essa semente de que eles são agentes promotores da saúde, eles é que fazem esse trabalho, então no papel nas atividades, nas atividades de dispersão toda essa questão de trabalhar a promoção da saúde, quando eles trabalham as redes sociais eles fazem as cartilhas e dá todo direcionamento de como eles devem orientar a comunidade pra procurar os seus direitos, essa política de proteção” (G7)

A metodologia educativa problematizadora tem sido a opção para a capacitação do próprio agente que, se espera, reproduza a mesma junto à população:

“conceito ampliado né, que promover saúde tá para além do conceito de saúde, assim, eles constroem esse conhecimento porque como é metodologia problematizadora a gente não traz o conceito né, a gente traz o subsídio pra construir um conceito ampliado né de promoção da saúde, a gente não tem um conceito fechado né, mas a gente trabalha dentro da política de saúde” (G7)

Com a mudança na orientação do serviço, a educação assume um papel importante, e que foi mencionado pelos coordenadores como um facilitador para a realização de ações na perspectiva da Promoção da Saúde.

“O melhor é o produto dessa iniciativa, estar em sala de aula ... é ver o processo de aprendizagem deles [ACS] e ver, inclusive até depois de uma semana de imersão nas salas de aula, de compensação é ver quando eles vão pra área e trazem o processo onde ele envolve a prática né e o conhecimento onde há essa relação” (G7)

“Agora a nível local o que mais facilitou foram os campos de estágios, a gente tem profissionais que entraram na residência, a gente tem hoje um corpo de preceptores desenvolvidos, integrados, a gente tem médicos de família em cada unidade, tem preceptores de outras especialidades que também se incorporaram na questão da especialidade de mudar a história da saúde pública através da estratégia saúde da família”. (G5)

“Quando a gente faz, por exemplo, um curso de Reiki, que a gente tá tendo agora que tem enfermeiro, médico que já fez com uma pessoa que é do movimento popular. E aí como essas pessoas, como esses profissionais mudaram a sua prática e aí eu tenho certeza que foi o Sistema Municipal Saúde Escola que possibilitou esse encontro” (G4)

Questões técnicas relacionadas ao tratamento e controle são discutidas bem como as atividades de promoção da saúde – prevenção dos fatores de risco relacionadas ao controle da hipertensão arterial.

“Terminando essa capacitação com cinquenta por cento dos profissionais capacitados e planejamos agora mais cinquenta por cento. Com isso foi muito interessante porque os profissionais conheceram o que era desenvolvido na rede, porque as associações faziam de uma forma, trabalhava a promoção, as organizações não governamentais trabalhavam de outra forma, as associações de hipertensos que eram vinculados aos municípios trabalhavam isoladamente, a academia também e os profissionais. Com essa oficina fez com que os profissionais se conhecessem e começassem a desenvolver ações pautadas nessas diretrizes” (G3)

“As ações que a gente orienta principalmente é que eles façam os grupos de hipertensos e usuários e façam ações de detecção de fatores de risco, então sempre quando eles têm oportunidade e tem eventos às vezes até de outra área e que a questão da prevenção de hipertensão entra, associados a todos os outros eventos, então o que a gente orienta e que também é orientação da secretaria, é que todos os eventos trabalhem de uma forma intersectorial” (G3)

“As temáticas foram: manejo clínico em hipertensão arterial sistêmica, o uso do Hiperdia na atenção básica, assistência farmacêutica na hipertensão e ações de promoção na comunidade né. Foram as temáticas que foram desenvolvidas” (G3)

Apesar de todas as intenções e esforços o entendimento do que seja a promoção a saúde ainda está em curso, há ainda muitos profissionais e grupos que não a identificam como tal mesmo estando vivenciando práticas desta área de conhecimento.

“eu acho que muita gente ainda não tenha o domínio grande sobre o que é promoção de saúde, as pessoas ainda acham que é uma cartilha dizendo isso é promoção, isso é promoção, porque muitas vezes a gente vê pessoas na terapia comunitária e os profissionais trabalhando nessa atividade e às vezes na sala eles não identificam muito como aquilo, mas isso é uma coisa da cultura mesmo, e que eu acho que a gente vai com o tempo trabalhando melhor isso”(G1)

“eu digo com muita tranquilidade que tem muitas pessoas que não identificam isso com tanta facilidade como, por exemplo, se você pergunta quais atividades de promoção de saúde tem na sua unidade e o que você, falando com o profissional, eu faço isso e

aquilo outro e tal, aí não vai se inserir a um grupo, por exemplo, que ele conduza um grupo de idosos que tem enfermeiro ou que ele próprio conduza, ele associou a realização do grupo a uma atividade eminente clínica, que é ver como as pessoas estão, fazer com que elas venham ao posto e que aí ver se a pressão tá alta, tá baixa e como foi a verificação”(G1)

Como muitos teóricos da área comentam, toda mudança paradigmática leva tempo e está sempre em tensão com outros modelos de atenção hegemônicos.

Neste caso, a população que vive nos territórios pede e sabe mais de Promoção da Saúde que os próprios profissionais e técnicos, que tecnicizam a prática nos Centros de Saúde e não conseguem lidar com outras metodologias que não as comumente feitas nos centros de saúde – a consulta médica, os medicamentos e a palestra realizada de forma vertical, em que o profissional transmite a informação e o usuário recebe.

“Na prática eu acho que a promoção tem sido mais incorporada pelos usuários do que propriamente pelos profissionais”(G1)

“porque os profissionais de saúde de uma forma geral trabalham muito a questão da técnica, então não somos acostumados trabalhar a promoção, trabalhar a prevenção, então isso é um lado que a gente quis envolver nos profissionais pra trabalhar a promoção, muitas vezes a gente escuta de profissional ‘ah, mas eu tenho que atender os pacientes’, então eles não conseguem ver outras estratégias”(G3)

Ainda em relação às capacitações, buscamos identificar nas entrevistas realizadas como as doenças crônicas, mais especificamente a hipertensão arterial, estavam inseridas. Segundo os gestores, não existe uma política específica para hipertensão, entretanto a temática está inserida na programação dos cursos.

“não tem uma política específica pra hipertensão, está dentro da política geral das grandes rotinas, aí você tem a hipertensão, diabetes, agora nós estamos envolvendo os agentes de saúde e a grande questão é a construção do Sistema Municipal Saúde Escola, eu acho que essa é a grande contribuição de Fortaleza”(G2)

“A Secretaria do Estado tem promovido muitos eventos nesse sentido e aí também o sistema de saúde também tem uma ênfase nesse sentido. A discussão dos residentes, dos preceptores nas unidades ela é muito enfatizada com esse cuidado também com

hipertensos e diabéticos, você vai ver com o contato com a preceptoría, com a residência médica que nas unidades que tem a residência e não que nas outras não tenha, mas é mais fácil onde tenha essa discussão ela seja muito mais qualificada, porque ela também vai não só uma discussão pontual dos quadros clínicos, mas ela vai com casos clínicos de pessoas acompanhando e que dá um salto de qualidade muito grande”(G1)

Mais especificamente em relação ao controle da Hipertensão Arterial, os discursos mencionam o protocolo do Ministério da Saúde como direcionamento para o trabalho realizado nos Centros de Saúde.

“o próprio Ministério disponibilizou pra rede toda uma grande quantidade de manuais, um caderno da atenção básica, uma espécie de manual, e o caderno da atenção básica na hipertensão ele foi para toda a rede ele foi muito importante” (G1)

“Nas outras pessoas com quadro não tão grave a gente tem a preconização do envolvimento delas no grupo, atividade de grupo é uma coisa formalmente preconizada principalmente nos idosos depois de sessenta anos é uma orientação corriqueira tanto em relação ao envolvimento com a pessoa como com relação a cuidados da saúde do idoso, então esse acompanhamento e que a unidade de saúde não precisa fazer só no interior dela, inclusive a gente estimula que se faça em outros lugares” (G2)

Na entrevista com os gestores, um dos temas questionava a qualificação dos coordenadores dos Centros de Saúde, que costuma ser um cargo político e de que maneira esta chefia iria acompanhar esse processo de reorientação do serviço. Os gestores confirmaram que os cargos dos coordenadores ainda são ocupados por indicação. Seus cargos são considerados comissionados, ou seja, existentes por nomeação e decisão política.

“não mudou e nesse sentido ainda é uma rotina normal da cidade, a coordenação tanto das unidades básicas como das unidades de saúde são cargos comissionados e são nomeados”(G2)

Nesse sentido, as falas mencionam essa organização, mas apontam formas e/ou perfis para que este técnico possa ocupar o cargo e contribuir com o desenvolvimento da nova estratégia, ou seja, com a priorização da educação permanente, os gestores incluíram os coordenadores nesse processo.

“coordenador ele não é obrigado a entender o protocolo do Ministério ou a técnica que o profissional vai atender, não é obrigado a entender isso, mas ele tem minimamente conhecer como o processo de trabalho desenvolve dentro da unidade”(G3)

Monitoramento (SIAB E HIPERDIA)

Os instrumentos de monitoramento e avaliação voltados para o programa da Hipertensão Arterial ainda são os indicadores do SIAB, do Consolidado e iniciando o sistema do HIPERDIA¹². Apesar de pouco valorizado, esses instrumentos ainda são os grandes responsáveis pelas análises referentes ao controle das ações de HA, segundo relato dos gestores. As análises e o monitoramento a partir de dados biomédicos, somente, podem não orientar os olhares para a Promoção da Saúde a não ser que se busque as causas dos problemas e as potencialidades para resolvê-los nos territórios onde os problemas ocorrem, conforme o referencial da reorientação dos serviços na perspectiva da Promoção da Saúde.

“outras pessoas das gerências das regionais também tem trazido muita discussão sobre o SIAB e todo o sistema disponível hoje de monitoramento das ações da atenção básica. Nós seguimos uma ampliação muito grande aqui em Fortaleza, muito rápida, mas a dificuldade era também maior e agora nós estamos sentindo a necessidade do aperfeiçoamento do monitoramento no dia-a-dia e o SIAB apesar de toda crítica que ainda tem de que não é o melhor sistema, mas ele ainda é o melhor instrumento e tem nos dado uma ênfase muito grande”(G1)

Há dificuldades básicas até de preenchimento dos consolidados e do instrumento “Hiperdia” pelas equipes de Hipertensão dos Centros de Saúde, dificultando a Vigilância da Hipertensão no território em que operam os Centros de Saúde:

¹² HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. (MS, 2010)

“Tem uma preocupação grande do Ministério da Saúde e o mecanismo de avaliação deles é o Hiperdia. O Hiperdia tem essa dificuldade do uso do sistema informatizado, da resistência dos profissionais de preencherem o formulário que é uma coisa muito forte que nos impede a qualidade”(G1)

“O Ministério da Saúde diz que tá reformulando esse sistema pra o sistema ter nas unidades de saúde, quando o sistema for na unidade de saúde aí sim ele substitui o consolidado, enquanto ele não for na unidade de saúde a gente não pode desprezar o consolidado por quê? Porque o consolidado ele tá me retratando a quantidade de atendimentos que ele tem de hipertensão e diabetes mesmo que não seja do Hiperdia, então por enquanto a gente trabalha assim dois tipos de consolidados, consolidado da unidade que ele me manda de uma forma geral, que é o cadastro do cartão SUS e o Hiperdia que a gente tá fazendo por regional que eu acredito ser o mais legível, porque quando você me manda a ficha daquele paciente que é hipertenso, então eu tenho como colocar isso no sistema do Hiperdia e o sistema ele é excelente porque ele me dá o gráfico, ele me dá relatório de quem é sedentário, de quem é tabagista, de quem tem fatores de risco, então o ideal é a gente realmente chegar e eu acho que é uma medida de médio e longo prazo de trabalhar o sistema Hiperdia”(G3)

Intersetorialidade e parcerias no controle da hipertensão arterial

A intersectorialidade e o estabelecimento de parcerias são incorporados na perspectiva socioambiental da promoção da saúde. De acordo com JUNQUEIRA (2004)

A qualidade de vida demanda uma visão integral dos problemas sociais. A ação intersectorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. [...] Com isso, busca-se otimizar recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social não se esgota no âmbito de uma única política social (p. 27)

Outros programas¹³ que não exclusivamente da saúde foram citados nas entrevistas e depois entraram também na nossa análise como o projeto Academia da

¹³ Academia da Comunidade: O Programa Academia na Comunidade é uma iniciativa da Secretaria de Esporte e Lazer de Fortaleza em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, utilizando-se de espaços públicos da cidade, tem o objetivo de contribuir para a formação de uma sociedade mais crítica por meio dos elementos da cultura corporal, desenvolvendo assim uma maior fundamentação acerca da consciência de classes, assim como a participação popular junto aos processos de política pública de esporte e lazer da cidade de Fortaleza.

Comunidade e o Projeto do Corpo de Bombeiros. Essas iniciativas e sua possibilidade de parceria com os Centros de Saúde têm sido muito importantes nesse processo de mudança e reforçam a intersetorialidade.

No projeto Academia da Comunidade existe a ação entre secretarias para a Promoção da Saúde da população e foram assim exemplificadas:

“Projeto Academia na Comunidade era um projeto na época da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate a Ações, que agora foi desmembrada e tornou-se Secretaria de Esporte e Lazer. Era um projeto que visava à promoção de atividades físicas para a população em praças de livre demanda. Então eles haviam procurado a Secretaria de Saúde como interesse de fazer uma parceria com a Secretaria de Saúde para desenvolvimento desse projeto e nessa ocasião então o Ministério da Saúde lançou uma portaria de vigilância em saúde pra incentivar estruturas de ação em vigilância e promoção de doenças e agravos não transmissíveis, isso em 2005”(G6)

“Além dessa livre demanda tem também as pessoas que são referenciadas dos centros de saúde da família, porque esses grupos eles foram assim procurados ser localizados próximos dos centros de saúde da família pra haver essa parceria com essas equipes de Saúde da Família. Então no horário que não tem atividade física na praça, nos casos dos nutricionistas, eles vão a essas unidades, no caso os centros de saúde da família ou mesmo no Centro de Referência do Idoso ou mesmo aos CRAS e lá eles fazem esse trabalho coletivo, esse trabalho de promoção da saúde através da alimentação saudável com essa população das unidades básicas de saúde” (G6)

“Como positivo eu vejo a questão do relacionamento do projeto da interação com o centro de saúde. É porque antes o centro de saúde ficava lá, onde os pacientes eram atendidos, recebiam medicação, iam pra casa e não tinham mais nem um tipo de orientação. Agora ele já começa assim, essa integração com outra área, com outras ações de promoção da saúde na prática de atividade física, da alimentação saudável, então eu acho que isso foi um facilitador, essa integração com outras áreas de trabalho pra poder facilitar essa aplicação da saúde, isso dizendo como um todo, não apenas

Ciranda da Vida: projeto estruturado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em 2005 que mistura arte, educação popular e saúde com o objetivo de estimular a participação da comunidade, fortalecendo os espaços de controle social. A proposta se baseia em três eixos norteadores: promoção à vida, inclusão das práticas populares de cuidado e utilização das práticas culturais como estratégia de Promoção da Saúde.

PET Saúde: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08 é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da Saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área, por meio do pagamento de bolsas.

aquela parte de saúde com medicamento, eu acredito que isso foi uma força muito grande”.(G6)

“Outra coisa que eu também achei muito interessante é a promoção da autoestima dessas pessoas, porque geralmente esse nosso público são pessoas mais carentes, de nível sócio econômico mais baixo e eles dificilmente tem acesso a essas ações de academia, de atividades físicas ou mesmo até de oficinas de alimentação, desse tipo de trabalho e quando eles vêem isso a gente percebe aquele entusiasmo deles, aquelas pessoas mesmo já bem de idade, terceira idade, crianças também, adolescentes também, homens fazendo atividade física, todos lá vestidos a rigor com sua roupa de ginástica, com seu tênis, fazendo atividade física, dançando que eles ficam lá também que é aquele momento de relaxamento. Estão ali felizes, satisfeitos, dançando, sabe assim, a gente percebe e isso foi muito importante também”. (G6)

Parcerias com outras instituições governamentais e não governamentais também foram citadas. O projeto com o Corpo de Bombeiros¹⁴ também é um bom exemplo da intersetorialidade e é reconhecido em todas as instâncias.

“Agora eu acho que o Corpo de Bombeiro é um facilitador e eu acho a própria compreensão da Secretaria de Esportes tá aliada com a toda saúde e é uma coisa boa” (G2)

“[bombeiros] No geral são atividades físicas de baixo impacto, atividades recreativas, atividades lúdicas, porque a melhor idade e inclusive é interessante que se diga isso, é um público muito fiel né e muitas vezes, isso depoimento das próprias senhoras, elas por ter passado já a idade, aquela idade que a sociedade considera a pessoa ativa né, elas é como extinta pela sociedade e até pela família e elas começaram a ver no projeto algo que pudesse dar uma sobrevida pra elas, algo que elas pudessem se sentir útil de novo a sociedade, que muitas delas não conseguiam mais nem se levantar de uma rede, de uma cama e estimulado pela vizinha, pela colega começaram a frequentar o projeto e aí começaram a ter ânimo pra viver novamente” (P1)

“Nós [bombeiros] temos parceiros em centros de saúde e que levamos essas pessoas pra fazer a verificação da PA, quando no grupo não tem nós levamos pro médico do posto de saúde fazer uma avaliação e emitir um atestado médico né, então essa parceria existe em quase todos os núcleos, certamente em alguns núcleos que pela distância do posto de saúde mais próximo há dificuldade e ainda não tem esse suporte” (P1).

¹⁴ O projeto Saúde, Bombeiro e Sociedade, do Corpo de Bombeiros do Ceará, realiza atividades de baixo impacto para a população.

Trabalho em equipe

Nas entrevistas realizadas os gestores apontam que o envolvimento do coordenador da unidade é essencial para a realização do trabalho. Ele funciona como um articulador do trabalho da equipe.

“mas eu acredito que o coordenador tem que ser o primeiro a ser o facilitador desse processo, então é o coordenador que tem que puxar os profissionais e acho que o coordenador tem um papel importantíssimo na questão das políticas públicas, então o coordenador tá ali pra coordenar o processo, tá ali pra facilitar o processo e não pra dificultar ... Então assim, eu vejo que o coordenador ele é a porta pra esse espaço, isso não impede que alguns profissionais extravasem o coordenador, mas o coordenador ele puxa muito, o coordenador ele dá uma energia, então ele tem que ser vibrador mesmo, ele tem que dar energia aquele grupo pra que o grupo realmente vá e desenvolva um trabalho” (G3)

“liderança de coordenador ela impõe muito o ritmo dessa coordenação que eles exercem, mas de um modo geral ela tem tido uma constante porque a gente também incentivou muito que as pessoas tivessem uma frequência de reuniões com as equipes, de coordenadores com suas equipes”(G1)

O modelo de reorientação dos serviços de saúde, apresentado no referencial teórico, confrontado por esses discursos dos gestores aqui apresentados, demonstra que é possível colocar em prática propostas gestadas no nível central dos ministérios da saúde apoiadas em reflexões teóricas realizadas nas universidades e publicadas em artigos e livros. Neste caso de Fortaleza, pode ser observada uma aproximação na prática da proposta teórica de Distrito Sanitário, apresentada por MENDES (1999 e 2002) e do método Paidéia, cujo autor CAMPOS (2003), denomina a construção de uma filosofia na prática em saúde, se aproximando em parte do projeto Paidéia de Saúde de Família realizado em Campinas em 2001, entre outras. As realidades são muito diferentes e as conjunções políticas também. Toda tentativa de mudança é acompanhada de resistências, entraves políticos permeados por questões de poder e a experiência de Fortaleza não fugiu disto. As manifestações dos gestores expressos nestes diálogos demonstram que a mudança vem gradativamente ocorrendo e vamos, no capítulo seguinte, analisar como estas ações estão sendo realizadas na perspectiva dos gestores respondendo aos objetivos deste estudo.

7. RESULTADOS

7.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE FORTALEZA

Os Centros de Saúde de Fortaleza estão distribuídos por toda cidade, nas zonas demarcadas pela gestão municipal de saúde como áreas de risco, com populações vulneráveis, devendo funcionar como fator de proteção. Essa organização se deu em função da impossibilidade de disponibilizar o Programa Saúde da Família para toda população.

No período da coleta dos dados, existiam 91 Centros de Saúde distribuídos nas 6 Secretarias Regionais de Saúde (SER). Do total de Centros, responderam ao questionário 67 Unidades (74%), sendo o responsável pelo preenchimento seu Coordenador, (tabela 04)

Tabela 04 – Distribuição dos Centros de Saúde pesquisados, por Secretaria Executiva Regional de Saúde do município de Fortaleza, 2008/2009.

Secretaria Executiva Regional - SER	Centros de Saúde Existentes	Centros de Saúde pesquisados	% de Centros de Saúde que responderam ao questionário
SER I	12	06	50%
SER II	12	08	67%
SER III	17	12	70%
SER IV	12	10	83%
SER V	19	17	89%
SER VI	19	13	68%
Total	91	66	72%

Vale ressaltar que o período de coleta desses dados foi bastante demorado e com muitos obstáculos. Em um primeiro momento, os questionários foram aplicados na ocasião das reuniões da “Roda”¹⁵, que devem acontecer semanalmente em todas as Regionais. Entretanto, nem todas as Regionais conseguem cumprir esse calendário ou puderam disponibilizar esse momento para a realização das aplicações dos questionários. Deste modo, o contato para o autopreenchimento dos questionários deu-se de duas formas diferentes: a) na própria reunião dos coordenadores (SER II, IV, V e VI) na presença da pesquisadora responsável; b) os questionários foram apresentados e entregues aos coordenadores em uma das reuniões, mas respondidos e entregues posteriormente no Distrito de Saúde das SER (I e III). O período total para coleta e recebimento dos questionários foi de outubro de 2008 a fevereiro de 2009.

A descrição e análise dos resultados seguiram a mesma divisão do questionário, ou seja, informações sobre o coordenador da unidade; informações gerais sobre as ações desenvolvidas no Centro de Saúde; informações referentes exclusivamente às ações de controle na Hipertensão Arterial.

Perfil dos Coordenadores

Dos 66 coordenadores, 80% (53) eram do sexo feminino. As questões de sexo e profissão têm sido objeto de estudos e também têm sido atribuídos vários significados à preferência. O fato de 80% dos coordenadores serem do sexo feminino pode, conforme a literatura, significar tanto que esses cargos não são tão importantes, por isso não estão atraindo profissionais do sexo masculino, ou que as mulheres são mais idealistas e se envolvem mais em processos de mudança como este da reorientação dos serviços de saúde de Fortaleza. Do nosso ponto de vista as duas interpretações podem ser aplicadas ao caso da coordenação dos Centros de Saúde de Fortaleza.

¹⁵ O método da Roda, idealizado por Campos, G. W. (2000), pretende trabalhar com “Coletivos Organizados, o que implica construir capacidades de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição” (p. 36). Esse método foi incorporado também pela Secretaria da Saúde do Município na ocasião da reorientação do serviço de saúde, com o início de uma nova gestão em 2004.

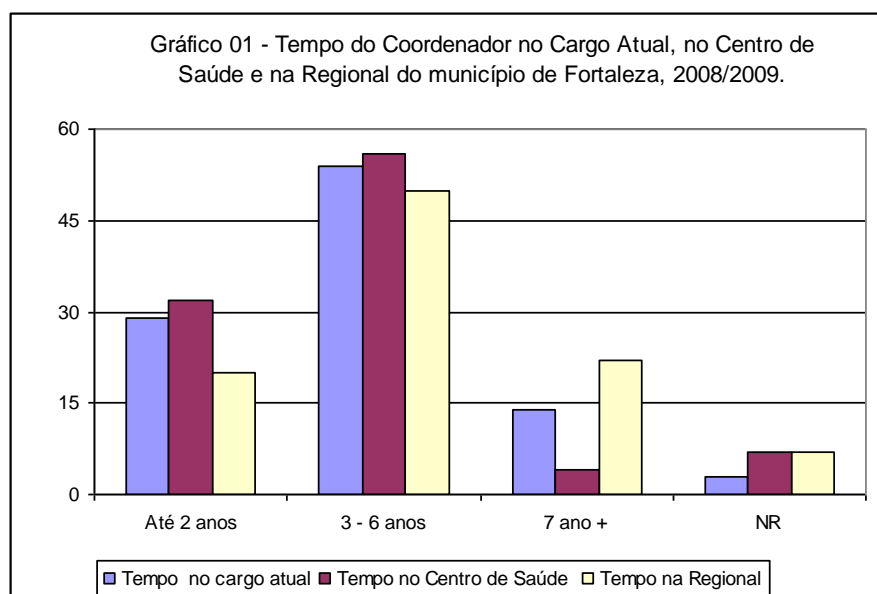
Em relação à faixa etária 35% (23) dos coordenadores tinham idade inferior a 39 anos; 43% (28) tinham entre 40 e 49 anos, e 15% (10) acima de 50 anos, 5, 7% não mencionaram suas idades. Novamente, a questão idade permite fazer hipóteses sobre o envolvimento dos coordenadores. Geralmente os mais jovens têm mais vigor e estão mais abertos a novas idéias, os que estão entre 40 e 50 anos e os de mais de 50 tem mais experiência acumulada. Parece que no caso da coordenação dos Centros de Saúde de Fortaleza são estas características que se refletem nas ações e atividades de seus coordenadores.

Em relação ao tipo de graduação, temos a maior parte dos profissionais ligados à área da saúde, com predominâncias dos enfermeiros que somam 41% (27) do total. Nove coordenadores 9% (6) eram terapeutas ocupacionais e 8 % fisioterapeutas, médicos, dentistas e administradores somam mais 18%, sendo 4 de cada. O restante dos coordenadores, 10% (7) se dividiram entre nutricionistas, pedagogos, especialistas em gestão hospitalar e economia doméstica. Outros 07 coordenadores não especificaram sua qualificação. Este perfil profissional dos coordenadores pode tanto ser favorável à implementação de uma nova proposta como pode ser motivo de resistência, uma vez que os médicos, tradicionalmente são os gerentes – coordenadores – de unidades de saúde. O conhecimento deste perfil chama atenção do pesquisador para a identificação de questões de poder interferindo nas relações do coordenador com seus subordinados, funcionando como barreiras ao processo de reorientação dos serviços de saúde em Fortaleza.

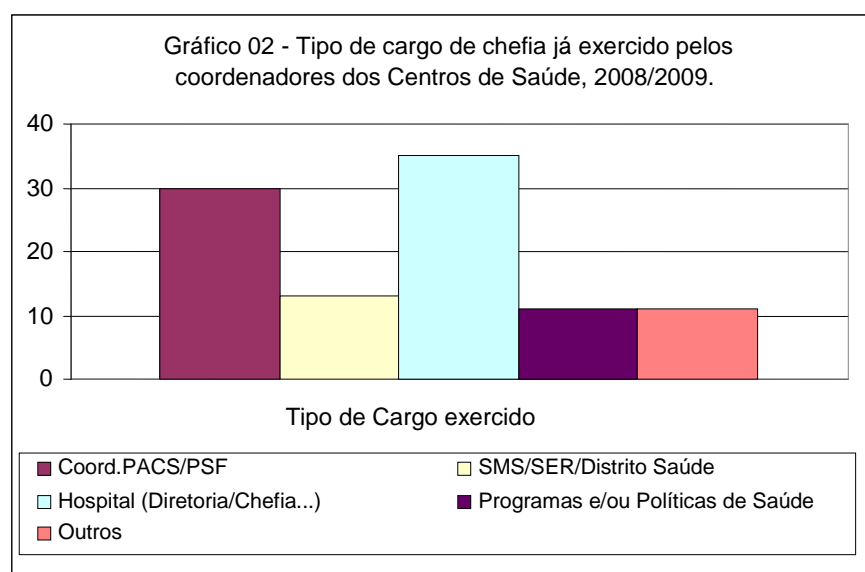
Em relação à pós-graduação temos que 88% (58) possuem especialização, sendo a grande concentração nos cursos de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde; Saúde da Família e Saúde Pública, com 30% (17), 26% (15) e 19% (11), respectivamente. Apenas 02 coordenadores (3%) fizeram mestrado em Saúde Pública e 01 coordenador concluiu também o doutorado em Saúde Pública. Este perfil de coordenadores, envolvidos em processos de formação continuada, predispõe a facilitar a implementação de uma nova proposta, como esta de mudança do modelo de atenção.

O gráfico 01 descreve o tempo que os coordenadores estão no cargo atual, nesta Unidade ou Centro de Saúde e nesta Regional. Podemos observar que a maioria deles está há menos de seis anos no cargo, período este que coincide com o início da

nova gestão municipal, na qual foram realizados concursos para área de saúde e um aumento substancial de Unidades de Saúde. A maioria dos coordenadores está há mais tempo no cargo, tendo acompanhado o processo desde o início, o que em princípio parece ser um facilitador da implementação da ESF.



Quanto a ter exercido algum cargo de chefia anteriormente, 70% dos coordenadores responderam que sim. O gráfico 02 apresenta quais foram esses cargos, com destaque para alta percentagem de cargos na Atenção secundária e terciária, chefes de equipe de enfermagem, chefe de cirurgia, diretores clínicos, entre outros. Uma parcela também importante já havia coordenado outro Programa de Saúde da Família – PSF ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, principalmente em cidades do interior, onde essa modalidade de atenção já está presente há alguns anos. O restante dos cargos estava ligado à Coordenação de Programas e Políticas do município, estado ou federação, tais como Imunização, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, entre outros, além de cargos ocupados na Secretaria, Distritos ou Regionais de Saúde.

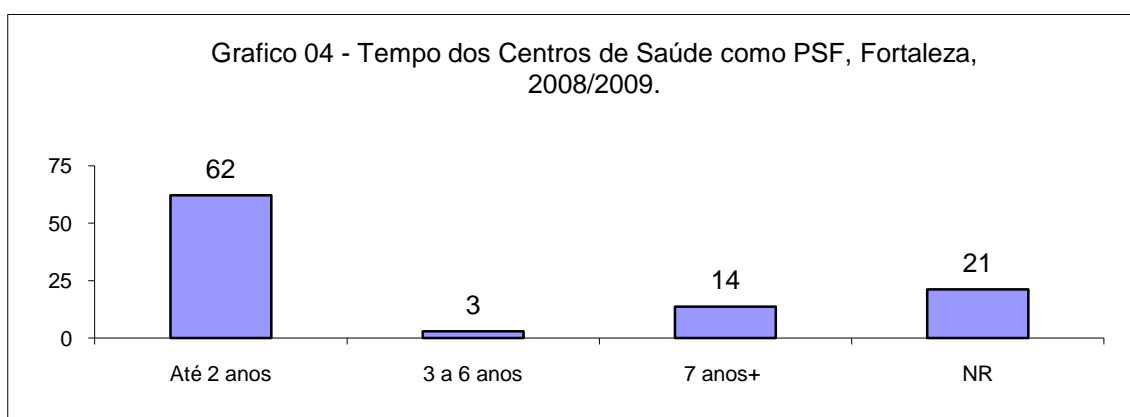
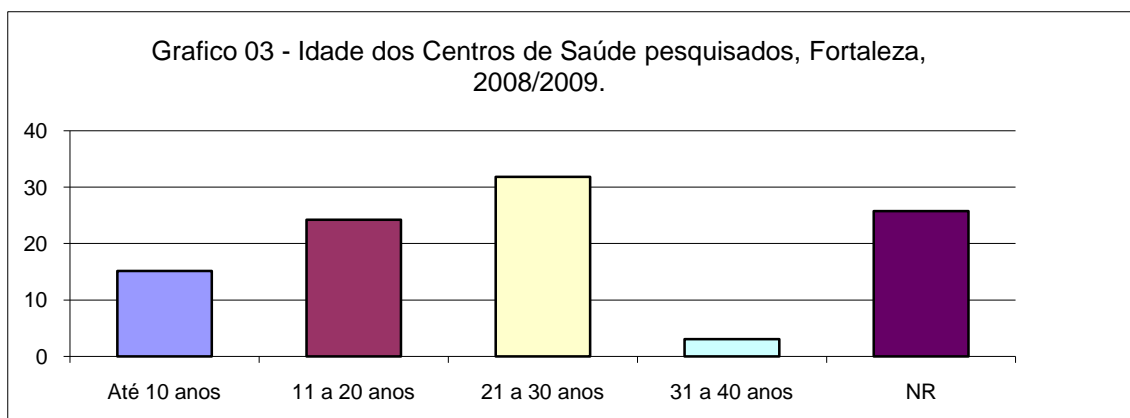


7.2. MODELO DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VISÃO DOS COORDENADORES DOS CENTROS DE SAÚDE

Modalidade de Atenção dos Centros de Saúde

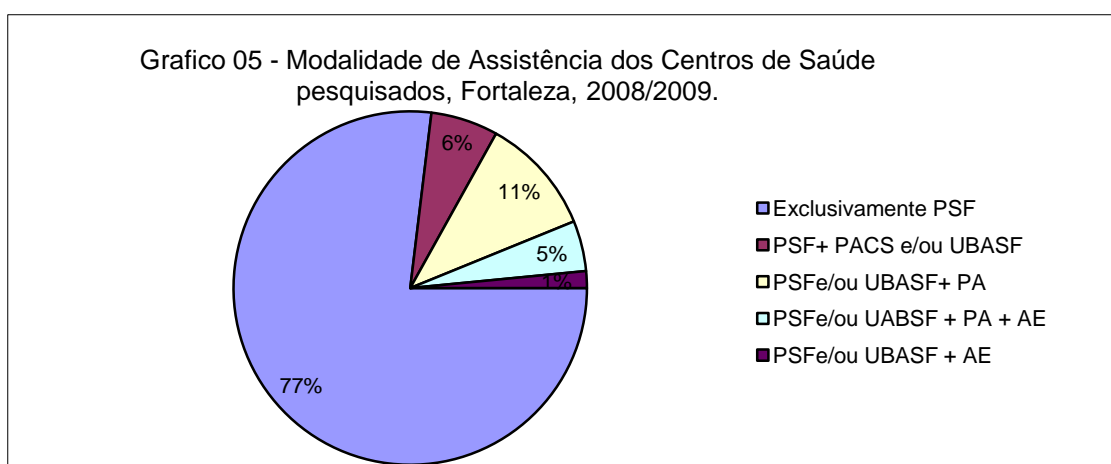
Os gráficos 03 e 04 apresentam o tempo de existência das Unidades de Saúde e tempo em que vem desenvolvendo o PSF. Os dados mostram que 62% dos Centros de Saúde adotaram o Programa Saúde da Família há menos de dois anos, e apenas 14% deles já tinham essa modalidade de Atenção há sete anos ou mais.

Outro ponto a destacar é a alta frequência de não respostas, o que pode indicar que os Coordenadores não sabiam ou não se lembravam dessa informação. O fato de não lembrarem o tempo de inserção da ESF como modelo de atenção pode demonstrar falta de envolvimento com a proposta da Estratégia Saúde da Família implementada pelo município, ou então, uma não apropriação deste novo modelo nas atividades dos CS.



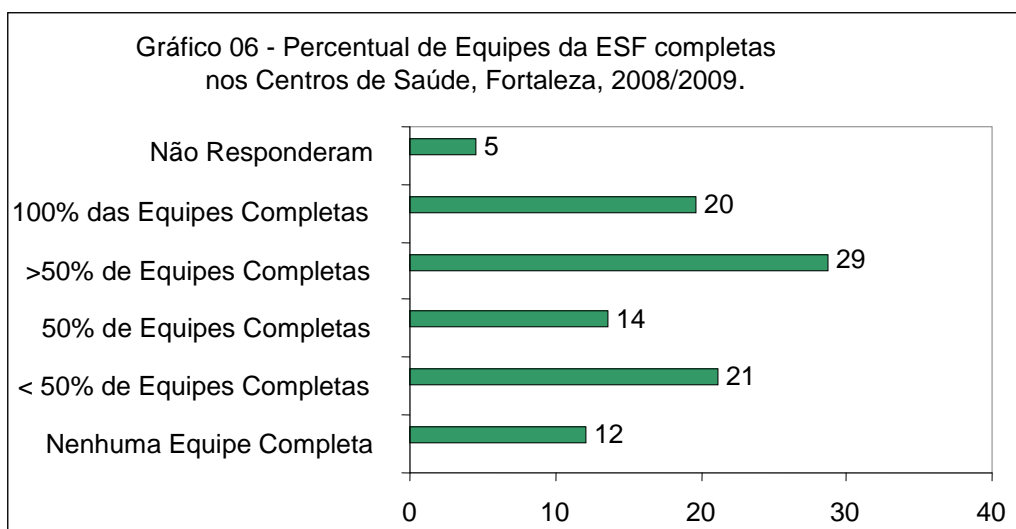
Equipes integrantes da Estratégia Saúde da Família

Como estrutura principal da Estratégia Saúde da Família - gráfico 05 - a quantidade de equipes e sua correspondência com o tamanho da população a ser atendida é fundamental para o bom funcionamento das ações, assim como equipes completas que possam atender às demandas e necessidades da estratégia, tendo em vista que cada membro da equipe tem sua atribuição e um desfalque na equipe compromete o trabalho. O gráfico 05 demonstra que 76% dos Centros de Saúde hoje são exclusivamente unidades de PSF, mas ainda 34% das unidades funcionam com equipes incompletas, sendo que não existem unidades em todo território do município, somente nas áreas de maior vulnerabilidade.

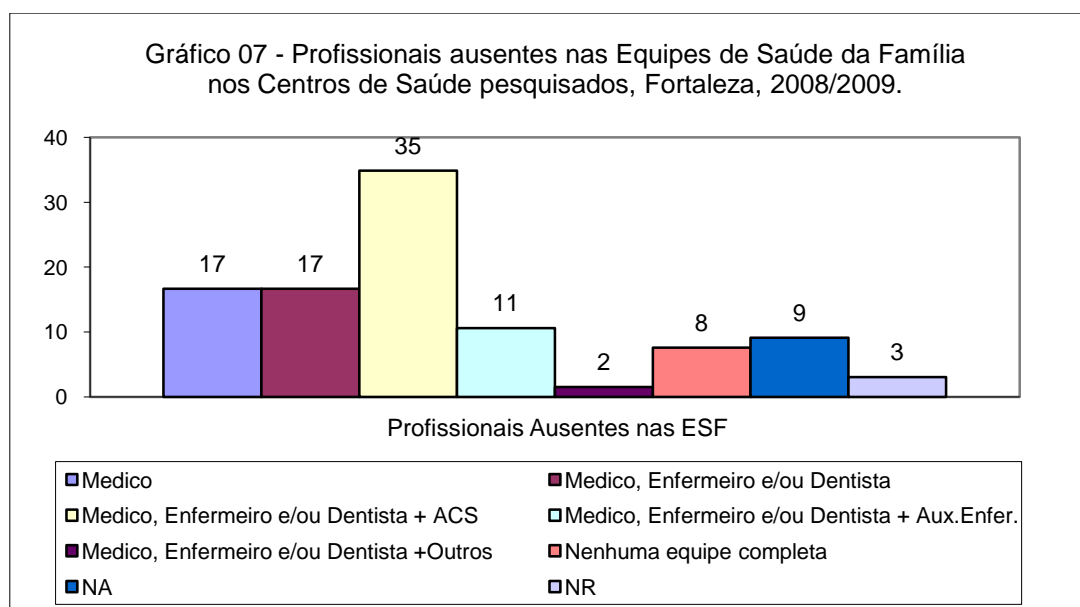


No caso da população atendida as equipes de Saúde da Família inseridas nos CS do município não conseguem atender toda a área, ou seja, apenas uma média de 20 a 30% da população adstrita é cadastrada na ESF, contudo toda a população utiliza o CS para a realização de consultas, pronto atendimento, imunização, entre outros serviços ligados ao nível de atenção primária. Desta forma, as equipes que integram a Estratégia Saúde da Família se dividem entre o atendimento das pessoas cadastradas no programa e o restante da população adstrita que também buscam os serviços dos Centros de Saúde.

Infelizmente, esse parece ser um problema ainda a ser enfrentado pelo município tendo em vista que apenas 20% das equipes estão completas, e 33% das equipes estão todas incompletas ou faltando mais da metade dos profissionais, como pode ser observado no gráfico 06.



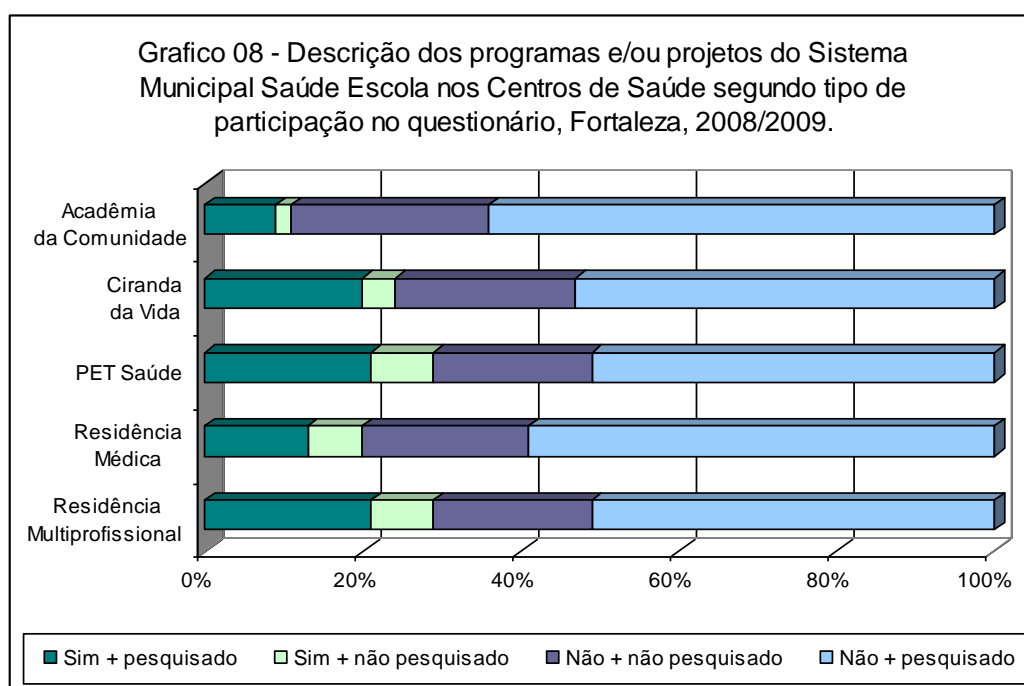
Em relação aos profissionais ausentes podemos observar no gráfico 07 que a falta de médicos é bastante significativa, estando ausente em muitas equipes. A falta de ACS, componente importante no trabalho realizado no território também é descrita em 35% das equipes. Foi mencionada pelos Coordenadores dos Centros de Saúde a ausência de profissionais de outras áreas técnicas da saúde, como nutricionistas, educadores físicos ou assistentes sociais que estão presentes em alguns postos a partir da presença da residência multiprofissional e do NASF¹⁶.



¹⁶ Apresentação do NASF já realizada na página 116 deste documento.

A Secretaria Municipal de Saúde implantou como parte da reorientação do serviço de saúde, Residências Multiprofissionais em Saúde da Família que têm como espaço de atuação os Centros de Saúde (CS) do município, com a presença de residentes no atendimento (médicos, enfermeiros e dentistas). Entretanto, apenas 21 (32%) dos CS contam com residentes e seus orientadores que poderiam reforçar os aspectos ideológicos da proposta de reorientação de serviços. O tempo de existência dessa iniciativa também é pequeno, sendo que 45% dos CS que contam com a presença dos mesmos o têm há menos de 2 anos e 55% entre 2 a 5 anos.

Outros programas¹⁷ também foram integrados aos CS a partir da reorganização dos serviços, fortalecendo esses espaços também como espaços de aprendizagem e produção de conhecimento. Na ocasião da elaboração do questionário foi inserido apenas o programa da residência, contudo, tendo em vista sua importância, os demais programas e/ou projetos foram identificados e classificados em sua abrangência, conforme gráfico 08.



¹⁷ Programas já mencionados na página 124 deste documento.

Conforme a descrição do gráfico 08, observamos que a abrangência dos projetos e programas do Sistema Municipal Saúde Escola¹⁸ não ultrapassam 30% dos Centros de Saúde do município. Desta forma, mesmo contribuindo para a realização de atividades que promovam a saúde e coloquem a comunidade em parceira com a Unidade, entre outras ações, a baixa cobertura das Unidades pode ser considerada uma limitação para a implementação desse novo modelo. Essas práticas, consideradas importantes para o desenvolvimento do território, devem ser pensadas e articuladas como políticas públicas universais, ou seja, que estejam presentes em todas as ESF do município.

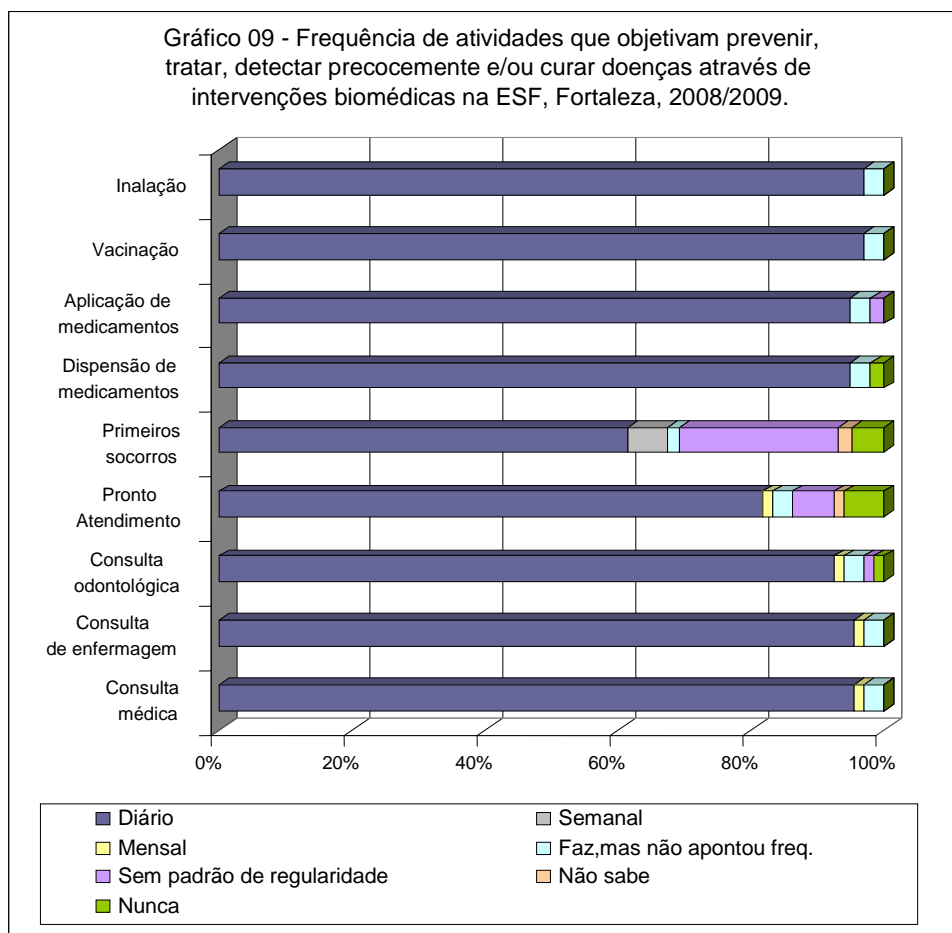
Atividades realizadas nos Centros de Saúde

Um dos objetivos dos questionários aplicados aos CS era identificar quais atividades eram oferecidas à população adstrita e qual sua frequência. Assim, conforme explicitado na metodologia, vamos identificar e analisar dentre essas atividades, divididas em 5 blocos, como as ações de PS são inseridas nas práticas dos Centros de Saúde de Atenção Básica de Fortaleza que estão em processo de reorientação na perspectiva da promoção da saúde, inserindo-se na Estratégia Saúde da Família. Procuramos verificar, conforme referencial teórico, se as ações de promoção da saúde são desenvolvidas mais na perspectiva biomédica, comportamentalista ou socioambiental, ou seja, como está sendo operacionalizado essa reorientação no serviço de saúde e como se insere a visão de promoção da saúde nas atividades realizadas nos centros de saúde.

¹⁸ Sistema Municipal de Saúde Escola – SMSE já mencionado na página 112 deste documento.

C.1. – Atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas.

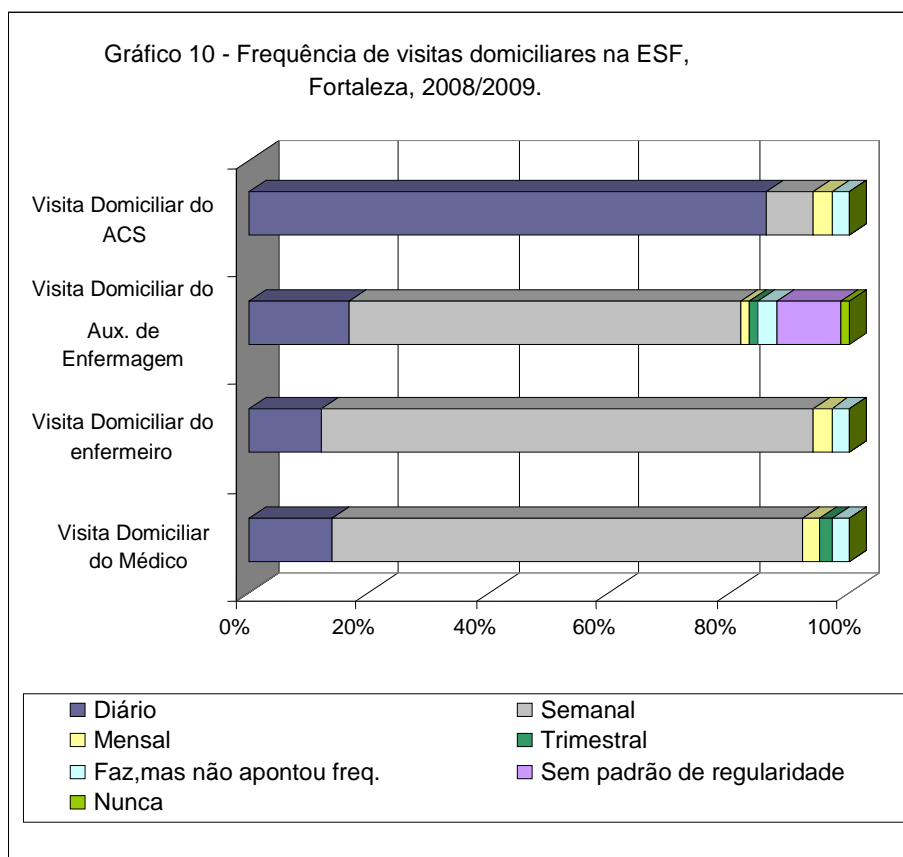
Os gráficos 09 e 10 apresentam as atividades do bloco 1 que tem como principal objetivo verificar a frequência e concentração da realização de intervenções biomédicas. No gráfico 09, observamos que as atividades biomédicas são oferecidas diariamente e com alto padrão de regularidade. As consultas, tanto de médicos, enfermeiros e dentistas estão disponíveis diariamente em praticamente todos os postos pesquisados. Isso indica que a presença do dentista nas equipes já foi absorvida pelo sistema. Atividades de pronto atendimento também são as de maior frequência no atendimento diário. As atividades de primeiros socorros variaram entre diário e sem padrão de regularidade, provavelmente porque esse serviço acontece de maneira esporádica de acordo com a necessidade da população, que muitas vezes prefere se dirigir a um serviço mais especializado no caso de acidentes. Serviços de imunização, dispensação e aplicação de medicamentos, assim como inalação também são oferecidos, em sua maioria, diariamente com alta regularidade.



Visitas domiciliares

As visitas domiciliares, consideradas uma importante atividade e com caráter diferencial dos demais serviços que não o Saúde da Família, indicam resultados interessantes. O Agente Comunitário de Saúde tem na visita domiciliar sua principal atividade e os Centros de Saúde pesquisados confirmam isso. Os médicos e enfermeiros também realizam visitas, mas com uma regularidade menor, semanalmente. Apesar de com pouca frequência alguns CS indicaram que as visitas do médico e/ou enfermeiro só acontecem mensal ou trimestralmente, o que pode descaracterizar a Estratégia do Programa, no qual os profissionais têm que estar presentes no território com atividades extra-muro e com um contato mais próximo às famílias e população local. Contudo, é importante ressaltar que não somente a realização da visita é importante como atividade externa ao centro de saúde e ainda,

quando realizada, temos que identificar que tipo de atividade está sendo realizada, de que forma e com qual objetivo. Interessa saber se a atividade tem características mais higienistas ou visa promover saúde e melhorar as condições e qualidade de vida da população.



Entendemos que conhecer o território e promover ações direcionadas a grupos também faz parte da Estratégia Saúde da Família, deste modo, a presença dessas atividades pode indicar uma maior compatibilidade das ações com as atividades e ações previstas no programa. Caso contrário, possivelmente consultas individuais e medidas curativas estão sendo realizadas em maior proporção, sem relação com os problemas prioritários da área de abrangência, do território de responsabilidade da unidade de saúde. Vale ressaltar que consideramos essas atividades primordiais para a atenção à saúde da população, mas realizadas de forma integrada com outras atividades que se realizam na unidade ou fora dela, sejam de

caráter curativo, preventivo ou de promoção da saúde. Conforme descreve MARTINS Jr et al. (2003, p58),

A proposta da Estratégia Saúde da Família não nega a importância desses conhecimentos [biomédicos] ou da prática clínica. Busca promover reflexões profundas sobre a organização atual do processo de trabalho em saúde e sua aplicabilidade ao modelo atual de sociedade.

Atividades de Grupo

No gráfico 11 podemos verificar que as atividades de realização de grupos fazem parte das atividades diárias em 9% dos Centros de Saúde, tendo sua grande concentração em atividades semanais de realização de grupos, que foram citadas em 56% dos CS. Um dado importante e que reforça um possível distanciamento das estratégias da ESF podem ser observadas quando 17% dos CS realizam essa atividade apenas mensalmente, e que em 8% dos CS os grupos que acontecem não têm padrão de regularidade. Novamente, mesmo com baixa percentagem, dois Centros de Saúde mencionam que nunca fazem esse tipo de atividade.

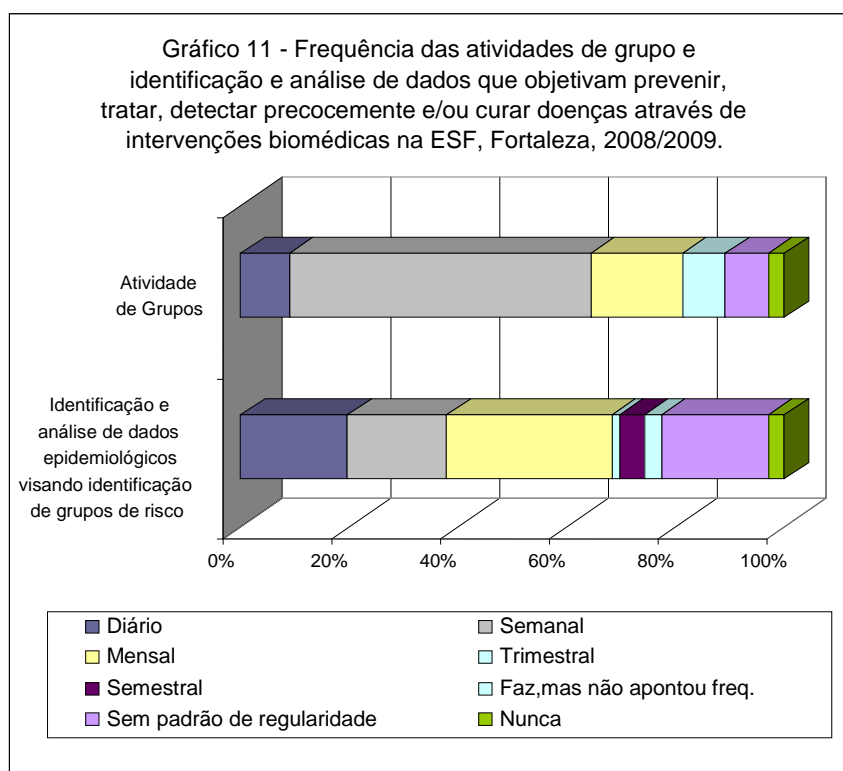
Apesar de valorizar a atividade de grupo, alguns estudos encontrados apontam para a falta de adesão da população às ações educativas e atividades de grupo, podendo indicar que talvez as estratégias ou metodologias utilizadas no grupo, ou ainda utilizadas na captação de integrantes para participar no grupo precisam ser revistas. (PAIVA e BERSUSA et al., 2006)

Nessa perspectiva podemos levantar também a hipótese de que, além das metodologias não estarem adequadas às demandas da população, pode ainda existir uma valorização maior da atenção individualizada tanto por parte dos profissionais como do próprio usuário.

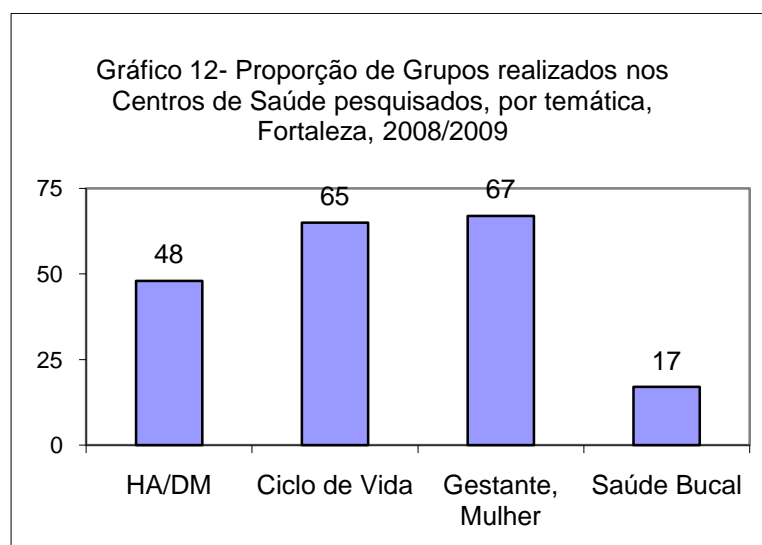
Todavia, outro estudo, realizado em Fortaleza menciona o sucesso de atividades de grupo no qual havia equidade, a participação efetiva dos sujeitos, estímulo à autonomia na realização das atividades, além da utilização de estratégias que favorecessem a alegria, o bem-estar e a felicidade, mostrando que, quando bem planejadas e de fato seguindo uma visão socioambiental da Promoção da Saúde, a

atividade consegue atingir seus objetivos e envolver a população. (VITOR e VASCONCELOS et al., 2007)

Já em relação à identificação e análise de dados epidemiológicos, visando a identificação de grupos de risco, e posteriormente, o redirecionamento de atividades buscando atender às reais demandas e necessidades da população adstrita, os centros de saúde pesquisados possuem regularidades bastante distintas com maior concentração em frequências mensais, (30%), seguida de diária, sem padrão de regularidade e semanal com 20, 20, e 18%, respectivamente. No modelo de reorientação dos serviços de saúde do município de Fortaleza existe a recomendação de que se realizem encontros, as Rodas, já citadas anteriormente, que no caso do posto, devem acontecer semanalmente e no qual deve ser debatida, entre outros assuntos, a situação epidemiológica da área do território de atuação da unidade de saúde. Novamente dois Centros de Saúde apontaram que nunca realizam essa atividade.



As populações alvo dos grupos estão descritas no gráfico 12 e têm nos programas mais tradicionais sua maior concentração. Grupos ligados à Gestação, Saúde da Mulher e/ou Planejamento Familiar foram os mais citados em 67% dos CS, em seguida, com 65% os grupos que classificamos como pertencentes aos programas de ciclos de vida, tais como idosos, adolescentes, puericultura, cuidados com beb s, e outros. Grupos voltados para o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes (HA/DM) foram citados como presentes em 48% dos CS. Levando-se em conta que atualmente a HA   uma das grandes responsáveis por mortalidades e complica es que acabam levando   perda da qualidade de vida para muitas pessoas, menos da metade dos CS pesquisados estão se mobilizando para a realiza o de atividades que auxiliem de forma mais holística seu controle. A temática ligada   saúde bucal foi mencionada em apenas 17% dos CS.



As atividades de grupo e identifica o de dados epidemiológicos acontecem nos centros de saúde de Fortaleza sem padrão de regularidade ou com regularidade maior e/ou mais espaçadas. Nesse contexto, podemos levantar algumas possíveis limita es. Talvez o tempo da Unidade com o PSF possa interferir tanto no oferecimento das atividades de grupos e aceita o e participa o da popula o nos grupos, ou então, exista uma valoriza o prioritária para o modelo hospitalocêntrico,

tendo em vista que muitos desses coordenadores e profissionais estavam trabalhando em hospitais, clínicas médicas, e outros.

Outra limitação, bastante importante, refere-se à quantidade de equipes, já que Unidades com equipes completas certamente têm mais tempo para planejar e executar as atividades orientadas pelo Programa Saúde da Família. Estudo realizado por FELIPE e ABREU et al. (2008) abordou os aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido na ESF em Fortaleza. Os dados apontaram a importância da educação em saúde, tendo em vista que muitos pacientes não conheciam a doença e seu tratamento, além de reforçar a necessidade da educação permanente em saúde para os enfermeiros que atuam na ESF.

Na análise C1, correspondente as atividades que *objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas*, foi formado quatro grupos com a análise de agrupamento nos eixos obtidos e corrigidos da ACM, que podem ser visualizados no quadro 08 e que descreve, ainda, o resumo da caracterização dos grupos.

É importante mencionar que os grupos identificados como estatisticamente significativos, mas que apresentaram frequência igual a zero, foram considerados como não respondentes e, portanto, não estarão descritos nos quadros resumo, ou seja, o quadro resumo só irá identificar os grupos significativos e com frequência maior que zero. Ao lado das variáveis podemos observar o valor do resíduo ajustado (RA), que identifica que essas são as respostas que realmente predominaram em cada grupo.

Podemos observar que se formou um grupo ao qual atribuímos o número 1, classificado por nós como positivo, isto é como desenvolvendo atividades de promoção da saúde que mais se aproxima da perspectiva socioambiental, que possui uma associação da consulta médica diária significativamente mais frequente no grupo 1 e significativamente menos frequente no grupo 4. O mesmo ocorre com as variáveis consulta de enfermagem, pronto atendimento, dispensação de medicamentos, aplicação de medicamentos, vacinação e inalação, além das atividades de visita domiciliar do ACS e realização de grupos com maior frequência. Os grupos que tem uma melhor organização em relação ao atendimento diário

parecem ser os que têm mais envolvimento com o processo de reorientação dos serviços de saúde da forma como definido no referencial teórico.

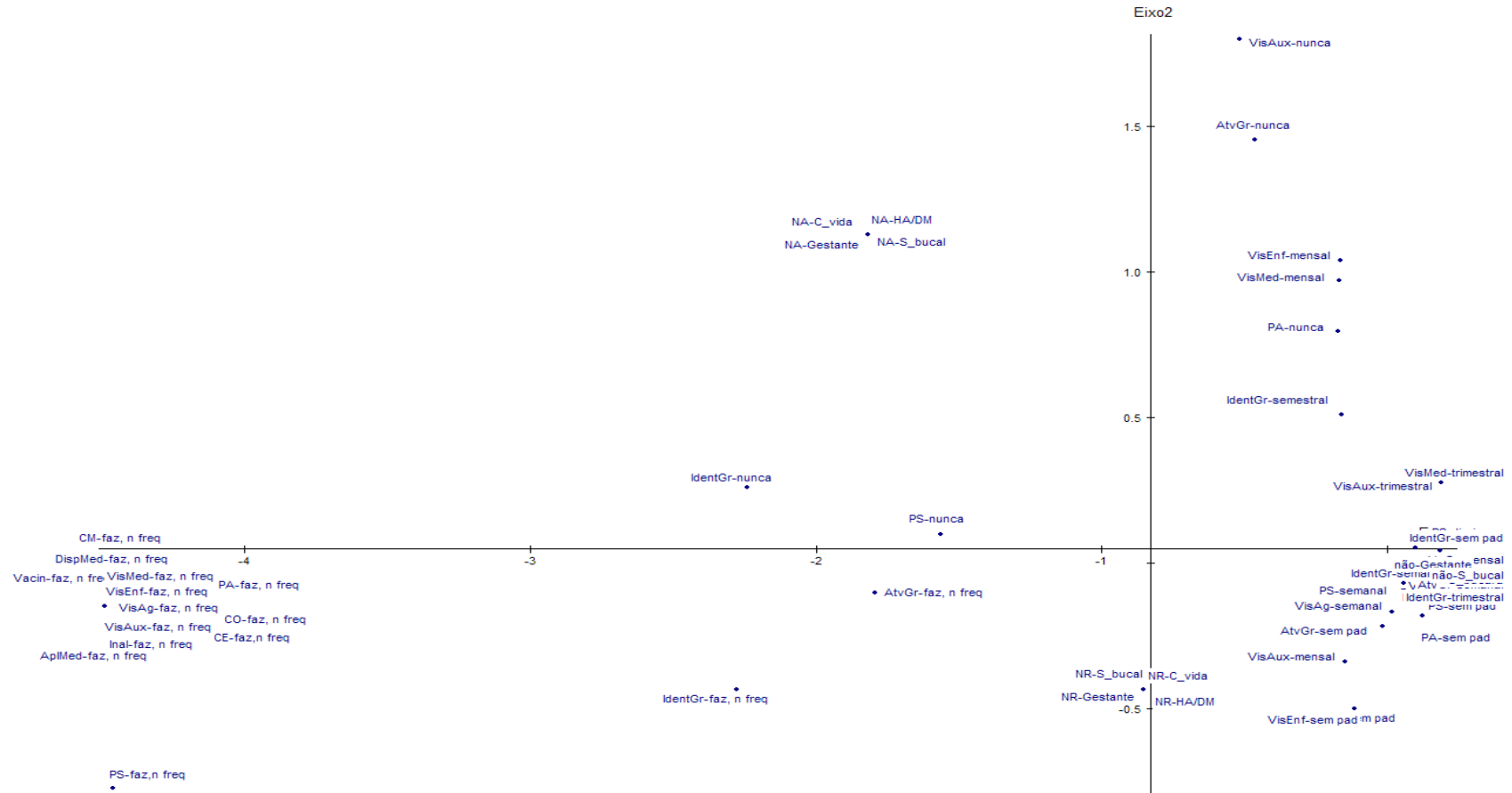
A figura 06 apresenta o mapa da Análise de Correspondência Múltipla – ACM das categorias de respostas formadas nos grupos supra citados.

Quadro 08. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C1 do questionário referente as atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas.

	Grupo 1 (+ diário: positivo)	Grupo 2 (+ NR: negativo)	Grupo 3 (+sem padrão: negativo)	Grupo 4 (+ faz, não apontou frequência)	p-valor
Consulta Médica	+diário (RA:2,7)			+faz, não freq (RA:8,1)	p= 0,003
Consulta de Enfermagem	+ diário (RA:3,7)	+ sem padrão (RA:3,5)		+ faz, não freq (RA:8,1)	p= 0,001
Consulta Odontológica				+ faz, não freq (RA:8,1)	p= 0,017
Pronto atendimento	+ diário (RA:3,1)		+ nunca (RA:5,7)	+ faz, não freq (RA:8,1)	p< 0,001
Primeiros socorros	+ diário (RA:2,7)			+ nunca (RA:3,1) + faz, não freq (RA:5,7)	p=0,001
Dispensação de medicamentos	+diário (RA:2,7)			+faz, não freq (RA:8,1)	p=0,003
Aplicação de medicamentos	+diário (RA: 2,7)			+faz, não freq (RA:8,1)	p=0,003
Vacinação	+diário (RA:3,6)			+faz, não freq (RA:8,1)	p=0,001
Inalação	+diário (RA:3,6)			+faz, não freq (RA:8,1)	p=0,001
Visita domiciliar do Médico			+ mensal (RA:3,9)	+ faz, não freq (RA:8,1)	p=0,004
Visita domiciliar do Enfermeiro	+ semanal (RA:2,0)	+ sem padrão (RA:3,5)	+ mensal (RA:3,1)	+ faz, não freq (RA:8,1)	p=0,001
Visita domiciliar do Auxiliar Enf.		+ mensal (RA:3,5)	+ nunca (RA:5,7)	+ faz, não freq (RA:8,1)	p=0,001
Visita domiciliar do ACS	+ diário (RA:2,9)	+ semanal (RA:2,9)		+ faz, não freq (RA:8,1)	p<0,001
Visando a identificação de grupos			+ semestral (RA:3,1)	+ nunca (NA:3,9) + faz, não freq (RA:3,9)	p=0,025
Atividades de grupo	+ semanal (RA:2,2)	+ sem padrão (NA:4,6)	+ nunca (RA:8,1)	+ faz, não freq (RA:5,0)	p<0,001
Atividade Grupo C - HA/DM	+ HA/DM (RA:3,1) + não HA/DM (2,5)	+ NR (RA:7,4)	+ NA (RA:6,6)	+ NA (RA: 3,1)	p<0,001
Atividade Grupo C - Ciclo de vida	+ Ciclo de vida (RA:4,4)	+ NR (RA:7,4)	+ NA (RA:6,6)	+ NA (RA:3,1)	p<0,001
Atividade Grupo C - Gestante, Mulher	+ Gestante, mulher (RA:4,6)	+ NR (RA:7,4)	+ NA (RA:6,6)	+ NA (RA:3,1)	p<0,001
Atividade Grupo C - Saúde Bucal	+ não Saúde bucal (RA:4,9)	+ NR (RA:7,4)	+ NA (RA:6,6)	+ NA (RA:3,1)	p<0,001

Legenda: RA: Resíduo ajustado; RN: Não respondeu; NA; Não se aplica; NS: Não sabe

Figura 06 – Mapa da ACM das categorias de resposta- C1



Como já mencionamos na metodologia, após aplicação do questionário, a partir de alguns critérios de pontuação, categorizamos, a partir das respostas dos coordenadores dos Centros de Saúde, as abordagens utilizadas na organização das ações realizadas em dois grupos: aqueles que mais se aproximavam da visão socioambiental da promoção da saúde e aqueles que mais se afastavam dessa mesma visão. Isto foi feito antes de qualquer tratamento estatístico dos dados para que pudéssemos fazer uma seleção das unidades representantes dessas abordagens para aprofundar o estudo a partir da realização de entrevistas em profundidade com seus profissionais.

O quadro 09 apresenta o resumo da classificação referente aos Centros de Saúde pesquisados da Secretaria Executiva Regional I. Podemos observar que os CS classificados como positivo, apresentaram um maior número de atividades que podem estar ligadas a uma prática positiva da promoção da saúde como, por exemplo, as temáticas das palestras, as atividades realizadas junto à comunidade ou na participação em Conselhos, enquanto os CS classificados como negativos não mencionam, no geral, esse tipo de atividade. É importante ressaltar que a análise e a ponderação foram feitas para cada resposta diferentemente da análise de correspondência múltipla que analisa um conjunto de variáveis ao mesmo tempo. De qualquer forma foi útil para darmos continuidade a coleta de dados, isto é, realizarmos as entrevistas em profundidade no tempo previsto. Como poderão ver nos resultados não houve discrepância que pudesse invalidar o processo na comparação dos resultados deste processo com os resultados da análise de correspondência múltipla.

Quadro 09. Planilha de Classificação dos Centros de Saúde da Secretaria Executiva Regional - SER I de acordo com as atividades relacionadas a prática da promoção da saúde voltada para uma visão socioambiental, realizada a partir de análise subjetiva.

SER I	Centro de Saúde 1 Classificação: Positiva*	Centro de Saúde 2 Classificação: Negativa**	Centro de Saúde 3 Classificação: positiva	Centro de Saúde 4	Centro de Saúde 5	Centro de Saúde 6 Classificação: negativa
Definição Promoção da Saúde	NR	NR	Estilo de vida	Qualidade de Vida (individual e grupo)	Qualidade de Vida e Saúde	Biomédico
Realização de ações biomédicas diárias	Consulta, medicação, vacinação, inalação, visita ACS, dados epidemiológicos de grupo de risco, realização de grupos	Realiza atividade, mas não descreve frequência	Consulta, medicação, vacinação, inalação, visita ACS, dados epidemiológicos. de grupo de risco, realização de grupos, visita Médico e Enfermeiro	Consulta, visita ACS, vacinação, inalação	Consulta, inalação, medicamento	Consulta, medicamento, vacinação e inalação
Realização de atividades em grupo	HA/DM, Criança, Idoso	Roda	HA/DM, gestante, puericultura	HA/DM, Gestante, Puericultura Idoso	T.Comunitária, Palestra, escovação	Nenhuma
Desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis	Acons. Individual, campanhas vacinação, bicho de pé, piolho, escabiose	Faz, mas não descreve frequência nem temática	Acons. Individual, campanhas vacinação, pólio, gripe e anti-rábica	Acons. Individual, vacinação TB, HA/DM, HAN	Prevenção, vacina, Planj. Familiar	Nenhuma
Condução de palestra	Alimentação Saudável, exercício, hipoglicemia, estilos de vida saudável e higiene	Referente aos programas	Semana da Residência.Médica, Saúde Bucal e Qualidade de Vida	NR	DST/AIDS, HA/DM	Dia da Alimentação, Dia da DM
Realização de grupos de ajuda mútua	HA/DM, CCA,	Nenhuma	Tabagismo	Idoso, HA/DM	T. Comunitária, Rezadores, Adol.	NR

continua

Quadro 09. Planilha de Classificação dos Centros de Saúde da Secretaria Executiva Regional - SER I de acordo com as atividades relacionadas a prática da promoção da saúde voltada para uma visão socioambiental, realizada a partir de análise subjetiva.

<i>continuação</i>						
Realização de atividades em conjunto com a comunidade	TC: sem padrão IP: visita ACS ED: palestra LAZER: idoso, artes, dança RE: artesanato	TC: Nenhuma IP: Nenhuma ED: gincana LAZER: Nenhuma RE: reciclagem	TC: trimestral IP: Reunião Conselho Local ED: qual. de vida LAZER: passeio RE: Nenhuma	TC: sem padrão IP: sem padrão ED: Nenhuma LAZER: festa junina, datas RE: Nenhuma	TC: semanal IP: TC, Acolhimento GP RC ED: palestra LAZER: passeio RE: Nenhuma	TC: Nenhuma IP: Nenhuma ED: Nenhuma LAZER: Nenhuma RE: Nenhuma
Realização de atividades de elaboração e/ou mobilização por políticas públicas saudáveis	75: Mensal 85: Nenhuma Part. Conselho: Sim	75: faz 85: Nenhuma Part. Conselho: pouco frequente	75: Mensal 85: Nenhuma Part. Conselho: Sim	75: Mensal 85: Nenhuma Part. Conselho: Não	75: sem padrão 85: Nenhuma Part. Conselho: Pouco frequente	75: semanal 85: Nenhuma Part. Conselho: Pouco frequente
Realização de parcerias	Escola, comércio, igreja, Hospital, Soc. Amigos do bairro	Escola, ONG	Escola, ONG.	Escolas, Casa de cultura, igreja, ONG	Escola, comércio, igreja, ONG, hospital, Soc. Amigo Bairro	Escola, igreja, Hospital
Realização de parcerias relacionadas ao programa de HA	Nenhuma	Nenhuma	Soc. Amigos de Bairro, grupos	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Realização de atividades para diagnosticar HA	Acolhimento diário, verificação e PA	Exercício físico	Consulta e verificação de PA	Verificação de PA	NR	Verificação de PA
Realização de atividade de promoção da saúde em função do programa de HA	NR	Escolas	Acompanhamento HA, palestra	Grupos	Nenhuma	Palestra

Quadro 09. Planilha de Classificação dos Centros de Saúde da Secretaria Executiva Regional - SER I de acordo com as atividades relacionadas a prática da promoção da saúde voltada para uma visão socioambiental, realizada a partir de análise subjetiva.

Atividade física	Palestra, grupo, visita	Caminhada, hidroginástica, dança	Bombeiro	Caminhada, Alongamento, grupo	Nenhuma	Caminhada
Nutrição	Palestra	Nenhuma	Grupo	NR	Nenhuma	Nenhuma
Tabagismo	Palestra	Nenhuma	Grupo Tabagismo	Grupo Tabagismo	Nenhuma	Nenhuma
Álcool	Palestra	Nenhuma	Grupo	Grupo	Nenhuma	Nenhuma

*: Classificação positiva: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde;

** : Classificação negativa: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

Legenda: TC: Terapia Comunitária; IP: Identificação de problemas e/ou vulnerabilidades locais; ED: Atividades de Educação; RE: atividades de Geração de Renda; 75: Reuniões de equipe para identificação de políticas locais de promoção da saúde; 85: Organização de grupos de trabalho;

Desta forma, após finalizar as análises estatísticas relacionamos, então, os grupos categorizados do ponto de vista estatístico com os grupos formados inicialmente, a partir de critérios mais subjetivos. Assim, marcamos de **verde** os Centros de Saúde que na categorização inicial mais se aproximavam da visão socioambiental e de **vermelho** aqueles que mais se afastavam da visão socioambiental.

Percebemos de acordo com a tabela 05, que a maior parte dos CS que se aproximam da visão socioambiental estão no Grupo 1, classificado no estudo como positivo para este tipo de abordagem e os CS que se afastam da visão da promoção da saúde que consideramos, se encontram nos grupos classificados como negativos, validando o processo subjetivo realizado inicialmente.

Dos 57 Centros de Saúde selecionados como realizando atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas de forma mais organizada, 11 (19,3%) correspondem aos selecionados por critérios subjetivos como desenvolvendo atividades na perspectiva de uma abordagem mais socioambiental da promoção da saúde, a partir da classificação feita por pontuação, 6 (10,5%) se afastam totalmente dos critérios subjetivos e para a grande maioria 40 (70,2%) os critérios estatísticos não corresponderam subjetivos para formação destes grupos. Estes dados demonstram que a análise estatística referenda em parte a seleção dos Centros de Saúde a representarem a abordagem socioambiental na análise qualitativa, mais profunda das percepções dos profissionais sobre a proposta de reorientação dos serviços de saúde. Esta relação é mais forte no grupo 2 e nos grupos 3 e 4 a opinião se divide mas o número é muito pequeno.

Tabela 05. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C1 do questionário referente as atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas.

GRUPO 1: mais diário: positivo Contagem: 57 sujeitos (CS)	01	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	16	17
	18	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	35	36
	37	38	39	40	41	43	44	45	46	47	48	50	51	52	53
	54	55	56	57	58	59	60	62	63	64	65	66			
GRUPO 2: mais NR: negativo Contagem: 5 sujeitos (CS)	15	19	34	42	61										
GRUPO 3: mais sem padrão: negativo Contagem: 2 sujeitos (CS)	26	49													
GRUPO 4: mais faz, não apontou frequência Contagem: 2 sujeitos (CS)	02	33													

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

C.2. – Atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

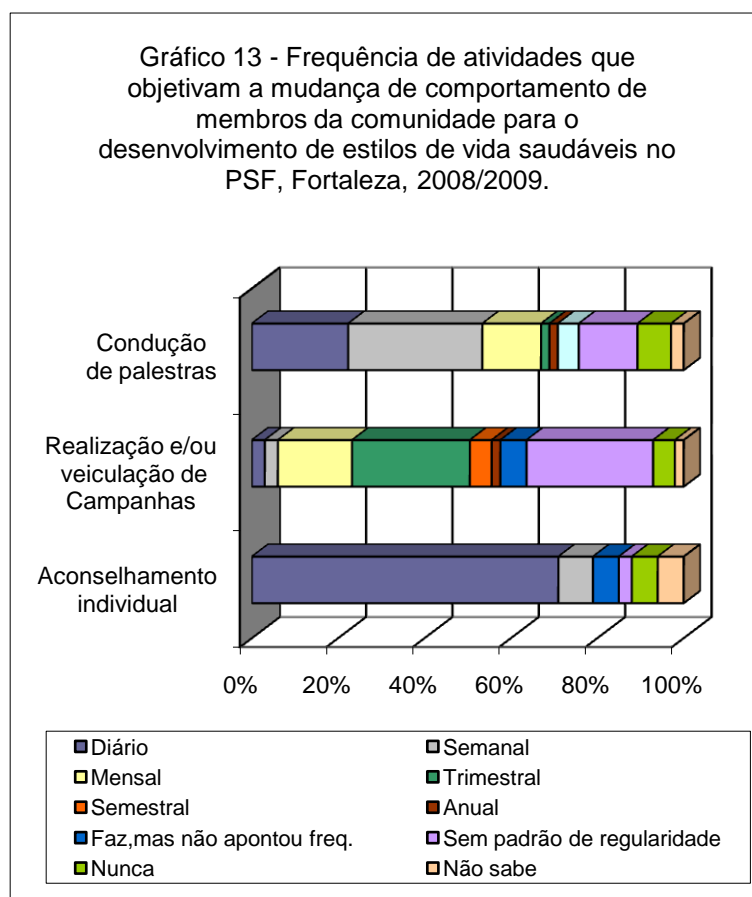
As atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos mais saudáveis de vida foram relacionadas à realização de aconselhamentos individuais, campanhas e condução de palestras. Conforme descrito no gráfico 13 observamos que o aconselhamento individual tem um alto padrão de regularidade e com frequência individual em 71% dos CS. Apesar da percentagem alta, as consultas de médicos e enfermeiros acontecerem com frequência diária, estes dados indicam, que nem sempre os profissionais utilizam esse momento para auxiliar o paciente com dúvidas, esclarecimentos e diálogo.

Em Fortaleza, outro estudo aponta também para essa questão, argumentando que a consulta, no caso a de enfermagem, é realizada centrada na consulta médica, baseada, portanto, no modelo curativo. As atividades realizadas referem-se prioritariamente a anamnese, exame sumário e orientações, em atendimentos

individuais, sem considerar o indivíduo na sua integralidade, a família ou abordagens grupais. (MACIEL e ARAÚJO, 2003)

As campanhas apresentam baixa frequência e pouca regularidade, tendo se apresentado sem padrão de regularidade em 29% dos CS, e com concentrações em atividades semestrais (27%) e mensais (17%).

As campanhas que foram mencionadas como atividades realizadas pelos Coordenadores se referem basicamente a: Imunização (61%); seguimentos dos calendários oficiais da SMS, SESA e MS (27%); Prevenção de Câncer (14%) e combate a agravos (6%), ou seja, campanhas geralmente relacionadas a ações preventivas e não de promoção da saúde no sentido socioambiental.



A realização de palestras também apresenta baixa regularidade, tendo frequências concentradas em diário, semanal e mensal em sua maioria. Segundo os coordenadores, as palestras são referentes às mesmas temáticas dos grupos, mas com

percentagens um pouco distintas, a saber: Gestação e/ou Saúde da Mulher em 47% dos CS, Ciclos de Vida em 30% e Grupos de HA/DM em 47% dos CS.

Aqui podemos levantar um ponto positivo, as palestras foram mencionadas com menor frequência do que as atividades de grupos o que pode sugerir um maior estímulo a atividades educativas participativas do que a exposição de temáticas e mudanças de comportamento em função da existência de fatores de risco, em geral para doenças e agravos não transmissíveis.

Quadro 10. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C2 do questionário referente as atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

	Grupo 1 (predomina negativo, mas tem + e -)	Grupo 2 (+ NR: negativo)	Grupo 3 (+NR/NA: negativo)	Grupo 4 (+NR/NA: negativo)	p-valor
Aconselhamento individual	+diário (RA:2,1)	+ NS (RA:2,4)		+nunca (RA:2,0)	p<0,001
Realização e/ou veiculação de Campanhas	+trimestral (RA:3,5)	+diário (RA:3,9) +anual (RA:2,7)	+nunca (RA:4,5)	+faz, nao freq (RA:2,0)	p<0,001
Campanhas C-Imunização	+C.imuniz (RA:3,4)	+nao imuniz (RA:2,0)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:6,6)	p<0,001
Campanhas C-Calendarário	+não C.calend (RA:3,3)		+NA (RA:8,1)	+NR (RA:6,6)	p<0,001
Campanhas C-Combate Agravos	+ não C.Agrav (RA:5,0)		+NA (RA:8,1)	-não C.agrav (RA:-4,7) +NR (RA:6,6)	p<0,001
Campanhas C-Prevenção CA	+não C.prev.CA (RA:3,0)		+NA (RA:8,1)	-não C.prev. CA (RA:-3,0) +NR (RA:6,6)	p<0,001
Campanhas C-Combate Dengue	+não C.dengue (RA:5,1)		+NA (RA:8,1)	+NR (RA:6,6)	p<0,001
Campanhas C-Outros	+nao Outros (RA:3,5)		+NA (RA:8,1)	+NR (RA:6,6)	p<0,001
Palestra C - P.HA/DM	+P.HA/DM (RA:3,3) +não P.HA/DM (RA:2,5)	+NR (RA:6,7)		+NA (RA:5,5)	p<0,001
Palestra C- P.Ciclo de vida	+P.C.vida (RA:2,1) +nao P.C.vida (RA:3,7)	- nao P.C.vida (RA:-2,8)		+NA (RA:5,5)	p<0,001
Palestra C- Gestante, Mulher	+P.gestante (RA:3,8)	+NR (RA:6,7)		+NA (RA:5,5)	p<0,001
Palestra C- P. Saúde Bucal	+P.S.bucal (RA:2,4) +não P.S.bucal (RA:3,9)	+NR (RA:6,7)		+NA (RA:5,5)	p<0,001
Palestra C- P.Outros	+não P.outros (RA:5,7)	+NR (RA:6,7)		+NA (RA:5,5)	p<0,001

Legenda: RA: Resíduo Ajustado; RN: Não Respondeu; NA: não se aplica; NS: Não Sabe.

Na análise C2, correspondente as atividades que *objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis*, foram formados na análise estatística quatro grupos, conforme quadro 10. Apesar do Grupo 1 ter variáveis com significância positiva em algumas variáveis, tais como, aconselhamento individual e palestras, observamos a predominância de variáveis significativamente negativas, o que pode indicar que no geral, nem as atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis estão ainda sendo realizadas de maneira satisfatório pelos Centros de Saúde pesquisados.

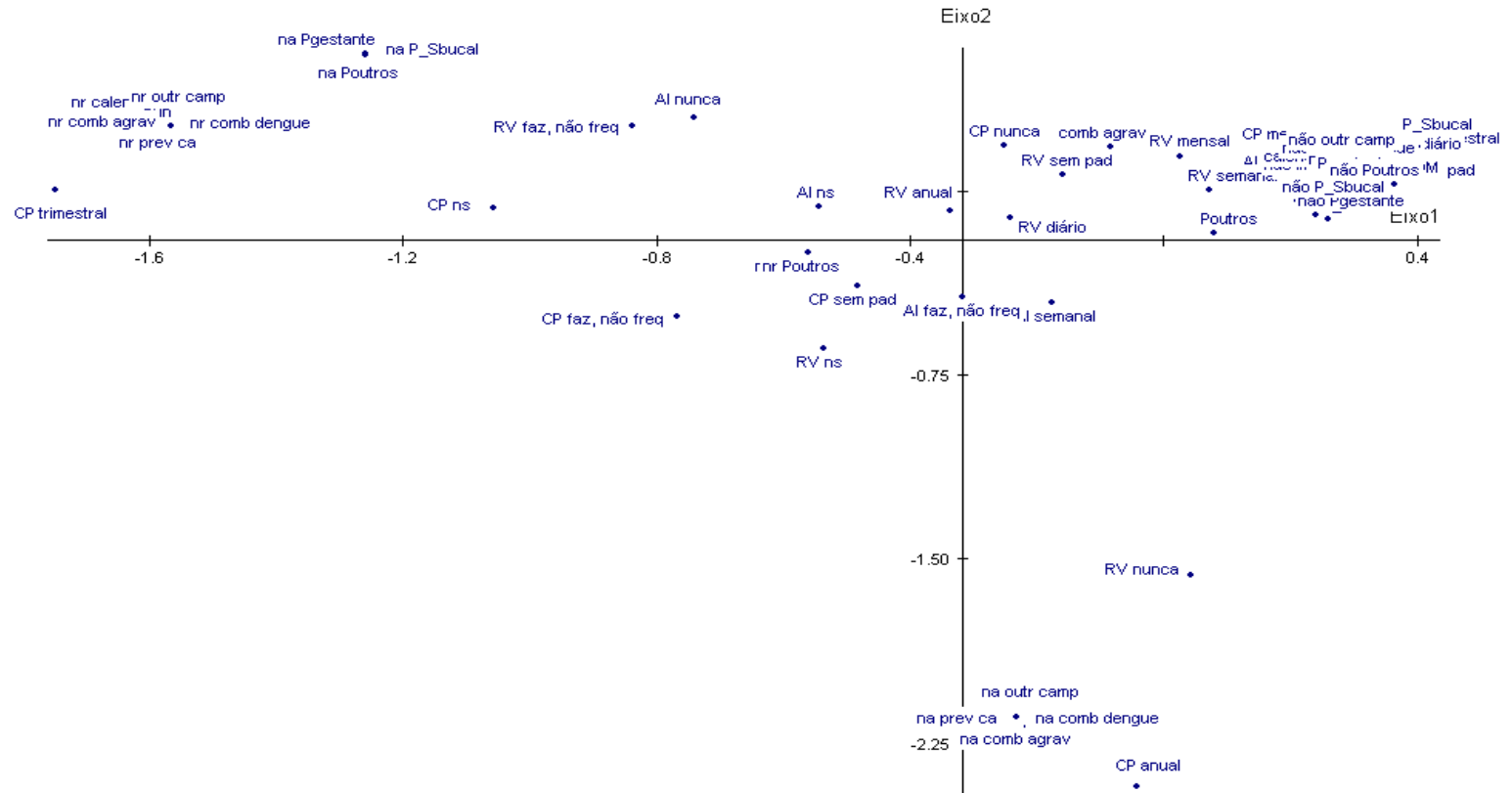
Observando a tabela 06 que ilustra o agrupamento dos grupos percebemos que os CS que possuem uma visão de promoção da saúde mais próxima da visão socioambiental, destacados em verde, estão concentrados no grupo 1, no qual estão também as variáveis classificadas como positivas. Entretanto, as variáveis positivas do grupo ainda estão mais relacionadas ao aconselhamento individual, campanhas de imunização e palestras, atividades que estão mais relacionadas com prevenção do que promoção da saúde, aspecto este que pode ser observado na figura 07, referente ao mapa da ACM das categorias de resposta C2.

Tabela 06. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C2 do questionário referente as atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

GRUPO 1: predomina negativo, mas tem variáveis tanto positivas quanto negativas Contagem: 44 sujeitos (CS)	01	03	05	07	09	10	14	17	18	20	21
	22	24	27	28	29	31	32	35	37	39	40
	42	43	44	45	46	47	48	50	51	52	53
	54	55	56	57	58	59	60	63	64	65	66
GRUPO 2: mais NR: negativo Contagem: 08 sujeitos (CS)	11	12	13	16	23	30	34	62			
GRUPO 3: mais NR/NA:negativo Contagem: 04 sujeitos (CS)	02	06	38	61							
GRUPO 4: mais NR/NA: negativo Contagem: 10 sujeitos (CS)	04	08	15	19	25	26	33	36	41	49	

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

Figura 07. Mapa da ACM das categorias de resposta – C2

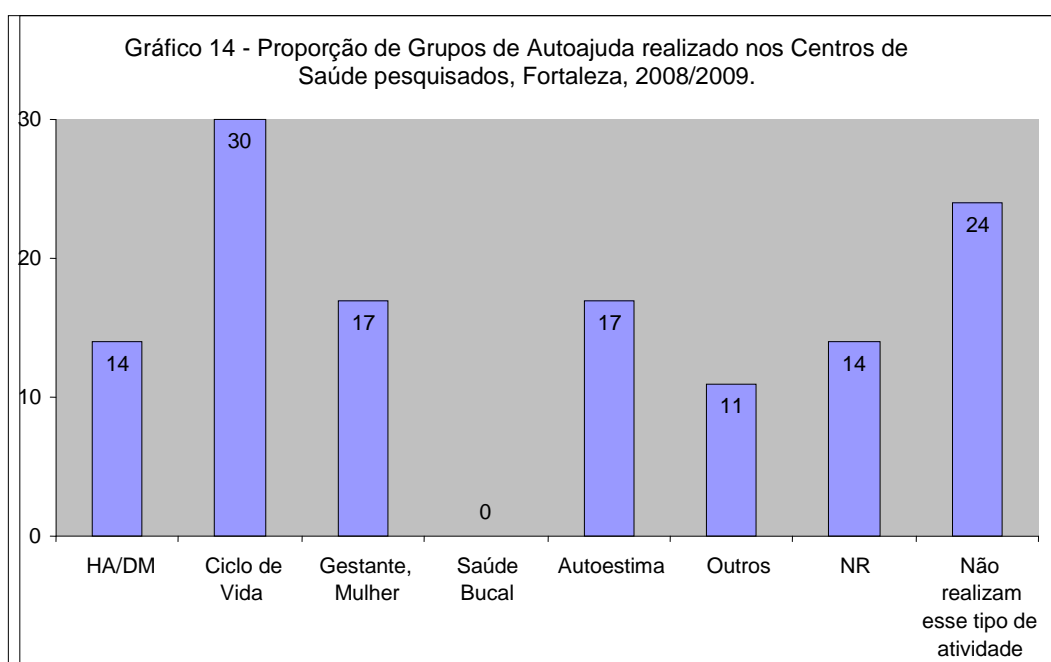


C.3. – Atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais.

As atividades deste terceiro bloco de questões estão relacionadas à realização de grupos com foco em auto-ajuda e outras formas de apoio psicossocial. Novamente os grupos puderam ser classificados nas temáticas: ciclo de vida, gestante e mulher, HA/DM, além de uma nova temática que foram os grupos de fortalecimento da autoestima.

Conforme dados apresentados no gráfico 14, observamos que ainda uma parte significativa (24%) de Centros de Saúde não realiza nenhuma atividade no sentido de estimular o enfrentamento de problemas com base em ações que significariam ir às causas dos problemas e outros 14% não responderam essa questão, o que pode indicar que ela não é realizada ou que o coordenador não tem conhecimento de sua realização.

As atividades realizadas acontecem em aproximadamente 20% dos CS, alguns deles com mais de uma temática. A inclusão de grupos de fortalecimento da autoestima pode ser um importante indicador de que, não somente a doença está no foco das atividades em pelo menos 17% por CS.



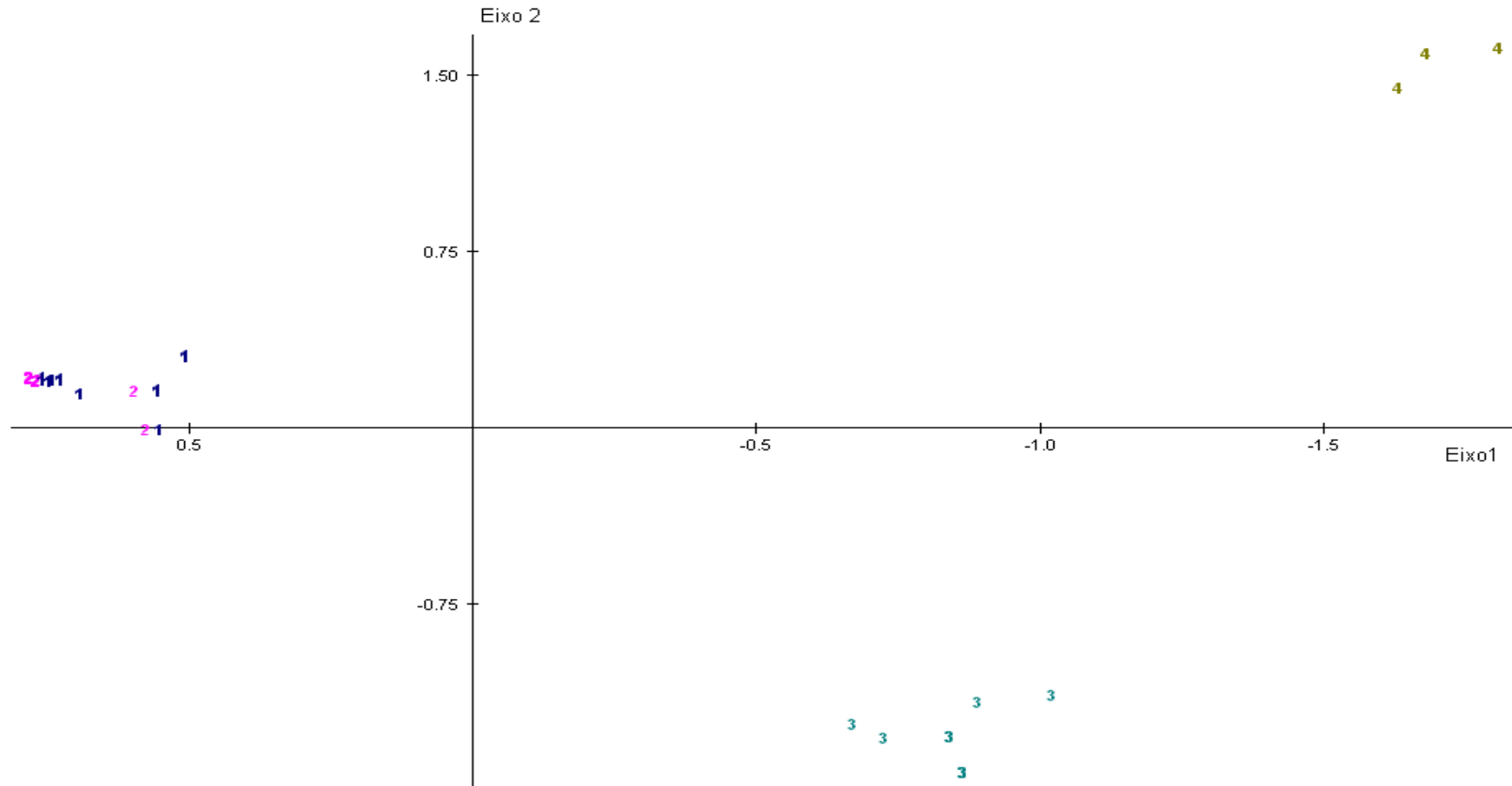
Na análise estatística do grupo C3, correspondente as atividades que *objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais* foram formados quatro grupos bem distintos, conforme quadro 11. O grupo 1 tem o maior número de variáveis positivas, ou seja, que realizam atividades de grupo de ajuda mútua, importante atividade na visão da promoção da saúde socioambiental. O grupo 2 apesar de também incluir nas suas atividades rotineiras o enfrentamento de problemas individuais, representado na análise estatística pela significância estatística de variáveis consideradas positivas em relação a abordagem socioambiental, tem a maioria de atividades não realizadas. Os grupos 3 e 4, considerados negativos concentraram as respostas não se aplica - NA e não respondeu - NR, respectivamente. Esses dados também podem ser observados na figura 08, que descreve o mapa simétrico dos indivíduos agrupados.

Quadro 11. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C3 do questionário referente as atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais.

	Grupo 1 (+atividade gpoajuda: positivo)	Grupo 2 (- atividade gpoajuda: negativo)	Grupo 3 (+NA: negativo)	Grupo 4 (+NR: negativo)	p-valor
Realização de grupos	+semanal (RA:2,4)	+diário (RA:3,2)	+nunca (RA:4,5)	+sem padrão (RA:3,2) +NS (RA:3,7)	p<0,001
Atividade GPOajuda - G.HA/DM	+G.HA/DM (RA:4,4)	+não HA/DM (RA:5,1)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:8,1)	p<0,001
Atividade GPOajuda- G.Ciclo de vida	+C.vida (RA:7,2) -não C.vida (RA:-2,4)	+não C.vida (RA:7,3)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:8,1)	p<0,001
Atividade GPOajuda- G.Gestante, Mulher	+G.Gestante (RA:5,0)	+não Gestante (RA: 5,4)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:8,1)	p<0,001
Atividade GPOajuda- G.Saude Bucal	+não S.bucal (RA:4,6)	+ não S.bucal (RA:3,9)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:8,1)	p<0,001
Atividade GPOajuda- G.Outros	+não G.outros (RA:5,8)	+G.outros (RA: 4,6)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:8,1)	p<0,001
Atividade GPOajuda- TC.Autoestima	+não autoestima (RA:6,5)	+autoestima (RA:5,9)	+NA (RA:8,1)	+NR (RA:8,1)	p<0,001

Legenda: RA: Resíduo Ajustado; RN: Não Respondeu; NA: não se aplica; NS: Não Sabe.

Figura 08. - Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 4 grupos (C3)



Na nossa classificação, na qual dividimos os centros de saúde em dois grupos, aqueles que mais se aproximavam da visão socioambiental da promoção da saúde e aqueles que mais se afastavam dessa mesma visão para realizar as entrevistas em profundidade, a semelhança com a análise estatística foi alta, tendo somente Centros de Saúde classificados como próximos da visão socioambiental da promoção da saúde no agrupamento 1, considerado positivo, conforme ilustrado na tabela 07 e os outros Centros de Saúde, considerados como distantes da visão socioambiental, distribuídos nos grupos 2, 3 e 4, classificados como negativos.

Tabela 07. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C3 do questionário referente as atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais

GRUPO 1: mais atividades gpoajuda: positivo Contagem: 23 sujeitos (CS)	01 25 62	03 28 63	04 32 65	10 33	12 37	14 39	18 44	20 50	22 53	24 55
GRUPO 2: menos atividades gpoajuda: negativo Contagem: 18 sujeitos (CS)	05 43	07 46	13 47	16 48	21 56	29 57	30 64	38 66	40	42
GRUPO 3: mais NA: negativo Contagem: 16 sujeitos (CS)	02 51	08 52	09 54	23 58	26 59	27 60	35	41	45	49
GRUPO 4: mais NR: negativo Contagem: 9 sujeitos (CS)	06	11	15	17	19	31	34	36	61	

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

C.4. – Atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.

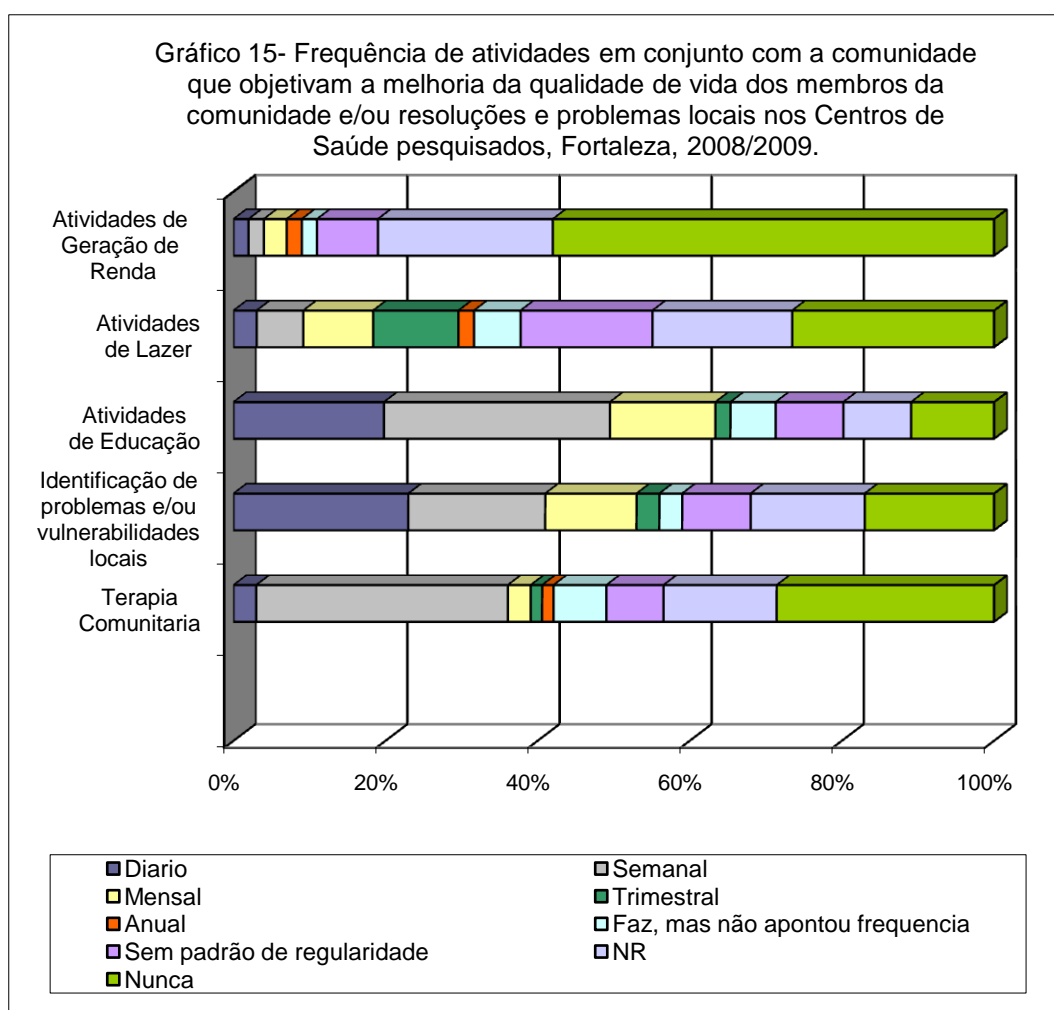
Nesse segmento foram testadas a significância da ocorrência de atividades como Terapia Comunitária; Identificação de problemas e/ou vulnerabilidades locais; Atividades de Educação; Lazer e Geração de Renda ao modelo de reorientação dos serviços de saúde. O gráfico 15 apresenta a regularidade e frequência dessas atividades nos Centros de Saúde pesquisados.

As terapias comunitárias são realizadas semanalmente em 33% dos CS, regularidade razoável, mesmo estando presente em apenas 2/3 dos CS pesquisados. As atividades de educação e identificação de vulnerabilidades aparecem também com regularidade, diária e semanal em aproximadamente 25% dos CS.

Entretanto, é ainda muito incipiente a quantidade de Centro de Saúde que realizam atividades de lazer e geração de renda, tendo em vista que a soma dos CS que não responderam ou não fazem essa atividade foi de 44% e 81%, respectivamente. As atividades citadas pelos Centros de Saúde que realizam essas atividades, conforme mencionados pelos coordenadores foram: passeio com idosos, festas em datas comemorativas – carnaval, festa junina, natal – dança, teatro, esporte; e para as atividades de geração de renda: artesanato, bingos, feira, bazar, recolhimento de notas fiscais, reciclagem de lixo e atividade/condicionalidade ligadas ao Programa Federal “Bolsa Família”.

Podemos verificar que muitas das atividades, principalmente relacionadas à terapia comunitária e lazer podem fazer a diferença no CS, trabalhando mais diretamente aspectos psicológicos, fundamentais para o bem estar do indivíduo e melhorando o vínculo entre o Centro de Saúde e a comunidade que se sente valorizada. Em relação às atividades de geração de renda, apesar de existirem atividades que auxiliam com melhorias para o próprio CS, como recolhimento de notas fiscais, entendemos que não necessariamente essas atividades precisam acontecer no Centro de Saúde, mas que de fato o CS possa estabelecer parcerias com outras secretarias ou com outras entidades governamentais ou não governamentais, dando início a um trabalho intersetorial que propicie o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e contribua para a melhoria da qualidade de vida da população adstrita às unidades de saúde.

Em relação às atividades de identificação de problemas ou vulnerabilidades locais estão presentes nos CS com maior frequência e regularidade, mesmo que ainda distante do ideal, sendo 53% de frequência diária, semanal e mensal para identificação de vulnerabilidades e 64% da soma das mesmas frequências para atividades de educação.



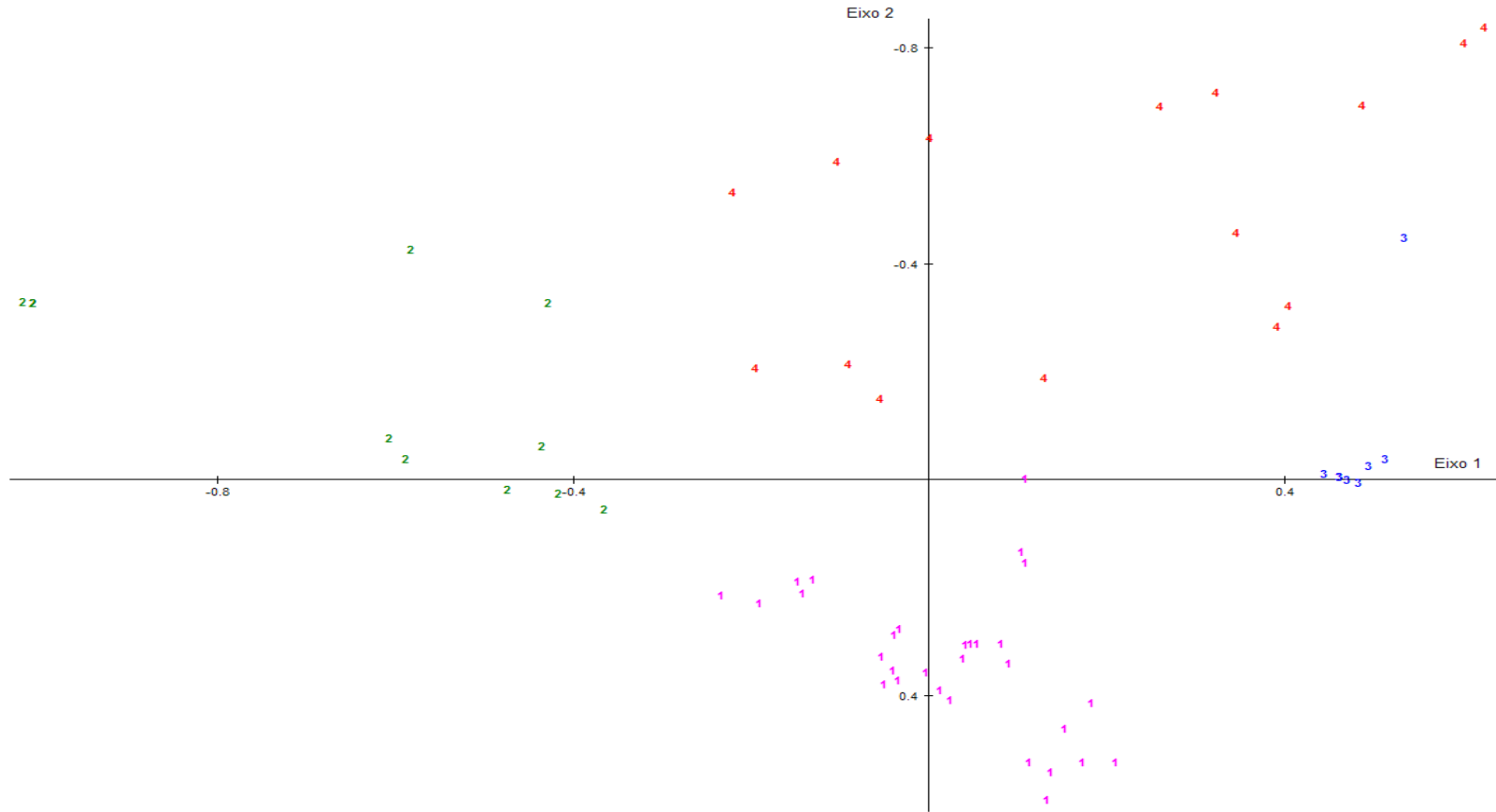
Foram consideradas pelos Coordenadores como atividades de identificação de problemas e vulnerabilidades as seguintes atividades: realização dos grupos e atividades relacionadas aos programas existentes na Unidade; acolhimento; Conselhos de Saúde e Rodas de Gestão; visitas domiciliares; atividades relacionadas à saúde mental e nas atividades realizadas em conjunto com o Corpo de Bombeiros. No caso das atividades de educação foram mencionadas: dos Programas (HA/DM, hanseníase, etc.); nas escolas; palestras realizadas dentro ou fora da Unidade; Rodas e Gincanas.

Ao compararmos com os dados encontrados nas Unidades de Saúde da Família de São Paulo no estudo realizado por DOWBOR (2008), observamos a realização muito maior de atividades desse bloco, tais como: atividades de geração de renda diária ou semanalmente foram mencionadas por 30% dos gerentes;

atividades de lazer foram indicadas em 33% das unidades com frequência diária ou semanal.

Em relação a análise das atividades *em conjunto com a comunidade que objetivam a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais*, na análise estatística foram formados 4 grupos, com mapas simétricos bem espalhados, indicando que os indivíduos apesar de pertencerem ao mesmo grupo, estão distantes uns dos outros, principalmente os grupos 3 e 4 conforme pode ser observado na figura 09.

Figura 09. Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 4 grupos (C4)



O quadro 12 ilustra, ainda, um cenário negativo para as atividades neste grupo de análise, mesmo com alguns Centros de Saúde realizando atividades de lazer e geração de renda. O grupo 1 tem mais categorias negativas do que positivas, o grupo 2 tem predominância de respostas, não se aplica (NA), o que indica a não realização dessas atividades. Os grupos 3 e 4 foram formados principalmente por respostas do tipo não sabe (NS) ou não respondeu (NR).

Quadro 12. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C4 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.

	Grupo 1 (+não atividade: negativo)	Grupo 2 (+NA: negativo)	Grupo 3 (+NR: negativo)	Grupo 4 (+NR: negativo)	p-valor
Vulnerabilidades locais	+ diário (RA:4,2)	+ nunca (RA:5,1) +sem padrão (RA:2,1)	+semanal (RA:3,1)	+NS (RA:6,3)	p<0,001
Vulnerabilidades-V.Domiciliar -VD	+VD (RA:2,8) +não VD (RA:4,0)	+NA (RA:5,5)	+não VD (RA:3,0)	+NR (RA:6,7)	p<0,001
Vulnerabilidades-Acolhimento	+não acolh. (RA:4,4)	+NA (RA:5,5)	-	+NR (RA:6,7)	p<0,001
Vulnerabilidades-Grupo/Programa	+não Gr/prog (RA:4,1)	+NA (RA:5,5)	-	+NR (RA:6,7)	p<0,001
Vulnerabilidades-P.Bombeiro	+não P.Bombeiro (RA:6,0)	+NA (RA:5,5)	+P.Bombeiro (RA: 2,5)	+NR (RA:6,7)	p<0,001
Vulnerabilidades-Saúde Mental	+não S.Mental (RA:5,9)	+NA (RA:5,5)	+S.Mental (RA: 2,7)	+NR (RA:6,7)	p<0,001
Vulnerabilidades-Cons.LS.Roda	+Cons.LS.Roda (RA:2,5) +não Cons.LS.Roda (RA:4,0)	+NA (RA:5,5)	+não Cons.LS.Roda (RA:3,2)	+NR (RA:6,7)	p<0,001
Atividades de educação	+semanal (RA:3,2)	+nunca (RA:5,9)	-	+fez, não freq (RA:2,6) +sem padrão (RA:2,7) +NS (RA:3,7)	p<0,001
Educação-Palestra	+palestra (RA:2,0) +não Palestra (RA:2,3)	+NA (RA:6,4)	-	+NR (RA:5,1)	p<0,001
Educação-Programas	+não prog (RA:2,7)	+NA (RA:6,4)	-	+NR (RA:5,1)	p<0,001
Educação-Roda/Gincana	+não Roda/Gincana (RA:3,7)	+NA (RA:6,4)	-	+NR (RA:5,1)	p<0,001

continua

Quadro 12. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C4 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.

	Grupo 1 (+não atividade: negativo)	Grupo 2 (+NA: negativo)	Grupo 3 (+NR: negativo)	Grupo 4 (+NR: negativo)	p-valor
Educação- Escola	+não Escola (RA:3,7)	+NA (RA:6,4)	-	+NR (RA:5,1)	p<0,001
Educação- Palestra/Escola	+não Pal.Escola (RA:3,1)	+NA (RA:6,4)	-	+NR (RA:5,1)	p<0,001
Atividades de lazer	+mensal (RA:2,8)	+nunca (RA:2,9)	+NS (RA:6,8)	+faz, não freq (RA:3,8)	p<0,001
AtLazer- Datas Comemorativas	+ não D.Comen. (RA:2,9)	+NA (RA:2,7)	+NR (RA:5,7)	-	p<0,001
AtLazer- Passeio/Idosos	+não P./Idosos (RA:3,2)	+NA (RA:2,7)	+NR (RA:5,7)	-	p<0,001
AtLazer- Esporte	+não Esporte (RA:3,4)	+NA (RA:2,7)	+NR (RA:5,7)	-	p<0,001
AtLazer- Arte	+arte (RA:2,8) +não arte (RA:2,1)	+NA (RA:2,7)	+NR (RA:5,7)	-	p<0,001
Atividades de geração de renda	-NS (RA:-2,7)	+nunca (RA:3,3)	+NS (RA:5,5)	-	p<0,001
GRenda- Artesanato	+não Artesanato (RA:2,1)	+nunca (RA:3,1)	+NS (RA:5,7)	-	p<0,001
GRenda- Reciclagem/ NotaFiscal	+não Reci/NF (RA:2,5)	+nunca (RA:3,1)	+NS (RA:5,7)	-	p<0,001
GRenda- Feira/Bazar/ Bingo	+F/B/Bingo (RA:2,8)	+nunca (RA:3,1)	+NS (RA:5,7)	-	p<0,001
GRenda- Bolsa Família	+ não BFamilia (Ra:2,5)	+nunca (RA:3,1)	+NS (RA:5,7)	-	p<0,001

Legenda: RA: Resíduo Ajustado; RN: Não Respondeu; NA: não se aplica; NS: Não Sabe.

Em relação aos agrupamentos, apresentado na tabela 08, novamente a divisão dos CS classificados em relação à proximidade ou afastamento da promoção da saúde numa visão socioambiental está bem marcada. Nos grupos 2, 3 e 4 estão presentes os Centros de Saúde que foram avaliados negativamente na nossa pesquisa, que classificou os CS em se aproximando ou se afastando da visão socioambiental. Os CS assinalados de verde e, portanto, classificados positivamente na nossa avaliação estão mais concentrados no grupo 1, que apesar de negativo, por ter mais não respostas – respostas negativas, contém, alguns variáveis com respostas positivas

e significantes, como por exemplo, conselhos locais de saúde - as Rodas da Unidade, atividades de educação, lazer, e ainda bingos, feiras e bazares.

Tabela 08. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C4 do questionário referente as atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a melhora da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.

GRUPO 1: mais não atividades: negativo	01	03	05	10	13	16	18	20	22	27
Contagem: 30 sujeitos (CS)	29	30	31	35	39	43	44	48	50	51
GRUPO 2: mais NA; negativo Contagem: 12 sujeitos (CS)	52	53	55	56	57	58	59	62	65	66
GRUPO 3: mais NR: negativo Contagem: 9 sujeitos (CS)	04	06	08	09	12	14	28	36	40	41
GRUPO 4: mais NR: negativo Contagem: 15 sujeitos (CS)	17	21	23	24	42	45	46	47	60	
	49	64								
	02	07	11	15	19	25	26	32	33	34
	37	38	54	61	63					

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

C.5. – Atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população.

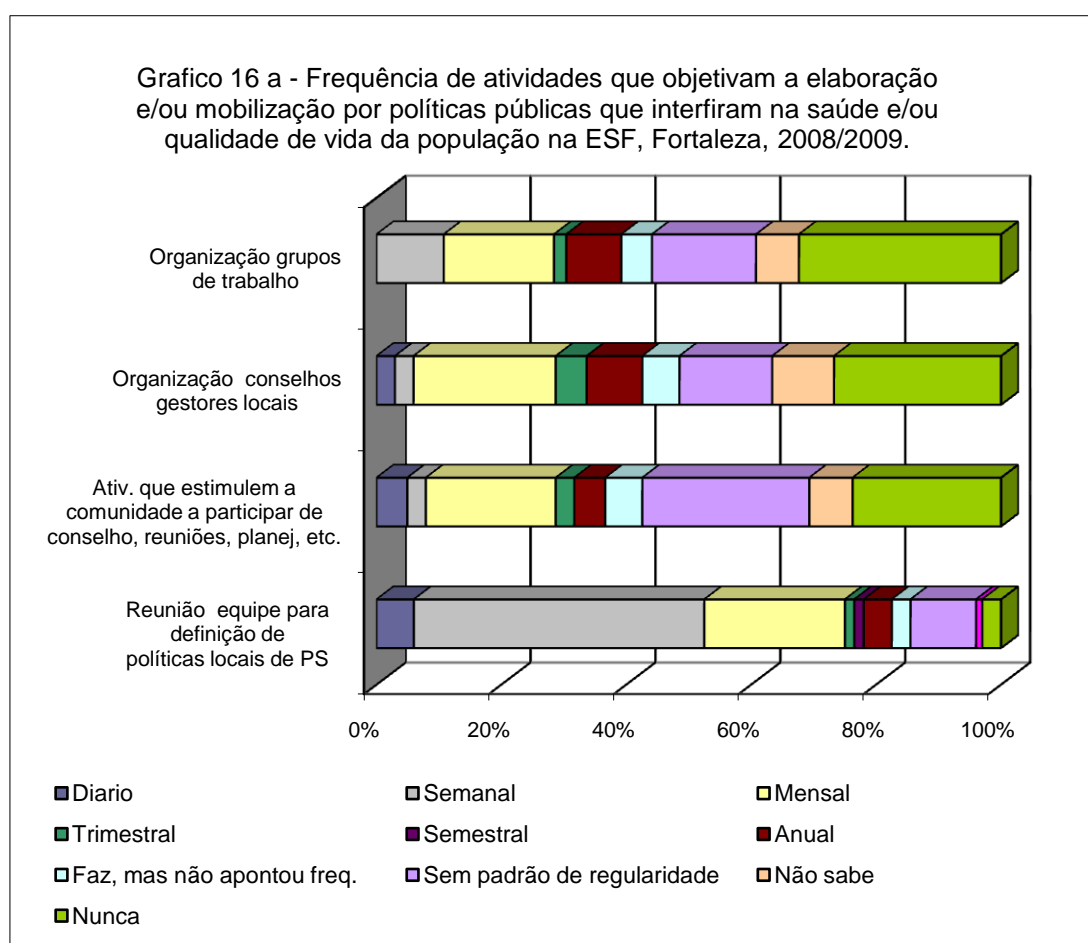
Nesse último bloco de ações, destacamos atividades relacionadas a reuniões da equipe, participação em Conferências, Planejamentos, Orçamentos Participativos, Conselhos Gestores dentre outros. O objetivo de identificar ações nesse bloco de atividades está relacionado principalmente com os níveis de participação da comunidade e preocupação com a organização e reorientação do serviço. (gráficos 16 a e 16 b)

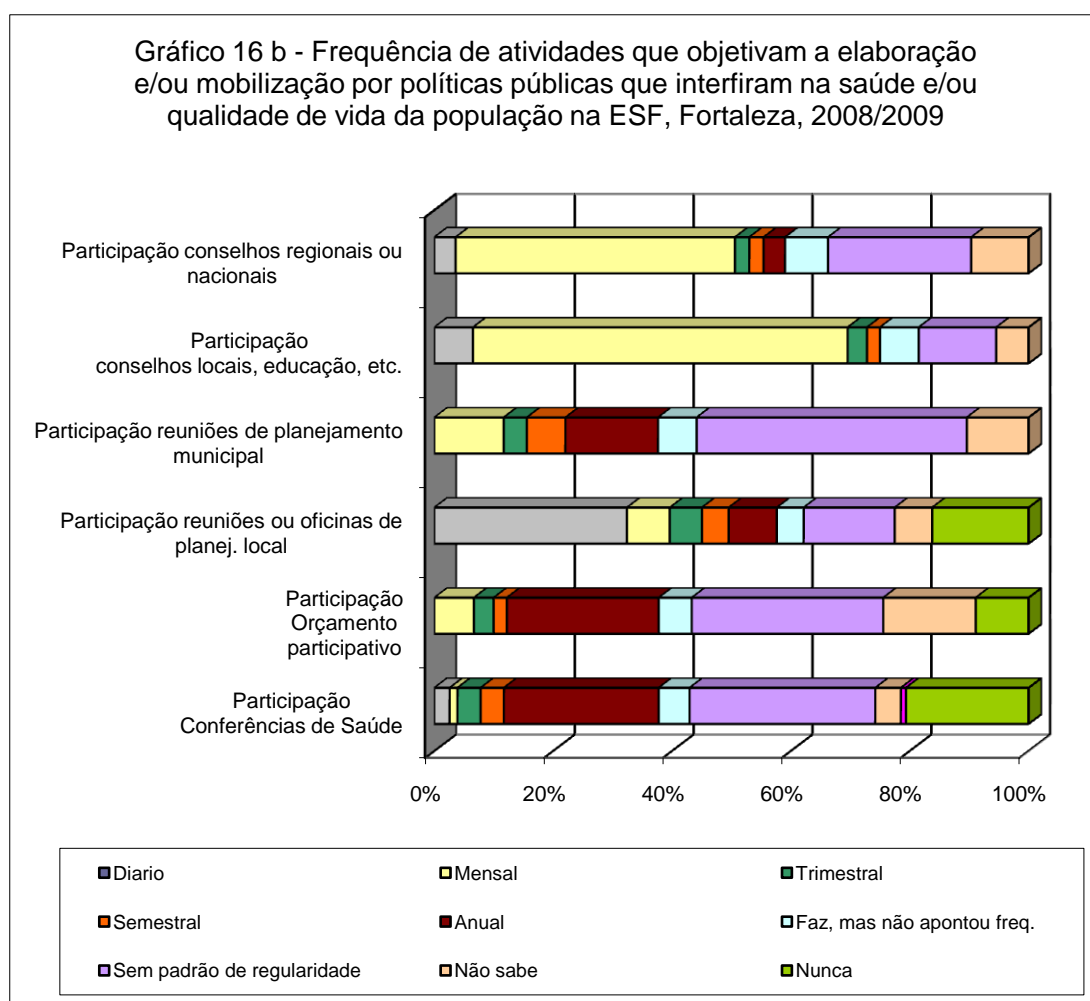
Nas atividades referentes às ações internas do posto, a participação é mencionada com maior frequência se comparadas às ações que envolvam participação do CS em ações externas relacionadas ao nível municipal, sem ligação direta com o funcionamento dos Centros de Saúde.

As organizações de grupos de trabalho e de conselhos gestores locais, assim como, a realização de atividades que estimulem a participação da comunidade nas reuniões, planejamentos, e outros foram mencionadas como não existentes ou sem padrão de regularidade em uma frequência bastante elevada, somando praticamente

metade dos Centros de Saúde do município. Esse ponto indica que no quesito participação social, importante pilar da promoção da saúde, pouco se avançou, tendo em vista que a organização do serviço e os processos de tomada de decisão ocorrem sem a presença da própria população local.

Entretanto, a participação de profissionais do Centro de Saúde em Conselhos Locais foi mencionada como atividade mensal ou semanal em 64% dos CS. Isso pode demonstrar que no nível local os Centros de Saúde possuem assento e são co-responsáveis pelas decisões o que parece não estar sendo exercitado no próprio CS.





Na análise C5, correspondente às atividades que *objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população*, foram formados seis grupos, conforme quadro 13.

Podemos observar que o grupo 1 e grupo 2, classificado por nós como negativos, possui uma associação de respostas ‘não se aplica’ e ‘não respondeu’ significativamente mais frequente. O grupo 3 foi formado por variáveis que indicam a realização e participação dos profissionais dos Centros de Saúde em Conselhos, Rodas e Conferências. Mesmo isso acontecendo com regularidade baixa - trimestral ou anual - em alguns CS existe já um movimento da saúde também na organização do serviço e busca por resoluções de problemas de forma mais coletiva. Essa distribuição dos grupos esta também apresentada na figura 10, que descreve o mapa simétrico dos indivíduos agrupados.

Quadro 13. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C5 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população.

	Grupo 1 (+NA: negativo)	Grupo 2 (+NS: negativo)	Grupo 3 (+atividades: positivo)	Grupo 4 (+ e - atividades)	Grupo 5 (+NS: negativo)	Grupo 6 (+faz, não frequência)
Promoção da saúde p=0,002			+mensal (RA:2,3)		+diário (RA:2,6)	+nunca (RA:5,0) +faz, não freq (RA:5,0)
Conferências de saúde p<0,001			+semanal (RA:2,0)	+sem padrão (RA:2,0)	+NS (RA:6,6)	+diário (RA:3,5) +faz, não freq (RA:7,2)
Orçamento participativo p=0,001		+NS (RA:2,4)	+trimestral (RA:2,4)	+sem padrão (RA:2,6)	+NS (RA:3,6)	+faz, não freq (RA:6,2)
Reuniões de planej. local p=0,020			+trimestral (RA:2,8)		+NS (RA:5,7)	+faz, não freq (RA:6,2)
Planej. municipal p=0,009	+anual (RA:2,4)				+NS (RA:5,0)	+faz, não freq (RA:6,2)
Educação, etc. p<0,001	+semanal (RA:2,2)				+NS (RA:6,6)	+faz, não freq (RA:7,2)
Conferências regionais ou nacionais p=0,001		+anual (RA:3,2)			+NS (RA:5,0)	+faz, não freq (RA:7,2)
Conselhos, reuniões de planej. p=0,006	+nunca (RA:2,3)	+anual (RA:2,4)	+trimestral (RA:2,0)		+NS (RA:5,7)	+faz, não freq (RA:7,2)
Organização de conselho gestor p=0,001		+NS (RA:2,7)	+diário (RA:2,0) +trimestral (RA:2,4) +sem padrão (RA:2,2)		+NS (RA:5,0)	+faz, não freq (RA:7,2)
Organização de grupos de trabalho p<0,001	+nunca (RA:7,0)	+sem padrão (RA:2,8)	+mensal (RA:3,2) +anual (RA:2,6)		+NS (RA:5,7)	+faz, não freq (RA:4,0)
GpoTrabalho - Combate Dengue p<0,001	+NA (RA:6,8)	+NR (RA:6,0)	+não CDengue (RA:5,1)	+CDengue (RA:4,1)	+NR (RA:3,0)	

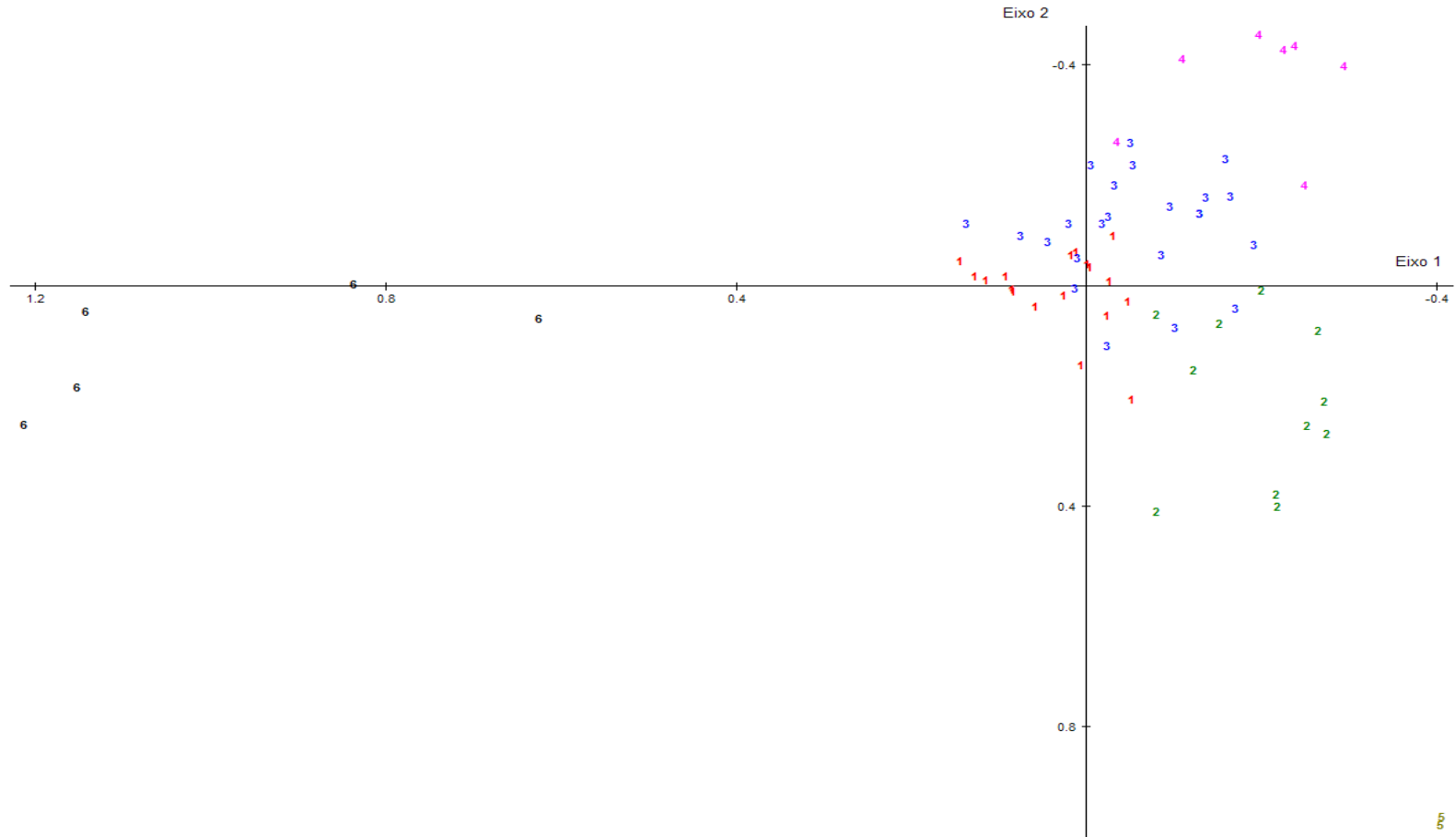
continua

Quadro 13. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C5 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população.

	Grupo 1 (+NA: negativo)	Grupo 2 (+NS: negativo)	Grupo 3 (+atividades: positivo)	Grupo 4 (+ e - atividades)	Grupo 5 (+NS: negativo)	Grupo 6 (+faz, não frequência)
Gpo Trabalho-Programas P<0,001	+NA (RA:6,8)	+NR (RA:6,0)	+Prog (RA:2,5) +não Prog (RA:4,3)	+não Prog (RA:2,4)	+NR (RA:3,0)	+Prog (RA:2,9)
GpoTrabalho - Rodas p<0,001	+NA (RA:6,8)	-NA (RA:-2,0) +NR (RA:6,0)	+Rodas (RA:4,0) +não Rodas (RA:6,8)	+não Rodas (RA:2,4)	+NR (RA:3,0)	
Outras Atividades-Ação Global p<0,001			+NA (RA:2,0)	+ação (RA:4,2) +não ação (RA:6,8)		
Outras Atividades-Brinquedoteca p<0,001			+NA (RA:2,0)	+Brinq (RA:2,9) +não Brinq (RA:7,5)		
Outras Atividades-Mostra/Fórum Saúde p<0,001			+NA (RA:2,0)	+mostra (RA:5,1) +não mostra (RA:6,0)		
Outras Atividades-Atos Ecumênicos p<0,001			+NA (RA:2,0)	+atosEcum. (RA:2,9) + não atosEc (RA:7,5)		

Legenda: RA: Resíduo Ajustado; RN: Não Respondeu; NA: não se aplica; NS: Não Sabe.

Figura 10 - Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 6 grupos (C 5)



A tabela 09, mostra de que forma estão posicionados os Centros de Saúde escolhidos na fase anterior da pesquisa e mostra que eles se encontram espalhados nos agrupamentos, entretanto, no grupo 3, os CS “verdes”, pontuados como trabalhando mais na perspectiva da promoção da saúde na avaliação mais subjetiva, estão mais concentrados.

Tabela 09. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C5 do questionário referente às atividades que objetivam em conjunto com a comunidade a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população.

GRUPO 1: mais NA: negativo Contagem: 18 sujeitos (CS)	01	03	04	06	07	09	12	14	21	23
	27	36	40	42	49	53	61	64		
GRUPO 2: mais NS: negativo Contagem: 11 sujeitos (CS)	11	15	17	25	31	35	37	56	63	65
	66									
GRUPO 3: mais realização de atividades: positivo Contagem: 23 sujeitos (CS)	10	13	16	18	20	22	24	28	29	30
	34	39	43	44	45	46	48	51	52	54
	55	57	62							
GRUPO 4: mais e menos atividades: neutro Contagem: 7 sujeitos (CS)	05	38	47	50	58	59	60			
GRUPO 5; mais NS: negativo Contagem: 2 sujeitos (CS)	19	41								
GRUPO 6: mais faz mas não apontou frequência: neutro Contagem: 5 sujeitos (CS)	02	08	26	32	33					

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

7.3. ATIVIDADES RELACIONADAS AO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Parcerias

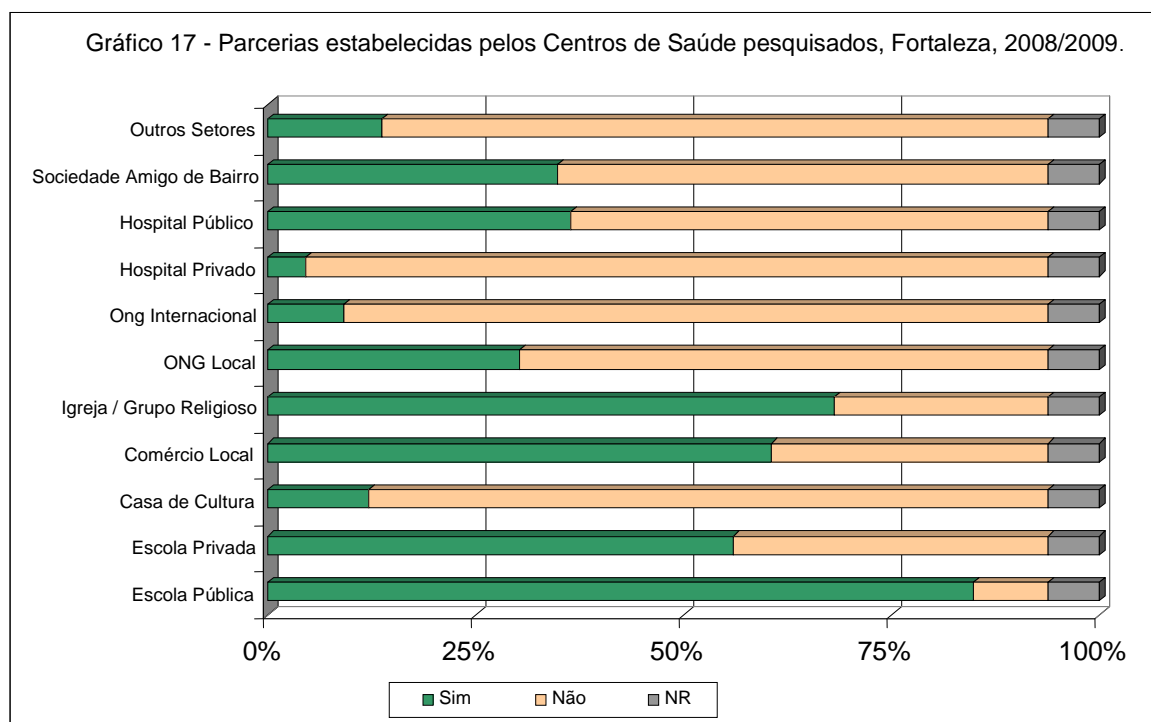
Em relação a possíveis parcerias estabelecidas pelo Centro de Saúde com outras instituições, temos o seguinte cenário, conforme gráfico 17. A parceria com escolas públicas foi a mais citada, estando presente em 85% dos CS, seguido por igreja e/ou grupos religiosos e comércio local com 68% e 61%, respectivamente. As outras instituições possíveis para a realização de parcerias, tais como: Sociedade Amigo de Bairro; Hospitais; ONG; Casa de Cultura; etc, ainda são muito pouco procuradas e poucas parcerias são efetivadas, o que possivelmente contribui com o raro relacionamento com instituições e entidades existentes no território adstrito às Unidades.

O que percebemos nesse cenário é que as parcerias realizadas são as mais usuais; atividade de educação deve ser em parceria com a escola, lugar da educação. As instituições religiosas agregam muitas pessoas e possuem em geral atividades em prol da comunidade e voluntariado, sendo também, um local natural para parcerias. O que podemos levantar, nesse caso, é que provavelmente os Centros de Saúde têm pensado pouco na dinâmica do território, não oportunizando novas possibilidades. O olhar para o território, neste caso, deve ser fortalecido.

De acordo com MENDES e DONATO (2003) o território deve ser identificado da seguinte maneira.

O espaço deve se constituir o lugar da promoção da saúde, por meio da promoção da solidariedade, onde vários sujeitos sociais – profissionais da saúde e de outros setores, movimentos populares, organizações não governamentais, conselhos, dentre outros, e o Estado – atuam coletivamente com a intenção de promover a melhoria das condições de vida e saúde. (p.40)

Por outro lado, percebemos que alguns Centros de Saúde já conseguiram fazer essas e outras parcerias, informação que poderia ser compartilhada no sentido de promover a disseminação aos outros Centros de Saúde, que ainda não tem essa atividade no seu cotidiano e nem mesmo em planejamento.



Em relação a parcerias realizadas especificamente para o Programa de Hipertensão Arterial, 38% ou 25 dos CS apontaram que fizeram parceria nos últimos dois anos e 3% ou 02 CS não responderam a essa questão. As parcerias realizadas foram com: Associações ligadas ao controle da HA como a Associação de Diabéticos e Hipertensos de Fortaleza – ADHFOR; Universidades; Escolas; Empresas; Hospitais.

Além dos grupos já formados na própria estruturação do questionário (C1; C2; C3; C4; e C5) outros dois grupos de variáveis foram formados e passaram pela Análise de Correspondência Múltipla - ACM: as parcerias estabelecidas pelos Centros de Saúde, seja de forma geral ou voltada para o programa da HA e ainda, as ações voltadas para o diagnóstico da HA na população, identificadas como C6 (baseado em 21 questões/variáveis) e, as atividades relacionadas diretamente com os

fatores de risco associados ao controle da HA, identificada como C7 (baseada em 09 questões/variáveis). Ambos os blocos, C6 e C7 já foram descritos na metodologia.

Conforme visto nos outros blocos, a seleção dos Centros de Saúde realizada por nós a partir da análise qualitativa, no qual os CS foram classificados como aqueles que mais se aproximam e os que mais se afastam da visão socioambiental da promoção da saúde, podemos perceber que a maior parte dos CS considerados positivos encontram-se também no grupo 4, estatisticamente significativo e classificado, então, como positivo, a busca ativa de casos de HA, em atividades extra muro e o estabelecimento de parcerias. Em relação aos CS considerados como mais distantes da visão socioambiental, 83% dos CS estão nos grupos classificados como negativos. Esses dados, descritos na tabela 10, reforçam que correspondência entre a análise estatística e a análise qualitativa feita a partir de pontuação e critérios subjetivos.

Tabela 10. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C6 do questionário referente as parcerias estabelecidas pelo Centros de Saúde, seja de forma geral quanto voltada para o programa da HA e as ações voltadas para o diagnóstico da HA na população.

GRUPO 1: mais não se aplica – NA: negativo Contagem: 32 sujeitos (CS)	01	02	04	06	15	16	17	19	20	21
	22	23	31	33	34	35	38	42	43	45
	46	47	49	50	51	52	53	57	62	63
	64	65								
GRUPO 2: mais não se aplica – NA: negativo Contagem: 6 sujeitos (CS)	05	08	9	12	25	48				
GRUPO 3: mais não respondeu – NR: negativo Contagem: 3 sujeitos (CS)	27	36	32							
GRUPO 4: mais sim para diagnósticos da HA e parcerias: positivo Contagem: 21 sujeitos (CS)	03	10	11	13	14	18	24	26	28	29
	39	40	44	54	55	56	58	59	60	61
GRUPO 5: mais não respondeu – NR: negativo Contagem: 4 sujeitos (CS)	07	30	37	41						

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

As figuras 11 e 12 mostram a distribuição dos mapas também referente ao bloco C6, das categorias de resposta e dos indivíduos agrupados respectivamente.

Figura 11 – Mapa da ACM das categorias de resposta – C6

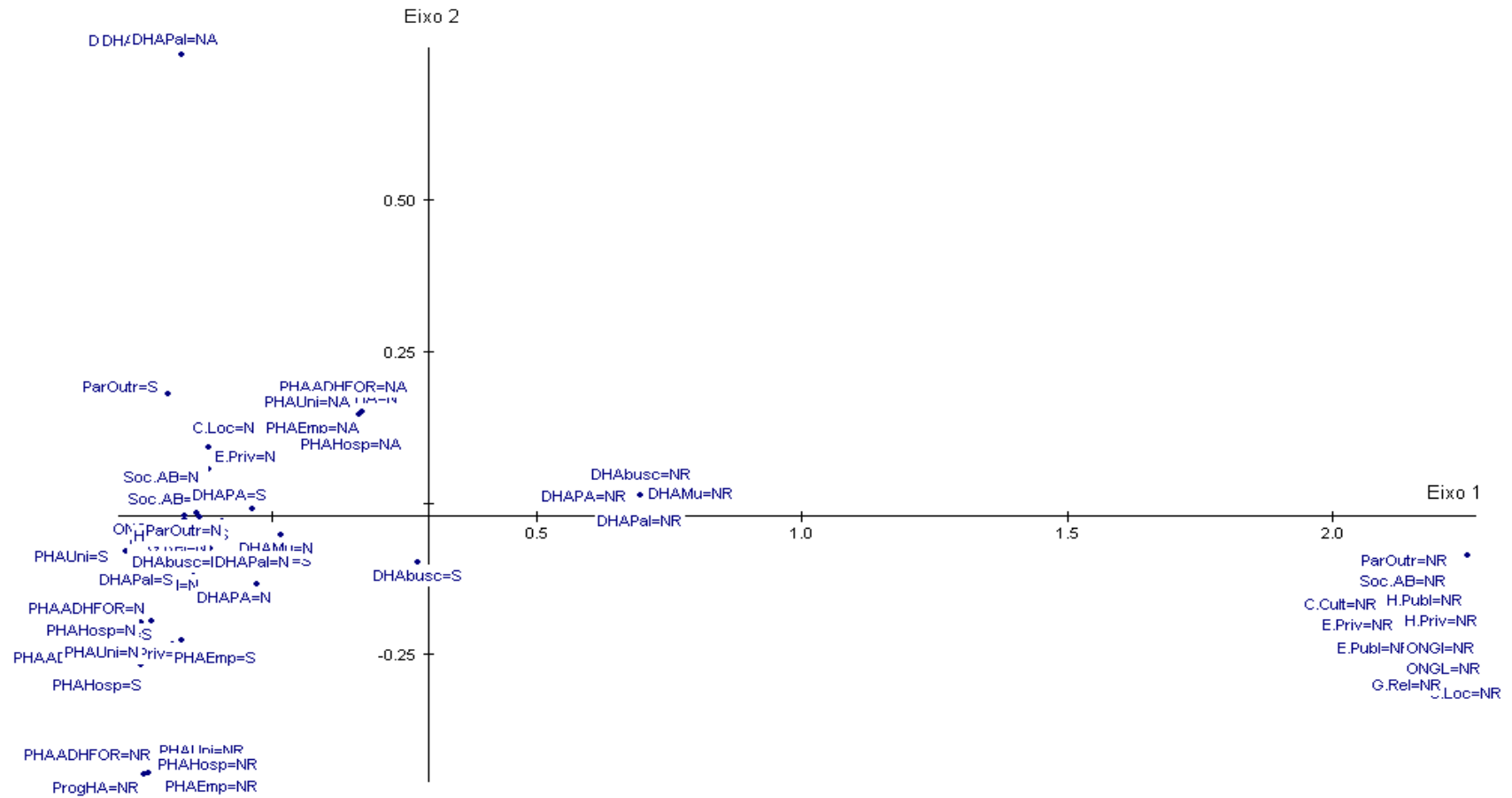
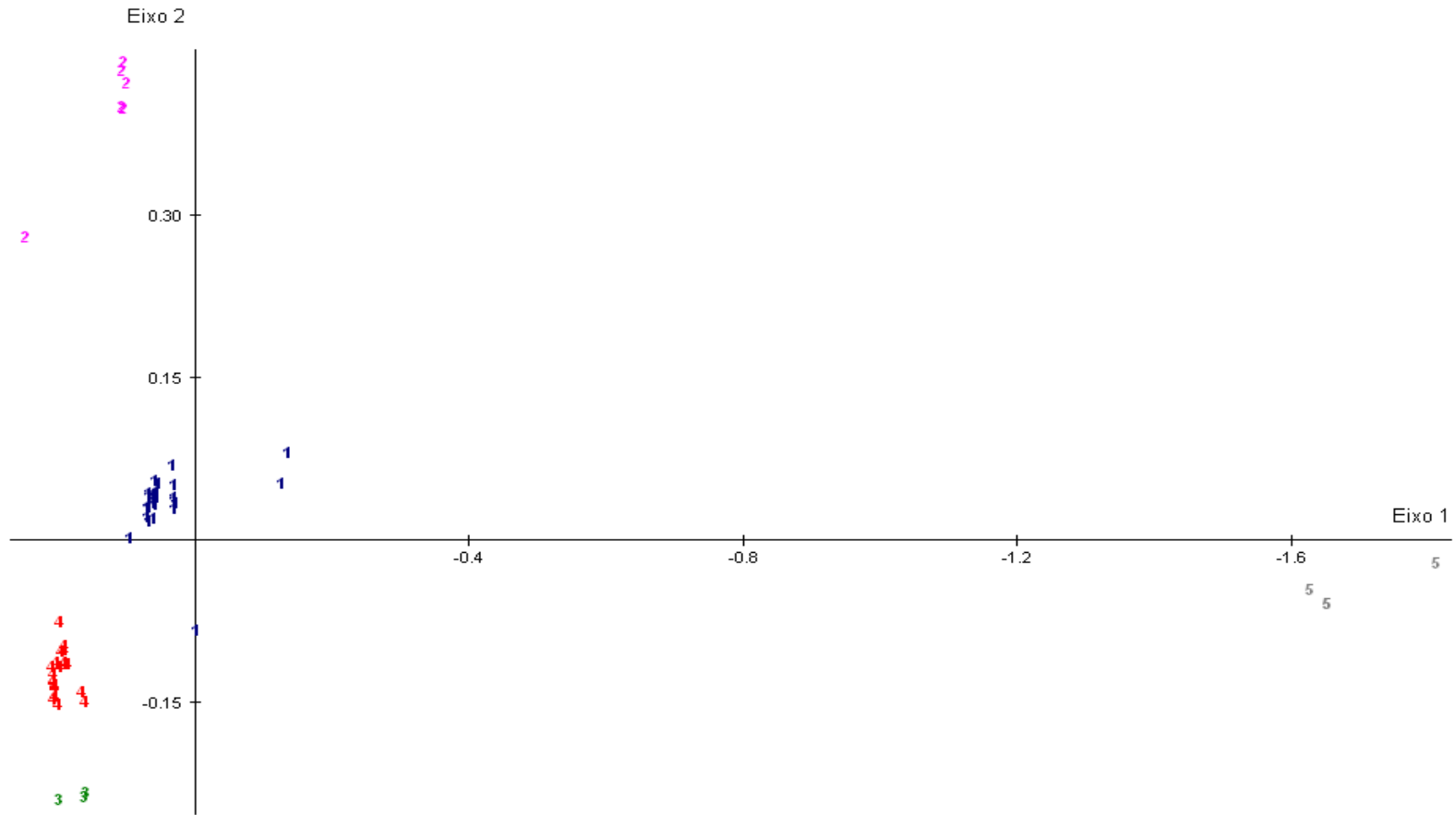


Figura 12. - Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 5 grupos (C 6)



No caso das parcerias e diagnósticos – C6, a partir das análises estatísticas, como pode ser visto nas figuras 11 e 12, foram formados cinco grupos estatisticamente significantes, quatro deles classificados como negativos e apenas um classificado como positivo. Os grupos 1, 2, 3 e 5, classificados como negativos concentram as variáveis na não realização de parcerias e a busca por novos casos de HA a partir de atividades essencialmente clínicas. O grupo 4, classificado como positivo concentra as atividades de busca por diagnósticos fora do CS, em praças, mutirões, além de parcerias para o controle da HA com associações, escolas e universidades. O restante das parcerias não foi significativamente associado, permanecendo na média da população estudada. (quadro 14)

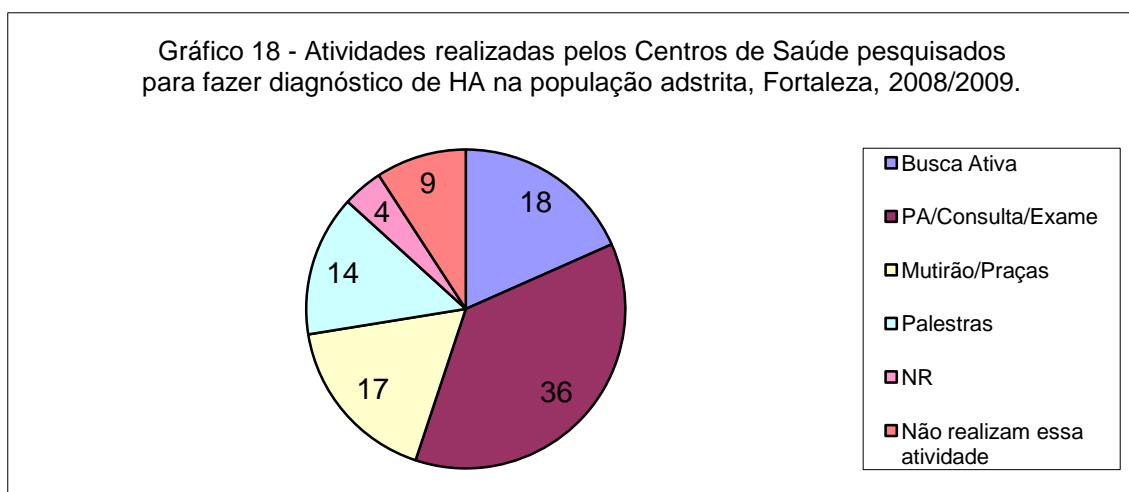
Quadro 14. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C6 do questionário referente às parcerias estabelecidas pelo Centros de Saúde, seja de forma geral quanto voltada para o programa da HA e as ações voltadas para o diagnóstico da HA na população.

	Grupo 1 (+NA: negativo)	Grupo 2 (+NA: negativo)	Grupo 3 (+NR: negativo)	Grupo 4 (+sim: positivo)	Grupo 5 (+NR: negativo)	p-valor
Parceria com Esc. Pública					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Esc. Privada					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Casa Cultura					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Com. Local					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria G.Religioso					+NR (RA:8,1)	p<0,001
P.ONG Local					+NR (RA:8,1)	p<0,001
P.ONG Intern.					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Hosp. Privado			+sim (RA:2,5)		+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Hosp. Público					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Soc. Amigo de Bairro					+NR (RA:8,1)	p<0,001
Parceria com Out. Setores	+não (RA:2,7)	+sim (RA:2,7)			+NR (RA:8,1)	p<0,001
diagnóstico HA	+sim (RA:2,5)	+não (RA:8,1)				p<0,001
Diag.HA-Busca Ativa		+NA (RA:8,1)	+B.ativa (RA:2,2)	+não B.ativa (RA:2,8)		p<0,001
Diag. HA-PA/Consulta/Exame	+sim (RA:2,2)	+NA (RA:8,1)		+não (RA:2,0)		p<0,001
Diag.HA-Mutirão	+não (RA:2,2)	+NA (RA:8,1)		+sim (RA:2,5)		p<0,001
Diagnóstico HA- Palestra		+NA (RA:8,1)				p<0,001
Parcerias Prog. HA	+não (RA:5,6)		+NR (RA:6,6)	+sim (RA:7,1)		p<0,001
Parceria HA-ADHFOR/	+NA (RA:5,9)		+NR (RA:8,1) +NR	+sim (RA:5,3) +não (RA:4,2)		p<0,001
Parceria HA-Univ./ Escola	+NA (RA:5,9)		+NR (RA:8,1)	+sim (RA:2,8) +não (RA:6,4)		p<0,001
Parceria HA-Empresa	+NA (RA:5,9)		+NR (RA:8,1)	+não (RA:7,0)		p<0,001
Parceria HA-Hospital	+NA (RA:5,9)		+NR (RA:8,1)	+não (RA:7,0)		p<0,001

Legenda: RA: Resíduo Ajustado; RN: Não Respondeu; NA: não se aplica; NS: Não Sabe.

Diagnóstico da Hipertensão Arterial no Território

A realização de atividades para fazer diagnóstico de HA na população residente da área de abrangência do Centro de Saúde foi mencionada por 91% dos coordenadores. O gráfico 18 apresenta as atividades listadas por eles. A identificação da doença, associada ao modelo biomédico, ainda é a estratégia mais utilizada em 36% dos CS pesquisados. Contudo, a busca ativa realizada pelos ACS, e os eventos realizados em locais públicos, também tem sido utilizado por 18% e 17% dos CS, respectivamente. Identificamos que a inserção dos CS no território de sua área adstrita, em função da HA está começando a acontecer, fora do espaço físico dos CS.



Estas ações se assemelham a outras atividades de busca ativa comunitária, que foram objeto de estudos como o realizado por YOSEFY e DICKER (2003), em Israel. Este estudo, em que se mediu a pressão arterial por 10 anos, demonstrou que esta atividade gerou excelentes resultados. Foram utilizadas como tratamento para as pessoas em que se detectaram alterações de pressão, estratégias de tratamento não farmacológicas. E, ainda, foi mencionada uma análise custo eficácia positiva, sem custo adicional à sociedade.

Orientações ao trabalho dos profissionais no Programa de Hipertensão Arterial

O gráfico 19 descreve as orientações oferecidas pela gestão dos Centros de Saúde sobre trabalho com HA, aos integrantes da equipe da ESF. Vale ressaltar que essa questão gerou muitas dúvidas na ocasião do preenchimento e por vezes a pesquisadora acabou indicando possíveis respostas tais como, protocolos, capacitações e outros.

De acordo com os dados apresentados, percebemos que as orientações repassadas também parecem estar muito ligadas ao controle clínico da doença, sem muito estímulo a orientações mais voltadas a mudança de estilo de vida ou ainda uma visão ampla de saúde, que orienta os profissionais a promover ações pela busca por ambientes saudáveis e melhoria da qualidade de vida da população. Ao focar as orientações no aspecto clínico ou para mudança de comportamento e estilo de vida, os profissionais ainda assumem uma posição prescritiva e não participativa e dialógica capaz de ampliar a autopercepção da doença do usuário. Nessa perspectiva, nos parece que o conceito de autonomia do indivíduo, princípio fundamental para a visão socioambiental da promoção da saúde não esta sendo exercitada.

Conforme ressalta SOARES e CAMARGO JR (2007, p.73), *“na relação médico-paciente (ou nas demais relações sociais), defender a autonomia não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles”*. E ainda acrescentam que,

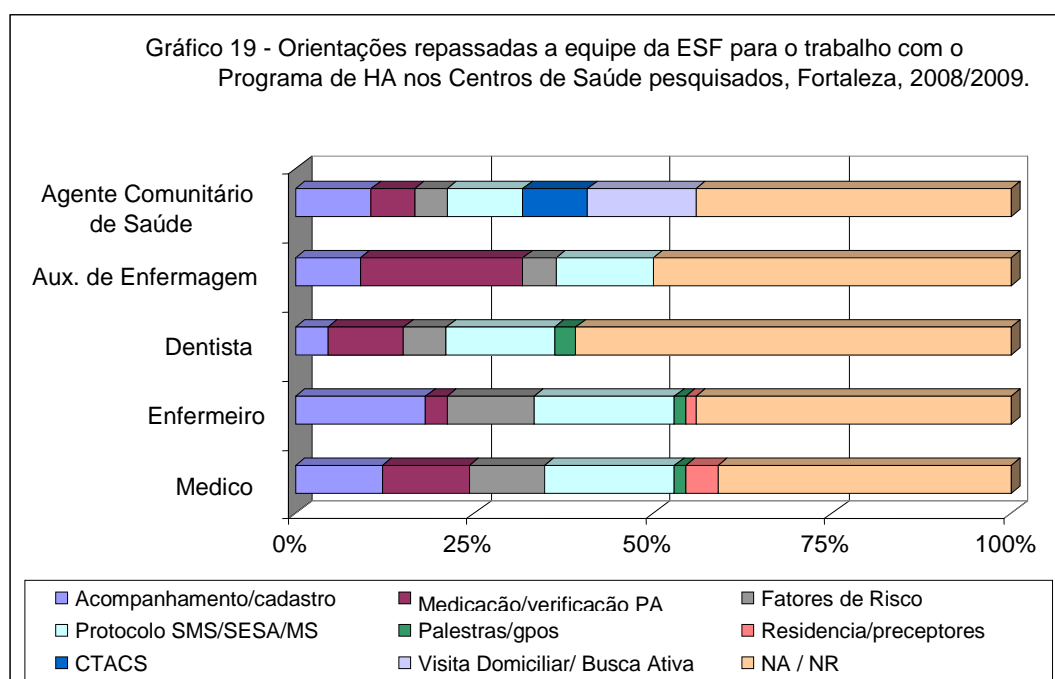
As medicinas e as tecnologias médicas, assim como os médicos e demais profissionais, devem se colocar como meios, instrumentos que podem e devem ser utilizados pelos doentes no processo saúde/doença. Estes devem ser estimulados, portanto, a se tornar mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde/doença, a ter maior empoderamento. (SOARES e CAMARGO JR, 2007, p.73)

O estudo de COTTA e REIS et al. (2008) destaca esse aspecto, enfatizando ainda a necessidade de um maior comprometimento dos profissionais da saúde visando à participação livre e crítica dos usuários, contribuindo para um

empoderamento deste grupo, questões essenciais para a viabilização de políticas de Promoção da Saúde no controle das enfermidades.

Segundo estudo de LYRA JR e MARCELLINI et al. (2008) um dos mais alarmantes problemas identificados é o nível extremamente pobre de conhecimentos e compreensão dos pacientes sobre sua doença e tratamento, e novamente, aponta as intervenções educativas para resolver o problema, sendo possível contribuir para o desenvolvimento desta consciência e troca de experiências. Outros estudos também discutem essa temática como o de LITTE e SLOCOCK et al. (1999).

Outro ponto de destaque refere-se às respostas nulas, ou seja, aqueles que não responderam e aqueles que referiram não existir como diretriz essa orientação. Praticamente metade das respostas de todas as categorias estão nesse item.



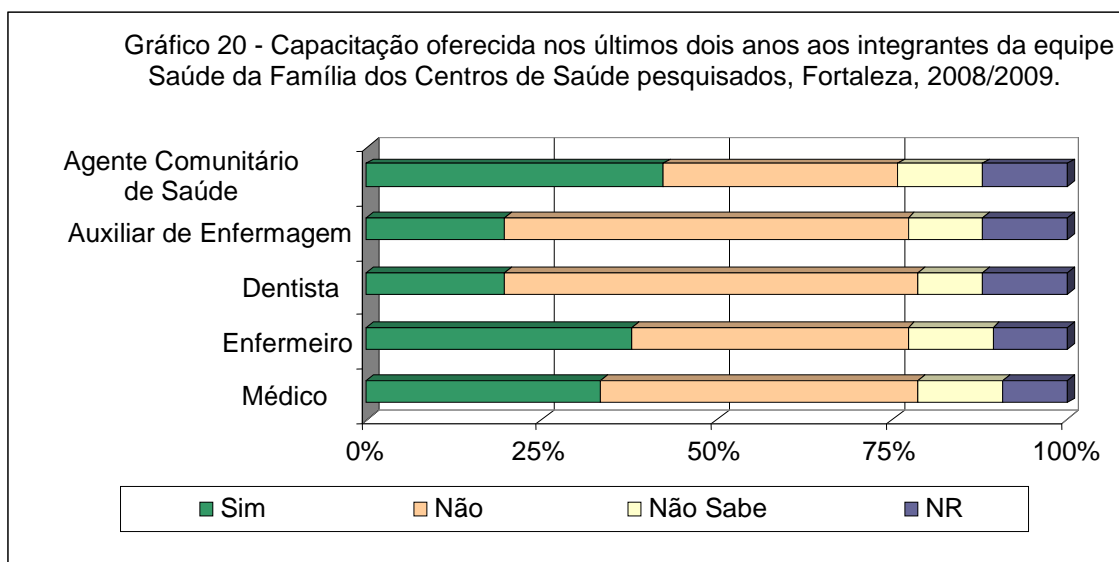
Capacitações

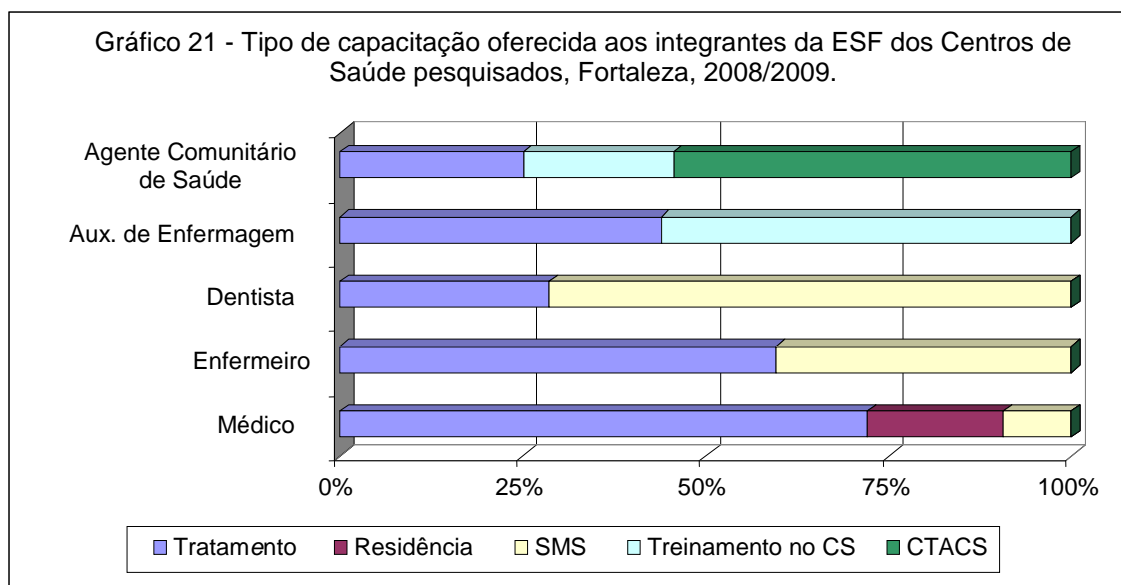
Conforme os gráficos 20 e 21 as capacitações recebidas pelos integrantes das equipes nos últimos dois anos aconteceram com mais intensidade para os ACS, enfermeiros e médicos. Dentistas e auxiliares de enfermagem tiveram menos oportunidades de se capacitar e/ou se atualizar nessa temática. No caso do dentista,

reforça a percepção de que essa categoria tem participado e se envolvido menos nas ações de promoção da saúde identificadas, tais como orientações no trabalho, realização de grupos, entre outros.

A falta de informação do coordenador sobre as atividades realizadas pela equipe surge novamente com uma porcentagem importante e negativa, tendo em vista que aproximadamente 20% dos coordenadores dos Centros de Saúde não sabiam ou não responderam essa questão. A orientação do serviço oferecido na Unidade deve ser dirigida, planejada e acompanhada pelo coordenador, que entre outras atribuições deveria fazer a ligação dos CS com a gestão do município e, portanto, no nosso entender, deveria ter esse tipo de informação.

O tipo de capacitação oferecida esteve basicamente ligado ao tratamento e em sua maioria é oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde para médicos e enfermeiros e realizado no próprio CS quando oferecido para auxiliares de enfermagem e alguns agentes comunitário de saúde. Para os ACS foi mencionada a participação no Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde - CTACS, parceria realizada com a ESP-CE.





Outros trabalhos, como o de PICCINI e FACCHINI et al. (2006) alertam para a falta de capacitações aos profissionais em relação ao controle da hipertensão arterial, assim como na captação de pessoas para participar das atividades existentes nos Centros de Saúde.

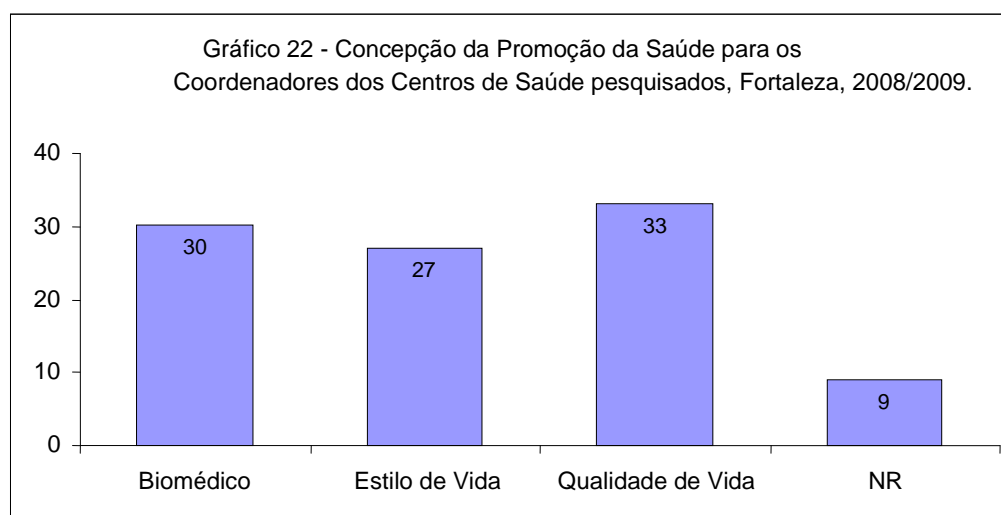
Um estudo realizado na Espanha em 1991 já alertava para necessidade de adaptação da formação de profissionais às prioridades da atenção primária. Os profissionais pesquisados no estudo apontaram como intervenções de alta prioridade para a promoção da saúde o aconselhamento de estilos de vida e as intervenções dos calendários de vacinação e outras atividades ligados ao programa de hipertensão arterial. (CABEZAS e NEBOT, 1991)

Conceituação da Promoção da Saúde

Uma das questões feitas aos Coordenadores dos Centros de Saúde solicitava que eles explicitassem o significado que o conceito de promoção da saúde.

As respostas válidas foram classificadas a partir da concepção e objetivos finais da promoção da saúde sendo classificada como: (a) Biomédica; (b) Estilo de Vida, e; (c) Qualidade de Vida. No caso da qualidade de vida foram consideradas como pertencentes a essa classificação as respostas que continham em seu texto a

palavra qualidade de vida, mesmo sem explicitar totalmente esse objetivo no restante do texto. O gráfico 22 descreve essa classificação.



Podemos observar que as concepções sobre promoção da saúde ainda estão muito equivocadas, estando a de qualidade de vida praticamente com os mesmos percentuais das demais. O enfoque biomédico, associado à doença ainda tem um parcela importante de adeptos, demonstrando que os coordenadores não estão ainda próximos do paradigma em que se baseia o Pacto pela Saúde e o Pacto pela Vida. Estão ainda distantes de um modelo mais amplo de saúde e que considere o território todo como campo de atuação, caso da Estratégia Saúde da Família.

Uma das respostas classificadas como representando essa hegemonia biomédica foi a seguinte: *“promover saúde é o paciente ter toda condição para fazer exame de rotina, ir ao médico, olhar sua pressão arterial, glicemia, fazer prevenção com dignidade no tempo mais rápido possível.”* (CS30)

As concepções voltadas a mudanças de comportamento e estilos de vida, embora representem um movimento de mudança de paradigma, não dão conta da integralidade dos sujeitos e não contribuem para a consecução dos resultados esperados da promoção da saúde, que são a conquista da autonomia, o empoderamento para participar da definição de políticas públicas que possam melhorar a qualidade de vida geral e promover a saúde no cotidiano da vida de todos. Entretanto, 27% das respostas sobre o conceito de promoção da saúde estavam

relacionadas a mudança de comportamento e estilos de vida, como podemos observar nas respostas a seguir: *“mudança de estilo de vida na busca do estado ótimo de saúde”* (CS3); *“orientar a comunidade sobre as necessidades de uma boa alimentação, realização de exercício físico, controle emocional no intuito de reduzir estresse”* (CS63).

A associação com a qualidade de vida esteve presente em 33% das respostas, entretanto, como já mencionamos, em algumas delas de uma maneira bem simplificada, como descrita nessa resposta: *“elaborar atividades que visem promover qualidade de vida do indivíduo”* (CS10). Em outras respostas o conceito foi apresentado de maneira mais completa, como por exemplo, na resposta a seguir. *“Promoção da saúde é um mecanismo de fortalecimento e implantação integrada e intersetorial compondo redes de compromisso em que todos participem na proteção e cuidado da vida”* (CS24)

Como 27 % dos CS têm coordenadores que conceituam promoção da saúde como mudança nos estilos de vida, acreditamos que nestes, há ainda, um direcionamento para ações educativas mais verticais, com menos capacidade de promover processos de empoderamento e desenvolvimento da autonomia das coletividades que vivem nos territórios adstritos às unidades de saúde.

As respostas gerais dos questionários sobre as atividades que são desenvolvidas na unidade já comentadas anteriormente e estas que estamos analisando, neste momento, demonstram que as ações de prevenção e controle da hipertensão realizadas nos Centros de Saúde analisados, parecem estar mais voltadas para atividades individuais, focadas no controle clínico da doença.

Atividades ligadas à promoção da saúde em relação ao controle da hipertensão arterial

Uma das perguntas do questionário solicitava aos gestores que respondessem se no Centro de Saúde que coordenavam, haviam ou não atividades específicas de promoção da saúde, 91% dos coordenadores responderam afirmativamente a essa

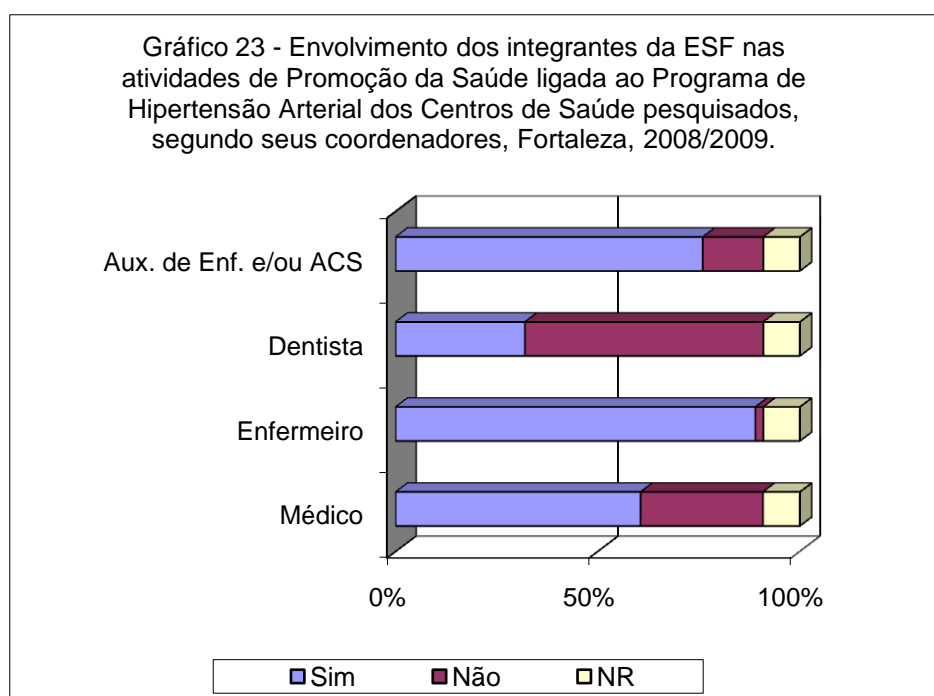
questão, apenas 01 coordenador apontou que não havia atividades de promoção da saúde no seu Centro de Saúde e 8% não responderam a essa questão.

Já em relação à presença de atividades de promoção da saúde realizadas em função do Programa de Hipertensão Arterial 86% dos coordenadores sinalizaram positivamente em relação à realização de atividades, 8% sinalizaram que não realizavam esse tipo de atividade e 6% não responderam.

Tanto as respostas sobre ações de promoção da saúde no geral quanto às ações específicas para o programa da HA, foram positivas, com as restrições já apontadas acima sobre o referencial com que são desenvolvidas. Estas atividades, entretanto, não foram reconhecidas como sendo desenvolvidas em todos os Centros de Saúde conforme esperado, tratando-se de uma estratégia que tem como um de seus pilares a promoção da saúde, seja no âmbito geral ou ligada ao controle da hipertensão arterial, conforme publicação do Ministério da Saúde referente ao Programa, na qual é bastante enfático ao colocar a promoção da saúde como uma das principais atividades a ser realizada. (MS, 2006)

Categorias envolvidas nas ações de Promoção da Saúde

Outro ponto investigado esteve relacionado à percepção do Coordenador acerca de qual(is) categoria(s) profissional(is) estaria(m) mais envolvida(s) nas atividades de Promoção da Saúde ligadas ao programa de hipertensão arterial. O gráfico 23 apresenta esses resultados. Os dados mostram que a enfermagem é considerada a categoria mais envolvida nessas atividades, seguida pelos ACS e auxiliares de enfermagem. Os médicos, segundo os coordenadores, parecem ter um envolvimento mediano e muito associado quando as respostas indicavam que todos da equipes eram envolvidos. Os dentistas novamente aparecem com uma pequena participação nestas atividades.



Alguns estudos analisados também confirmam os enfermeiros como importantes neste processo, como CAR e EGRY (1996) ou SANTOS e SOARES et al. (2007), que a partir de uma análise qualitativa identificou esta mesma ocorrência. Todos os autores, entretanto, comentam que essa divisão ainda está relacionada a uma hegemonia do saber médico no processo de trabalho, além de apontar que para a enfermagem caberiam as atividades que não teriam tanta importância para o tratamento, como orientação individual e em grupos.

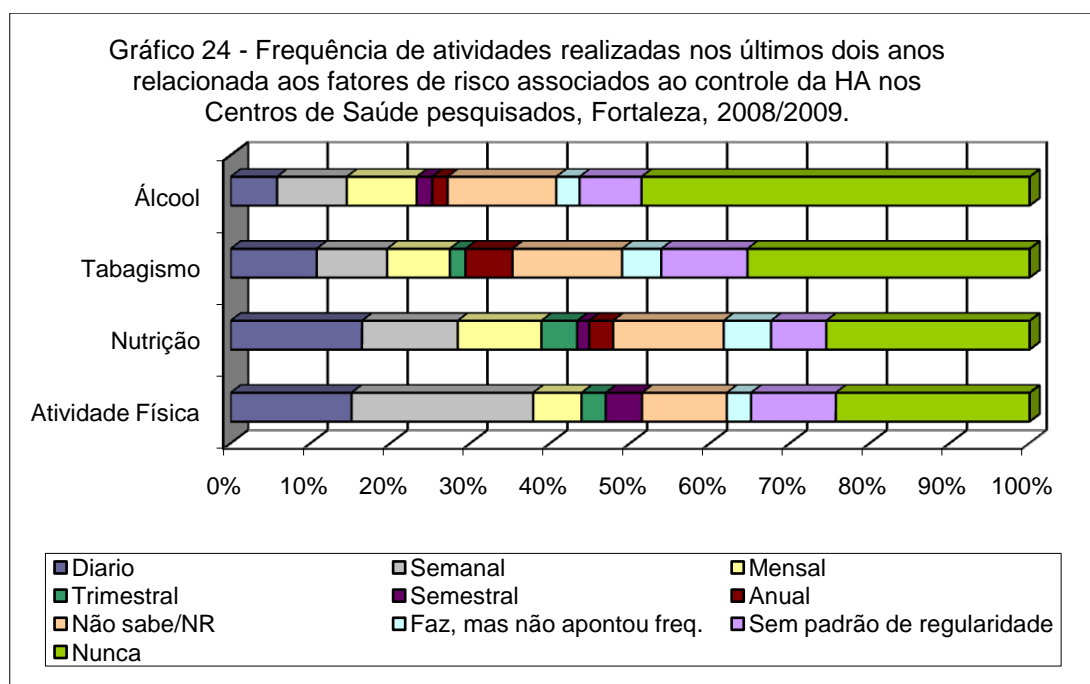
Outro estudo, realizado por CALNAM e CANT et al. (1994) na Inglaterra ao identificar o nível de envolvimento da enfermeira em atividades voltadas para a prevenção e promoção da saúde apresenta um aspecto interessante em sua conclusão. Menciona que os membros da equipe de cuidados primários parecem ter sua própria área distinta de atividade preventiva, ou seja, cada categoria faz sua parte, e que essa divisão não parece ser resultado de um trabalho organizado e com implementação de técnicas e conhecimentos específicos de acordo com protocolo de gestão definido. São sim, um produto de contrato da clínica e da gestão que tendem a favorecer uma abordagem para a promoção da prática geral em torno da enfermeira. Argumenta ainda que possivelmente esse contexto impedisse o desenvolvimento de uma ampla

abordagem em equipe para o planejamento e prestação da promoção da saúde relacionada às necessidades da população.

Curiosamente um estudo realizado na Inglaterra por CATFORD e NUTBEAM (1984) sobre a medicina preventiva ressalta resultados considerados encorajadores, mencionando que a maioria dos médicos pesquisados reconheceu seu papel fundamental na promoção da saúde e educação em saúde e sua responsabilidade compartilhada com outros profissionais. Mesmo ligado a mudança de comportamento o estudo indica uma postura mais integrada do médico no controle dos fatores de risco associados a hipertensão.

Atividades relacionadas aos fatores de risco associados ao controle da hipertensão arterial

Em relação às atividades relacionadas aos fatores de risco associados ao controle da HA com a população apresentada no gráfico 24, indicam que em torno de 1/3 dos Centros de Saúde não realizam atividades específicas para prevenção, focalizando os fatores de risco, principalmente em relação ao tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas.



As atividades realizadas foram divididas em atividades de orientação durante as consultas e atividades mais específicas relacionadas aos fatores de risco e que podem ser consideradas como mais voltadas para a promoção da saúde. (gráfico 25)

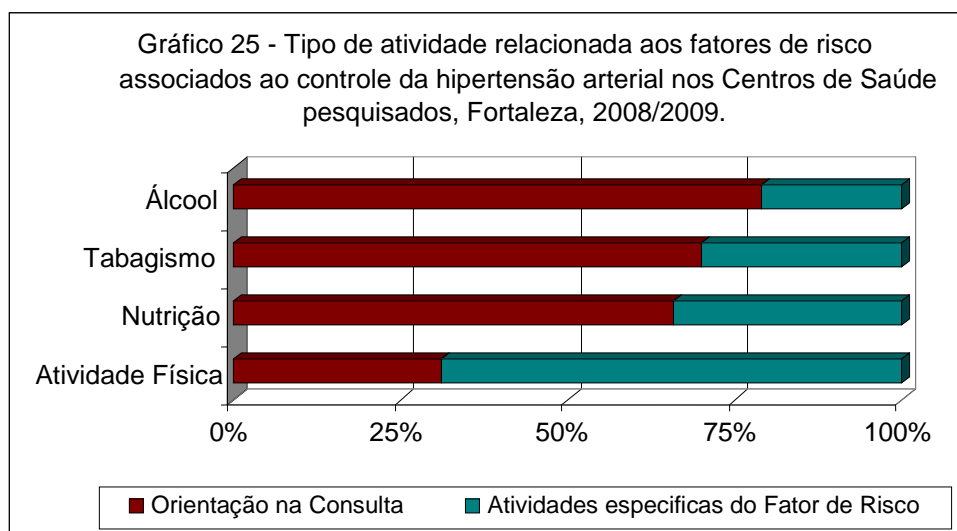
Em termos de educação nutricional, as atividades realizadas foram café da manhã e consultas com nutricionista e/ou endocrinologista. Já no caso do tabagismo foram mencionadas atividades pontuais sobre o efeito nocivo do tabaco, assim como a realização e grupos específicos para combater o fumo, com auxílio de medicações, acompanhamento psicológico, e outros.

As atividades ligadas ao álcool só foram apontadas nos Centros de Saúde com atividades realizadas na ocasião da consulta e nos encaminhamentos aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

AIRA e KAUFMAN et al. (2004), também descrevem essa dificuldade, mencionando que os médicos se sentem mais confortáveis em proceder a uma abordagem para o combate ao fumo do que para o uso de álcool.

Acreditamos que isso ocorre, tendo em vista, que os procedimentos e manejos associados ao tabaco são mais normativos e contam muitas vezes com auxílio de prescrições clínicas, como medicações. Por outro lado, a problemática ligada ao álcool envolve, geralmente outros aspectos, como culturais, sociais e psicológicos mais complexos de se trabalhar, exigindo muito mais do profissional.

Já as atividades relacionadas à atividade física parecem estar mais integradas à prática diária do CS, sendo com atividades realizadas na própria Unidade, através do Programa da Prefeitura – Academia da Comunidade - ou com exercícios realizados através das parceria com o Corpo de Bombeiros, que também oferece atividade física a pessoas da comunidade em locais públicos.



Apesar de sua importância, o controle dos fatores de risco deve ser assumido como uma das estratégias para prevenção e controle da HA, uma forma de produzir saúde socialmente no cotidiano. Segundo WIESEMANN, LUDT et al. (2004) as medidas de prevenção devem levar em conta que a motivação para a promoção da saúde depende mais de fatores psicossociais do que de outros fatores de risco.

Conforme já sinalizamos, um grupo – C7 – foi formado com as questões relacionadas aos fatores de risco e foi analisado de acordo com a Análise de Correspondência Múltipla – ACM.

O quadro 15, correspondente às atividades relacionadas com os fatores de risco, mostra que foram formados 3 grupos distintos e significativamente relevantes. O grupo 1, considerado por nós como positivo, pois aponta a existência de atividades diretamente relacionada aos riscos. Entretanto, é importante ressaltar que apesar de existentes, as variáveis que tornaram esse grupo positivo, são atividades relacionadas, principalmente, as orientações em consultas, o que para nós não é a forma mais eficiente e nem tampouco coerente com as práticas de promoção da saúde na perspectiva socioambiental. Contudo, esse pode ser um início de um longo processo de mudança que extrapole o consultório e o tratamento clínico, medicamentoso, que é importante que se diga, também deve sempre acontecer.

Novamente, vale ressaltar, que não descartamos a clínica no acompanhamento da população, pelo contrário. O que estamos sinalizando é que o enfoque somente clínico não dá conta da complexidade do processo saúde-doença,

nem do controle de doenças crônicas, o grande desafio deste momento histórico da saúde no país e no mundo. Outro aspecto em relação ao atendimento clínico que pode ser levantado refere-se ao tipo de relação estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário. O momento da consulta pode, e deve também ser um espaço onde os princípios e premissas da promoção da saúde são exercitados.

Quadro 15. Resumo da caracterização dos grupos da análise do bloco C7 do questionário referente às atividades associadas aos fatores de risco da hipertensão arterial.

	Grupo 1 (+sim - positivo)	Grupo 2 (+NA - negativo)	Grupo 3 (+NR/NS - negativo)	p-valor
Atividade Física		+nunca (RA:2,2)	+NS (RA:6,6)	p<0,001
FT Atividade física-Academia Comunidade	+não (RA:2,2)	+NA (RA:2,6)	+NR (RA:6,1)	p<0,001
FT Atividade física-Bombeiros	+não (RA:2,0)	+NA (RA:2,6)	+NR (RA:6,1)	p<0,001
FT Atividade física-Exercícios	+não(RA:3,1)	+NA (RA:2,6)	+NR (RA:6,1)	p<0,001
FT Atividade física-Orientação	+sim (RA:3,1)	+NA (RA:2,6)	+NR (RA:6,1)	p<0,001
Nutrição	+semanal (RA:2,4) +mensal (RA:2,8)	+nunca (RA:3,5) -não sabe	+NR (RA:7,1) +não sabe	p<0,001
FT Nutrição-Café da Manhã	+não (RA:4,3)	+sim (RA:2,2) +NA (RA:3,4)	+NR (RA:6,2)	p<0,001
FT Nutrição- Avaliação Especializada	+não (RA:3,3)	+NA (RA:3,4)	+NR (RA:6,1)	p<0,001
FT Nutrição- Orientação	+sim (RA:4,3)	+NA (RA:3,4)	+NR (RA:6,2)	p<0,001
Tabagismo	-nunca (RA:-3,2) +diário (RA:2,8) +semanal (RA:3,2) +mensal (RA:2,8)	+nunca (RA:4,8)	+NS (RA:7,6)	p<0,001
FT Tabagismo-Atividade Pontual	+não (RA:5,6)	+NA (RA:5,4)	+NR (RA:7,7)	p<0,001
FT Tabagismo-Gpo Tabagismo	+não (RA:5,8)	+NA (RA:5,4)	+NR (RA:7,7)	p<0,001
FT Tabagismo-Orientação	+sim (Ra:6,1)	+NA (RA:5,4)	+NR (RA:7,7)	p<0,001
Álcool	-nunca (RA:-4,1) +diário (RA:3,4) +semanal (RA:4,2) +mensal (RA:2,3)	+nunca (RA:6,5)	+NR (RA:7,6)	p<0,001
FT Álcool-Encaminha CAPS	+não ((RA:6,9)	+NA (RA:6,3)	+NR (RA:7,6)	p<0,001
FT Álcool-Orientação	+sim (RA:6,9)	+NA (RA:6,3)	+NR (RA:7,6)	p<0,001

Legenda: RA: Resíduo Ajustado; RN: Não Respondeu; NA: não se aplica; NS: Não Sabe.

Ainda em relação ao agrupamento das variáveis dos fatores de risco – C7, a tabela 11, que descreve a distribuição dos sujeitos, no caso os Centros de Saúde, por grupo e ainda destaca os CS mais próximos e mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde, apresenta também uma coerência entre os dados encontrados na análise estatística e nossa classificação, ou seja, os Centros de Saúde que fazem promoção da saúde na perspectiva socioambiental, considerados assim a partir de uma análise ponderada e subjetiva, encontram-se em sua maioria no grupo 1, também classificado como positivo, pela análise estatística.

Tabela 11. Descrição dos Grupos Análise de Correspondência Múltipla segundo indivíduos agrupados referente ao bloco C7 do questionário referente às atividades associadas aos fatores de risco da hipertensão arterial.

GRUPO 1: mais realização de atividades associadas aos fatores de risco: positivo Contagem: 18 sujeitos (CS)	01	03	04	16	24	29	39	47	48	49
	50	55	56	62	63	64	65	66		
GRUPO 2: mais não se aplica – NA: negativo Contagem: 38 sujeitos (CS)	02	05	06	08	09	10	12	13	14	15
	18	20	21	22	23	25	26	27	28	30
	33	36	38	40	42	43	44	45	46	51
	52	53	54	57	58	59	60	61		
GRUPO 3: mais não sabe ou não respondeu: negativo Contagem: 10 sujeitos (CS)	07	11	17	19	31	32	34	35	37	41

Legenda: campos assinalados de verde: Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental da promoção da saúde e campos assinalados de vermelho: Centros de Saúde classificados como mais distantes da visão socioambiental da promoção da saúde.

As figuras 13 e 14 apresentam os mapas das categorias de resposta e dos indivíduos agrupados referente ao bloco C7 e podem facilitar a visualização da distribuição dos grupos.

Figura 13 – Mapa da ACM das categorias de resposta – C7

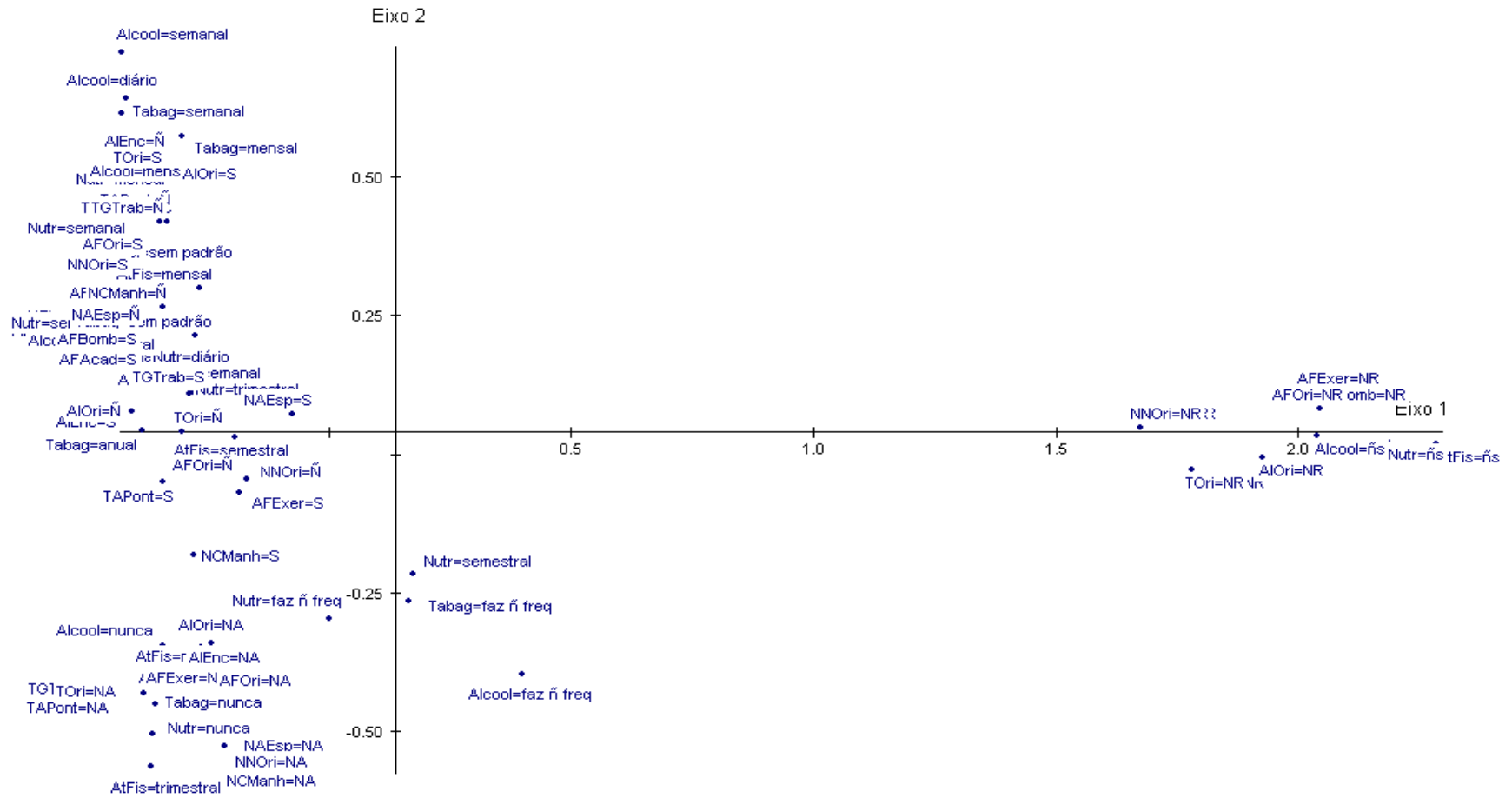
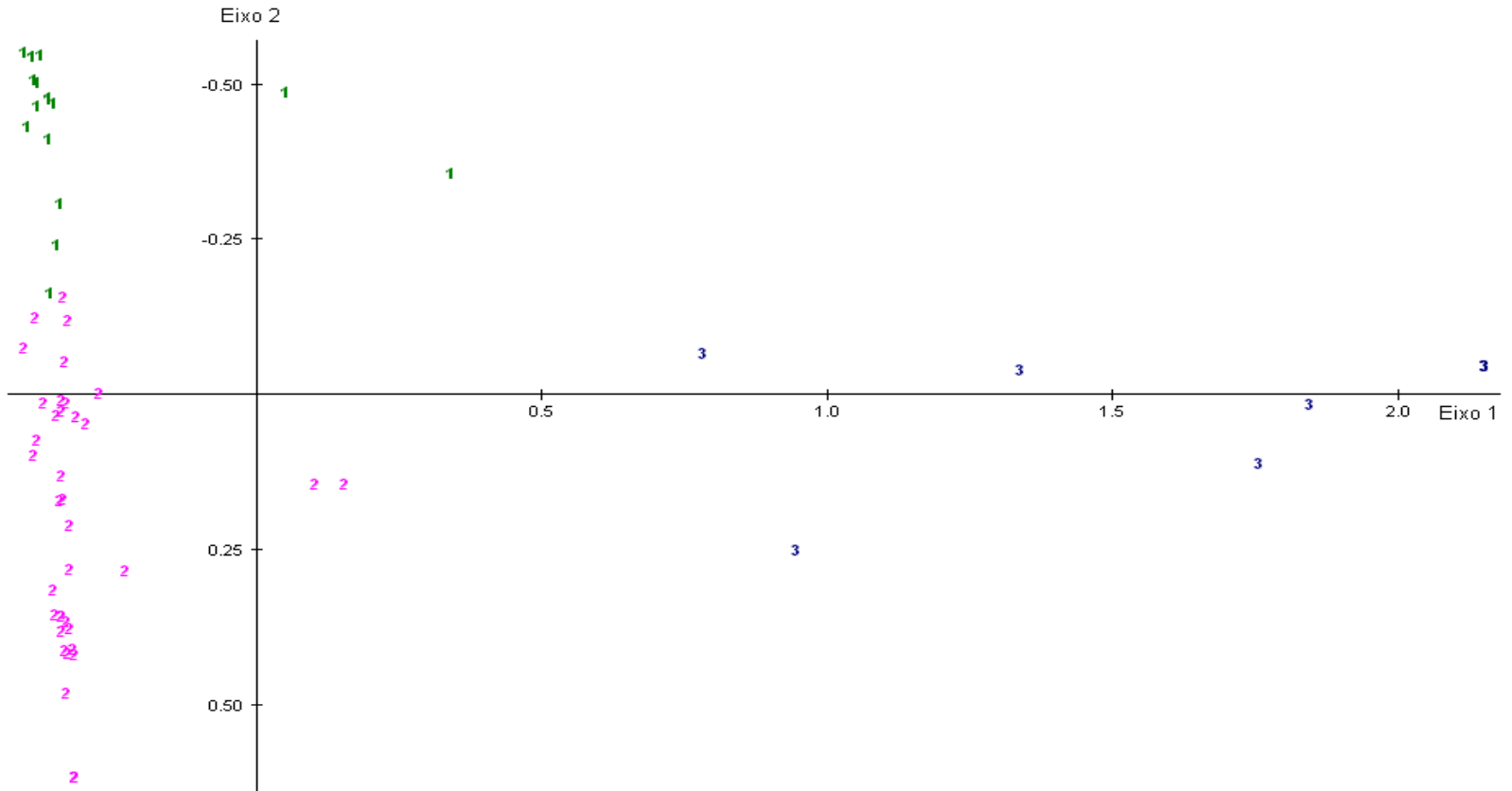


Figura 14- Mapa simétrico dos indivíduos agrupados – 3 grupos (C7)



7.4. ACOMPANHAMENTO E CADASTRO DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Em relação ao acompanhamento de usuários com hipertensão arterial, a prefeitura de Fortaleza teve em junho de 2007, 15.476 hipertensos cadastrados e 13.780 deles acompanhados na rede de atenção básica. (SIAB, 2007) Em dezembro de 2009, houve um aumento desse número. Haviam cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 31.451 hipertensos cadastrados e 28.417 acompanhados. (SIAB, 2010)

Tendo em vista os dados epidemiológicos apresentados ao longo desse estudo, acreditamos que o aumento encontrado nos últimos dois anos pode estar relacionado não ao aumento do número de hipertensos, mas provavelmente a implantação do novo modelo, com especial atenção as DANT possa ter ampliado o acesso e facilitado a identificação e o acompanhamento dos hipertensos pelo serviço de saúde.

Ainda buscando identificar o cenário do município em relação ao cadastro e acompanhamento dos hipertensos, analisamos um dos instrumentos utilizados para o controle dos dados de atendimento do Programa de Hipertensão e Diabetes feito pelos Centros de Saúde e enviado à Célula de Atenção Básica do município, mais especificamente a Coordenação do Programa de Hipertensão e Diabetes. Foram analisados todos os consolidados enviados a Secretaria Municipal de Saúde pelos Centros de Saúde durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2009.

Os dados, além de traçar um perfil do município em relação ao atendimento da hipertensão, serviriam também como um instrumento auxiliar para identificar os resultados e possíveis controles dos indicadores e a sua associação com as atividades de promoção da saúde realizadas nos Centros de Saúde do município. Entretanto, uma constatação bastante importante e negativa, interferiu nesse objetivo - a ausência de informações. Em média 40% das variáveis solicitadas no consolidado

(informações que também são cadastradas no HIPERDIA¹⁹) não estão preenchidas. E alguns Centros de Saúde sequer enviaram o instrumento para cadastro.

JARDIM e LEAL (2009) analisaram a qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema HIPERDIA, na cidade de São Carlos-SP no período de 2002 a 2005 também apontaram deficiências no registro das informações e ainda apontam que tais deficiências podem levar ao subdimensionamento epidemiológico dessas doenças na população brasileira, comprometendo o planejamento de estratégias destinadas à prevenção e controle das mesmas.

Outros estudos também identificaram a falta de controle e/ou acompanhamento de variáveis ligadas ao cadastro de hipertensos. (MORENO-MARIN e MARCO-MACIAN et al., 1990; SALA e COHEN et al., 1993; BAPTISTA e MARCON et al., 2008; SOUZA e GARNELO, 2008; COTTA e BATISTA et al., 2009; MEJÍA-RODRÍGUEZ e PANIAGUA-SIERRA et al., 2009)

Na tabela 12 podemos ter uma descrição mais detalhada sobre essa deficiência no registro das informações colhidas pelo consolidado mensal de atendimento ao diabético e hipertenso realizado pelo município de Fortaleza.

Apesar dos dados demonstrarem uma ausência de informação importante, podemos verificar também que essas percentagens estão decrescendo em relação aos meses analisados, fato que pode indicar um movimento positivo na coleta das informações. Contudo, seria importante analisar a sequência desse preenchimento nos meses seguintes para confirmarmos essa observação, e verificar se existe relação entre o preenchimento dos dados com a implementação da vigilância epidemiológica de DANT no município. Importante também seria identificar, além da frequência de preenchimento, o que tem sido feito em relação a análise dos dados, o diálogo com a clientela sobre os dados coletados e sua influência no planejamento e redimensionamento das atividades realizadas nos Centros de Saúde.

¹⁹ Instrumento HIPERDIA já mencionado na página 122 deste documento

Tabela 12 – Percentual de dados não preenchidos no Consolidado Mensal de Atendimento ao Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial, nos meses de janeiro a março de 2009, SMS, Fortaleza, 2009.

Indicadores analisados	Percentual de dados não preenchidos		
	Janeiro/2009	Fevereiro/2009	Março/2009
HA – HA/DM Cadastrados	54%	55%	47%
HA – HA/DM Atendidos	33%	25%	20%
Sexo HA – HA/DM atendidos	35%	26%	21%
Idade HA – HA/DM atendidos	35%	26%	19%
Tratamento – Dieta, medicamento	38%	32%	24%
Complicações	45%	35%	30%
Óbitos	45%	36%	32%
Encaminhamentos (Hospitais, CIDH...)	46%	37%	35%
Exames realizados ou encaminhados	47%	38%	36%
Avaliação nutricional - IMC	48%	44%	37%
Fatores de Risco encontrados	41%	39%	31%
Problemas identificados na Unidade (falta de treinamento e/ou profissionais)	50%	46%	40%
Problemas identificados na Unidade (falta de material e/ou medicamento)	44%	47%	40%

Dados oficiais também foram comparados, no caso além dos próprios consolidados, informações do DATASUS e HIPERDIA foram pesquisados buscando comparar as quantidades cadastradas. As diferenças de informação surgiram em todos os instrumentos com variações distintas e no caso do Hiperdia, os dados foram os mais distintos. A tabela 13 apresenta os dados relacionados ao cadastro e atendimento dos HA ou HA/DM.

Conforme discute GIROTTO et al. (2010) é de fundamental importância um acompanhamento sistemático dos usuários, no caso os hipertensos, nos serviços de saúde. Para isso, é essencial conhecer as coberturas das fontes de informações e sua confiabilidade. No estudo feito pelo autor, no qual foram estudadas as fontes de informação sobre hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família de Londrina-PR, foram apontadas as fragilidades das informações sobre hipertensos disponíveis nos sistemas. Os resultados mostraram grande número de hipertensos não eram registrados simultaneamente nas três fontes de informação analisadas (SIAB,

HIPERDIA e fichas da Unidade) o que pode dificultar a adoção de ações de promoção da saúde e de monitoramento desse agravo.

Tabela 13 – Dados de HA/DM cadastrados e atendidos segundo banco de dados oficiais, durante os meses de janeiro a março de 2009. Fortaleza, 2010.

Período referência	Fonte	HA – HA/DM Cadastrados	HA – HA/DM Atendidos
Janeiro/2009	Consolidado SMS	21.638	15.705
	SIAB - DATASUS	27.526	24.626
	HIPERDIA	15	-
Fevereiro/2009	Consolidado SMS	21.869	21.973
	SIAB - DATASUS	29.970	27.125
	HIPERDIA	99	-
Março/2009	Consolidado SMS	18.021	18.624
	SIAB - DATASUS	27.957	25.197
	HIPERDIA	26	-

O fato de diferentes bases de dados apontarem diferentes resultados pode indicar uma desorganização administrativa, ou uma falta de uniformização no monitoramento e, conseqüentemente, na análise dos dados. Outra limitação pode estar relacionada com a desvalorização por parte da gestão e dos próprios Centros de Saúde em relação a utilização desses quantitativos para o acompanhamento e redimensionamento das atividades, quando necessário, de acordo com as análises e realidades distintas.

Instrumentos como o HIPERDIA, são considerados importantes na medida em que seus dados podem ser aproveitados para atividades educativas, elaboração de novas ações, além de oferecer a possibilidade de cruzamentos e séries históricas que poderiam auxiliar no fortalecimento de outras atividades ligadas a promoção da saúde. Entretanto, observamos que esse movimento ainda não aconteceu no município de Fortaleza.

8. BARREIRAS E FACILITADORES PARA PRÁTICA DO MODELO DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM BASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

8.1. VISÃO DOS COORDENADORES DOS CENTROS DE SAÚDE

Um dos objetivos deste trabalho foi identificar os facilitadores e barreiras nesse processo de reorientação do serviço de saúde no município de Fortaleza a partir das respostas de vários atores envolvidos nesse processo, escolhidos por representarem visões diferentes do que seja um processo de promoção da saúde.

Os facilitadores ilustram as estratégias e caminhos que permitiram avanços e que podem servir de exemplo para outros setores, além de reforçar que o processo de mudança é possível e benéfico para a sociedade. As barreiras ajudam a dimensionar os desafios e obstáculos a serem enfrentados e são importantes para manter a atenção e não perder de vista os objetivos e propósitos que sustentam a reorganização do serviço de saúde, a nova constituição brasileira, o SUS e os Pactos pela Saúde, pela Vida e de Gestão do Sistema.

As tabelas 14 e 15 descrevem os facilitadores e barreiras do ponto de vista dos coordenadores dos Centros de Saúde pesquisados, de acordo com o número de respostas. Cada coordenador poderia indicar até três respostas em cada segmento, totalizando 201 respostas possíveis. As respostas foram agrupadas em categorias, quando possível. Em relação às possibilidades de respostas, vale ressaltar a grande frequência de respostas nulas, 26% do total de respostas não foi preenchido tanto para os facilitadores quanto para as barreiras. Diante desse contexto, será que os coordenadores não visualizam de forma crítica o cenário existente no Centro de Saúde que coordenam. Eles tiveram a chance de apontar até três aspectos positivos e negativos do CS e não o fizeram.

Os itens mencionados como facilitadores demonstram a presença do novo modelo de atenção à saúde no município, pelo menos no que diz respeito a atenção básica e especificamente aos Centros de Saúde.

Tabela 14. Descrição dos facilitadores na visão dos coordenadores dos Centros de Saúde pesquisados, segundo respostas válidas, Fortaleza. 2008/2009.

FACILITADOR	NÚMERO DE RESPOSTAS	%
Fatores relacionados ao modelo de gestão	54	36%
Presença do Agente Comunitário de Saúde- ACS	17	11%
Estratégia Saúde da Família – ESF	12	8%
Parcerias disponíveis	08	5%
Estímulo estilo de vida saudável	04	3%
Consulta / Verificação pressão arterial / Exames laboratoriais	04	3%
Realização do acolhimento	02	1%
Atividades de grupo e/ou palestra	02	1%
SMES / Residência Multiprofissional	02	1%
Roda na comunidade / atividade extra muro	02	1%
ESF noturno e final de semana	01	1%
Fatores relacionados ao processo de gestão	45	30%
Disponibilidade de medicamentos	19	13%
Presença do enfermeiro/médico	07	5%
Estrutura física adequada	06	4%
Equipe capacitada	04	3%
Apoio gestão ou Secretaria Executiva Regional –SER	02	1%
Equipe completa	02	1%
Outros (facilidade agendamento / material de consumo / presença de transporte / uso correto da medicação / vontade política)	05	3%
Fatores relacionados aos profissionais	33	22%
Compromisso das equipes	33	22%
Fatores relacionados à comunidade	17	11%
Adesão da comunidade	13	9%
Disponibilidade da clientela	04	3%
TOTAL DE RESPOSTAS VÁLIDAS	149	
Não respondeu – NR	52	
TOTAL DE RESPOSTAS POSSÍVEIS	201	

Os facilitadores e barreiras foram divididos em quatro grandes grupos, a saber: fatores relacionados ao modelo de gestão, fatores relacionados ao processo de

gestão, fatores relacionados aos profissionais, fatores relacionados à comunidade, contudo sua importância e distribuição apresentaram cenários diferenciados.

Em relação aos facilitadores, podemos destacar que os facilitadores mais citados estão relacionados a postura dos profissionais, além da valorização explícita do ACS, membro fundamental para o bom funcionamento da Estratégia Saúde da Família. Trata-se, portanto de referências ao funcionamento do CS – profissionais e medicação, ou seja, fatores ligados ao modelo e processo de gestão.

A adesão da comunidade também é mencionada como facilitador, mas aparece em 4º lugar com 9% das respostas válidas, seguido pela adoção do modelo da Estratégia da Família no Centro de Saúde.

Com isso, em relação às respostas válidas relacionadas aos facilitadores, ou seja, retirando as respostas em branco, praticamente 50% das respostas se referem a três aspectos, são eles: (1) compromisso da equipe com 22% das respostas, (2) a disponibilidade do medicamento com 13%, e (3) a presença dos Agentes de Saúde com 11% do total.

A disponibilidade de medicamento, apontada como segundo maior facilitador, mesmo sendo parte importante do controle da hipertensão, reforça a vertente do enfoque clínico, tendo em vista que o enunciado da questão se referia às ações de promoção da saúde: Cite os três principais potenciais / facilitadores para realizar ações de controle da hipertensão arterial e seus fatores de risco na perspectiva da promoção da saúde.

Outros indicadores importantes também ligados ao modelo de gestão tais como acolhimento, atividade extra-muro, Sistema Municipal Saúde Escola, Rodas, Relacionamento Terapêutico, também surgem como fatores positivos, contudo com baixa frequência.

Tabela 15. Descrição das barreiras na visão dos coordenadores dos Centros de Saúde pesquisados, Fortaleza. 2008/2009.

BARREIRA	NÚMERO DE RESPOSTAS	%
Barreiras relacionadas ao processo de gestão	50	34%
Estrutura física inadequada	15	10%
Falta material educativo / recurso	15	10%
Falta profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF(médico/enfermeiro/ACS)	11	7%
Falta medicamento para o controle da HA	04	3%
Falta de apoio da Secretaria Executiva Regional – SER	02	1%
Outros (dificuldade do diagnóstico precoce / exames incompletos / falta de transporte / dificuldade na marcação de consulta)	03	2%
Barreiras relacionadas à postura da comunidade	41	28%
Cultura resistente da comunidade	21	14%
Não adesão da comunidade / falta de compromisso da família	16	11%
Uso incorreto da medicação / apresentação semelhante do medicamento	04	3%
Barreiras relacionadas às características do território	34	23%
Condições econômicas / violência urbana	11	7%
Demanda excessiva / baixa cobertura / dificuldade de acesso	23	16%
Barreiras relacionados aos profissionais	12	8%
Falta compromisso equipe	12	8%
Barreiras relacionados ao modelo de atenção	09	6%
Falta profissional especializado	05	3%
Ausência capacitação em hipertensão arterial - HA	04	3%
TOTAL DE RESPOSTAS VÁLIDAS	148	
Não respondeu – NR	53	
TOTAL DE RESPOSTAS POSSÍVEIS	201	

No caso das barreiras o grupo mais citado esteve relacionado aos fatores do processo de gestão, tendo estrutura inadequada, falta de material seguido de falta das equipes incompletas como principais características.

Entretanto, diferente dos facilitadores, no caso das barreiras aspectos ligados a comunidade assumem um destaque importante sendo responsáveis por 28% do total de barreiras citadas, enquanto as facilidades estiveram relacionadas a equipe. Assim, fica evidenciada a dificuldade de uma visão ampliada, mais holística, na qual

serviço oferecido e público beneficiado pertencem ao mesmo espaço e que a reação de um é resultado/consequência da atuação do outro.

Em relação às barreiras, conforme descrito na tabela 15, a principal dificuldade refere-se à demanda excessiva de atendimento nos Centros de Saúde, associado a isto, a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e dificuldades de acesso da população ao serviço com 16% das respostas.

Em 2º e 3º lugares estão a comunidade, seja pela cultura resistente da população – dificuldade em aceitar mudanças – seja pela não adesão da população às atividades relacionadas à promoção da saúde. Juntas, essas duas dificuldades somam 25% das respostas válidas, e no nosso entender, assumem um peso decisivo na argumentação dos coordenadores.

Em relação aos facilitadores e barreiras mencionados pelos coordenadores dos Centros de Saúde podemos notar que as mesmas categorias podem ser encontradas nos dois segmentos, expressas de forma contraditória, tais como: compromisso da equipe x falta de compromisso da equipe; adesão da comunidade x não adesão da comunidade; presença de profissionais x falta de profissionais; estrutura física adequada x estrutura física inadequada; equipe capacitada x falta de capacitação, indicando que cada Centro de Saúde tem seu próprio ritmo e visão acerca do trabalho e diretrizes a serem alcançadas.

Aqui podemos identificar os principais aspectos dos Centros de Saúde em efetivar a Estratégia Saúde da Família e as ações de promoção da saúde, destacando o compromisso dos profissionais e adesão da comunidade como aspectos relacionados ao funcionamento do serviço e quantidade de profissionais, estrutura física e capacitação adequadas relacionadas a estrutura e suporte do município.

8.2. VISÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS, PARCEIROS, PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR E ACS EM RELAÇÃO À PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE APLICADA AO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL, NOSSO ANALISADOR

Para compreender o novo modelo implantado no município de Fortaleza foram aplicados questionário aos coordenadores dos Centros de Saúde do município, cujos resultados foram analisados no capítulo anterior. Para completar e aprofundar esta análise foram realizadas entrevistas em profundidade com os principais gestores da saúde e outros parceiros que, de alguma forma, estão ligados ao novo modelo (discutidas no capítulo 6). O objetivo foi identificar as oportunidades e barreiras às ações voltadas para a promoção da saúde e a inserção desta no controle da Hipertensão Arterial no município.

Os profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico e ACS) também tiveram a oportunidade de se posicionar.

No caso dos gestores foram entrevistados os seguintes gestores municipais: secretário de saúde, coordenador da atenção básica, coordenadora do programa de hipertensão arterial, coordenador do programa Sistema Municipal Saúde Escola, coordenador da Residência Médica, coordenadora do programa Academia da Comunidade e coordenador do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Os parceiros entrevistados foram: Coordenador do Programa de atividade física do Corpo de Bombeiros do Estado do Ceará, coordenador de uma associação de hipertensos e diabéticos de Fortaleza.

No caso dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde do município foram ouvidos 09 enfermeiros, 01 médico e 10 Agentes de Saúde.

Foram formadas 22 categorias e sub-categorias, sendo 06 ligadas a barreiras, 04 ligadas a oportunidades/facilitadores e 12 que continham os dois aspectos. O quadro 16, a seguir apresenta as categorias identificadas.

Quadro 16. Lista das categorias e sub-categorias encontradas a partir da análise das entrevistas realizadas..

CATEGORIAS	Barreira	Facilitador / Oportunidade	Barreira / Facilitador
8.2.1. HISTÓRICO DE ATENÇÃO A SAÚDE EM FORTALEZA LIGADA A POSTOS DE SAÚDE TRADICIONAIS	X		
8.2.2. INVESTIMENTO EM FORMAÇÃO DE PESSOAL: EDUCAÇÃO PERMANENTE E CURSOS			X
8.2.3. INTERSETORIALIDADE E PARCERIAS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL		X	
8.2.4. PRÁTICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			X
Valorização da ESF		X	
Conhecimento do território			X
Análise crítica concepção da saúde			X
Participação nos grupos			X
Envolvimento da comunidade			X
Funcionamento das Rodas de Gestão			X
Não efetivação da ESF	X		
Absorção da ESF como novo modelo			X
Demanda excessiva	X		
Falta de material e estrutura	X		
8.2.5. FINANCIAMENTOS	X		
8.2.6. RELAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE SMS/SER/CS			X
8.2.7. TRABALHO EM EQUIPE			X
Envolvimento do coordenador			X
Postura do médico	X		
Posicionamento do ACS na equipe			X
Valorização do ACS		X	
Valorização do enfermeiro		X	

Esta tabela em si diz pouco da interpretação dos gestores, profissionais e ACS sobre estas questões na vivência dos mesmos nos Centros de Saúde de Fortaleza, durante este processo de reorientação dos serviços de saúde que caracterizou a gestão

de um determinado Secretário de Saúde e de um determinado período de gestão da Prefeitura de Fortaleza. A entrevista com os atores deste processo permitiu ampliar nossa visão sobre estas questões que, se puderem ser equacionada e até minimizadas, poderão reforçar o processo de reorientação dos serviços de saúde em curso.

Passaremos a trazer, então, para o conhecimento do leitor depoimentos dos diferentes atores do processo sobre as categorias de questões apresentadas na tabela anterior.

8.2.1. Histórico de atenção a saúde em Fortaleza ligada a postos de saúde tradicionais

Como foi mencionado quando apresentamos a percepção dos gestores sobre o modelo de reorientação dos serviços de saúde, implementado pela Secretaria de Saúde de Fortaleza, o histórico do município em relação aos serviços de saúde, em uma perspectiva mais biologicista criou uma cultura na população de buscar os serviços somente quando tem doença para curá-la. Visualizar que o serviço de saúde pode ajudar a população a produzir saúde socialmente em vez de doenças é algo que nunca foi discutido e que nunca fez parte do universo cultural da população local. Os profissionais percebem isto e entendem que como o hegemônico hoje é o uso da tecnologia médica, fica difícil convencer a população que não é somente os exames e o medicamento que pode ajudá-la a se tornar saudável. A fala de um dos gestores, que apresentaremos a seguir, expressa bem esta questão:

“não é nem barreira é uma dificuldade, é que a gente sabe que a cultura das pessoas é mais na parte de tratamento. Ainda tem muita gente que ainda está naquela linha sobre o tratamento de doenças, que não vê a parte da atividade física, a parte da alimentação saudável, o controle do tabagismo ou mesmo essa parte da autoestima, não vêem isso como uma vantagem ou como benefício e às vezes cria uma barreira porque a gente vê isso em alguns profissionais de saúde mesmo que acham que a nutricionista tá ali só pra fazer dieta, não precisa ela se preocupar com o restante das pessoas”.(G6)

Esta mesma categoria também foi identificada pelos profissionais de nível universitário que trabalham nos Centros de Saúde, como barreira a reorientação do serviço de saúde.

Refere-se ao desconhecimento da comunidade em relação a Estratégia Saúde da Família e suas experiências anteriores com as unidades de pronto atendimento que tem um cunho curativo, baseado na prescrição de medicamentos, para resolver problemas agudos, sem pensar nas causas imediatas e mediatas do mesmo, e ainda sua relação com o espaço de vida que a pessoa ocupa no seu cotidiano. A força da tradição, as experiências anteriores com unidades de pronto atendimento têm parte da responsabilidade por esta reação da população, expressa por estes profissionais engajados nos Centros de Saúde.

“mas eu acho que a própria pessoa né... desse PSF, eles não conhecem, não sabem, ele pensa que médico e enfermeiro tá aqui só pra passar o remédio dele e ir embora, então eu acho que é falta de informação mesmo” - Barreira (ENF2-)

“O problema que eu acho aqui na nossa comunidade é que essa unidade de saúde tem trinta anos, então ela era aqui aquele pronto atendimento, então a nossa comunidade ainda tem aquela cultura do pronto atendimento... É tanto que a consulta da hipertensão ainda tem um desafio porque eles não querem demorar, ele quer chegar e ser atendido, ‘Eu quero pegar o meu remédio’ - Barreira (ENF1-)

Outro ponto mencionado pelos profissionais refere-se à dificuldade de mudança de paradigma, tanto dos profissionais quanto da população em relação ao serviço oferecido. Continuam esperando receber uma receita em vez de atender ao chamado para participar do seu atendimento, de realizar atividades para melhorar a dieta e até para problematizar sua realidade e advogar por ações e políticas públicas que possam melhorar suas condições de vida – a dificuldade é a passagem do paradigma biomédico para o socioambiental da forma como foi definido no referencial teórico.

“uma das grandes dificuldades do paciente ele entender que isso é importante, porque pra ele o importante na verdade é a medicação, pra alguns pacientes é importante é a medicação e a gente tem batido na consulta de enfermagem que só a medicação

não resolve e a gente precisa é tentar mudar tanto alimentares, exercícios, então é tão importante quanto a medicação, então eu acho que o que dificulta muito é a questão da medicalização deles né, acha que 'ah não, a minha pressão não ta controlada, então eu preciso aumentar a medicação ou então mudar de medicação pra resolver' e a gente sempre fala pro paciente que é um conjunto de coisas, que só a medicação eu posso aumentar muito a dosagem, eu posso trocar por outra medicação e isso não vai resolver, porque é uma série de coisas que estão envolvidas e até que ele perceba isso a gente tem realmente uma dificuldade” - Barreira (ENF4+)

Além disso, nem sempre os Centros de Saúde têm condições para oferecer atividades de grupo em vez das consultas ou visitas domiciliares tradicionais. Como os ACS dizem, existe uma grande dificuldade de material de apoio, de local, de horário para a realização das atividades que representam uma perspectiva mais dialógica e participativa de trabalhar.

“é mais essa questão estrutural mesmo existem as equipes, os ACS convocam e até pedem pra fazer esses grupos que ficou muito frouxo e aí termina que num realiza. E aí no dia a que a gente marca eles nunca vem, porque se tem o remédio, se o remédio dá até amanhã eu vou só amanhã, só vem quando o remédio acaba e às vezes coincide que passa pra outro profissional da equipe e assim vai que você não consegue controlar né” – Barreira (ENF3-)

Em relação ao atendimento do Centro de Saúde o que é hegemônico é uma visão da *Unidade como local onde se consegue a receita para comprar ou receber a medicação*. Segundo os profissionais de nível superior a ligação do usuário com o posto é feita prioritariamente através da resolução do problema da medicação. Neste momento, com o início do processo de reorientação do serviço de saúde, todo o processo de formação vivenciado pelos funcionários das unidades e as mudanças decorrentes no atendimento, está possibilitando uma transição perceptível ao usuário que agora passa a começar a valorizar o controle do seu estado de saúde feito através da consulta médica e das reuniões em grupo onde ele pode conversar sobre a sua doença e tratamento com profissionais e outros usuários, conforme será apresentado mais adiante.

De acordo com a fala dos profissionais, tanto dos Centros de Saúde distantes como próximo da visão socioambiental, o usuário também se orienta pela hegemonia

do paradigma biomédico, onde a medicação aparece como prioridade também para ele. Para o usuário diagnosticado com uma doença isto parece lógico.

“eles procuram o sistema de saúde e evidentemente ele ainda tem um peso muito grande da biomedicina, do modelo biomédico, da questão da demanda da consulta mesmo do atendimento e da medicação” - Barreira (G1)

“outra barreira que eu vejo é a própria cultura que disseminou na sociedade que o que importa é a receita e o remédio de preferência o máximo possível dentro da receita, isso aí sem dúvida nenhuma só faz a rede perder” - Barreira (G2)

“porque a gente sabe que o hipertenso, qualquer pessoa que procure o posto ela quer saber da medicação, quer a medicação senão vai reclamar, mas a gente é ciente que isso daí era primordial, então ... de fazer em cada área ... esse grupo de hipertenso, porque aqui na minha área só uma agente de saúde tem cento e um hipertensos” - Barreira (ENF2-)

“no início a dificuldade que eu achei assim, porque eles chegavam aqui sem nem ter a consulta marcada só pra renovar a receita, eles queriam a receita aí não, tem que agendar, ‘mas não é uma consulta, eu só quero trocar a receita de pegar o remédio’ e hoje a gente já conseguiu melhorar isso, pelo menos assim eles já tem as consultas do retorno marcada mensal ou de dois em dois meses” - Barreira (ENF4-)

“porque eu falo muito que aqui a gente ainda não tá trabalhando promoção de saúde como deveria, deveria trabalhar muito mais promoção de saúde e hoje nós trabalhamos muito mais com a área curativa, muito mais” - Barreira (ENF1-)

“a visão do PSF ainda não é muito bem esclarecida pra população, tipo assim, eles não vêem o PSF como promoção à saúde, eles querem o PSF assim como de fosse pra resolver a doença, sempre, porque assim, quando ta doente e não pra evitar ficar doente” - Barreira (ENF1+)

8.2.2. Investimento em formação de pessoal: educação permanente e cursos

Outra oportunidade com a inserção da educação permanente como prioridade na reorientação do serviço pode ser percebida com a divulgação de mais artigos, já apontando no item 2.2.2, que analisa os estudos relacionando a promoção da saúde, a atenção básica e o controle da hipertensão arterial e ainda na análise dos indicadores do município.

“A gente tem realmente realizado alguns trabalhos e artigos, do acolhimento a gente tem feito um trabalho com a opinião dos usuários, o que eles pensaram sobre o acolhimento né e com as atividades que a gente fez anteriormente, por exemplo, a gente fez com o grupo de tabagismo, com a terapia comunitária e com o grupo de hipertensão e diabetes ainda não, mas a gente tem feito sempre pesquisas mesmo com relação aos grupos” - Facilitador (ENF4+)

De acordo com as falas dos profissionais de nível superior que integram a ESF, as atividades e ações estabelecidas pela Residência Multiprofissional foram descritas como oportunidades, além da valorização do modelo. Assim, o apoio da residência multiprofissional foi considerado primordial para o sucesso da estratégia.

“As atividades físicas, primeiro a gente só fazia dizer que era importante, que fazia parte do tratamento. Só que depois aqui a gente teve um reforço, a residência multiprofissional ... então a partir de então ficou estabelecido, agora com ele, com o próprio profissional do grupo de caminhada na praia, lá na orla” (ENF3+)

“Olha, pra falar a verdade, isso existia muito sem frequência assim, quer dizer, não é sem frequência, é muito na marra sem planejamento tá, mas quando surgiu assim a área de multiprofissional que é a de residência, então chegaram esses profissionais que não tinham agenda aqui, então eles vieram exatamente pra dar um suporte a essas atividades, foi quando realmente tudo aconteceu de maneira organizada e que tá agora se estabelecendo mesmo” (ENF3+)

Os profissionais dos Centros de Saúde também mencionaram outras atividades como a reciclagem, oportunidades que surgiram após as atividades da Residência.

“O de reciclagem, que existe aqui o grupo de saúde ambiental, mas também surgiu aqui depois que apareceu aqui a multiprofissional aqui pra dar esse suporte.” (ENF3+)

O NASF, também foi identificado no discurso dos profissionais de nível superior integrantes da ESF, assim como no discurso dos gestores, como uma importante alternativa na implementação e absorção das ações de promoção da saúde no CS, como oportunidade para colocar em prática a proposta de reorganização do serviço ou ainda apoiando nas atividades de grupo.

“No próximo grupo a gente tá planejando junto com eles, e ultimamente depois que o NASF entrou aí assim, no dia do atendimento a gente pede que eles sugiram qual o tema do próximo pra ser debatido no próximo encontro aí eles sugerem e a gente prepara a palestra” – Facilitador (ENF4-)

“No grupo a gente trabalha a questão assim de palestras né e assim faz atendimento, verifica pressão, verifica glicemia e trabalha agora com apoio do NASF e vem o educador físico e faz atividades físicas, faz alongamento e depois a gente faz o atendimento de transcrever as medicações e tudo” - Facilitador. (ENF4-)

“eles até implantaram aqueles NASF né que é pra ver se eles conseguem desenvolver estas atividades, porque o NASF eles não fazem atendimento individual, então assim a gente espera que já faz muito tempo que eles estão aqui que eles consigam realmente desenvolver alguma coisa” - Facilitador. (ENF3-)

“todos os profissionais da equipe se envolvem, que é médico, enfermeiro, os dentistas também são muito assim presentes nas atividades... do NASF, que é composto por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social” – Facilitador (ENF1+).

Entretanto, mesmo com a presença dos NASF, algumas falas mencionaram dificuldades, como a existência de usuários que não estão acostumados com esse tipo de atividade, além da não adesão ao tratamento.

“Agora é assim, a dificuldade ainda de acompanhar, mas assim a dificuldade que eu sinto desses que eu acompanho é dos próprios pacientes assim seguem mesmo, não seguir a dieta que eu acho que é a maior dificuldade deles, a questão de tomar a medicação certa e por mais que a gente oriente e tudo. No grupo a gente tem trabalhado muito isso, mas eu acho que assim, a dificuldade e a adesão do paciente mesmo ao tratamento” - Barreira. (ENF4-)

A partir das falas dos ACS também foi possível identificar a valorização do trabalho do NASF no serviço, sendo outra vez mencionado como oportunidade. Aqui podemos verificar que mesmo não tendo chefias com atitudes favoráveis à promoção da saúde, já que no geral foram consideradas como CS que se afastam da visão socioambiental, os ACS reconhecem o NASF como uma oportunidade, o que reforça a postura do ACS como um agente de mudança e integrado ao novo modelo proposto.

“Eles fazem oficinas, eles têm palestras, eles têm orientação de alimentação, eles fazem exercícios, porque o NASF é composto de várias pessoas né, fisioterapeuta, massoterapeuta, psicólogo, existe uma equipe completa que veio pra nos ajudar” - Facilitador (ACS2-)

“além disso tem o pessoal do NASF, que é uma parceria que vem junto da regional, que é a educadora física, a fisioterapeuta e tem se não me engano uma psicóloga” – Facilitador (ACS4-)

A oportunidade de formação do Curso Técnico do Agente de Saúde foi responsável por um amadurecimento do ACS e ofereceu mais subsídios para a realização de atividades voltadas para uma visão ampliada da saúde e na perspectiva da promoção da saúde mais próxima do socioambiental, mesmo pelos agentes de saúde inseridos nos Centros de Saúde onde a organização do serviço tende a se afastar dessa visão. Nestas unidades a visão dos ACS ajuda na realização de novas atividades, eles são elementos inovadores, abrem espaço na comunidade para grupos e para a efetivação da promoção da saúde, pelo menos é o que parece.

“Nós tivemos um curso agora que pra mim foi fundamental, porque eu não, não sabia lidar com essa situação do hipertenso. Então isso veio me ajudar demais, demais mesmo. Agradeço a Deus e a xxx que é muito gente boa. O curso terminou, mas eu não

deixo de perturbar a ela não. Eu tendo dúvida ela orienta” - Facilitador (ACSS-)

“A gente tá fazendo um trabalho com os hipertensos, eu e a xxx que é a outra ACS, não só com os hipertensos, mas com as gestantes... então no final do ano vai mostrar um DVD que a gente vai gravar com tudo que a gente tá fazendo na área. Tudo tá no ORKUT, tá tudo documentado. Que é pra gente mostrar pra eles e outra coisa essa questão de você trabalhar com eles assim, dessa maneira assim, eles [hipertensos] lhe recebe melhor tá entendendo?” - Facilitador (ACS5-)

“eu e a xxx [ACS] nós viemos de uma unidade de saúde onde o Programa Saúde da Família ele funcionava pelo os menos os grupos, existiam os grupos, então a gente veio pra cá e não tinha grupo, entendeu, o povo vinha, marcava a consulta e pegava a receita e ia embora, então eu e ela se reunimos nós duas e falamos com a enfermeira –nós vamos fazer o grupo por que? Porque a gente fez um curso técnico de agente comunitário de saúde e a gente aprendeu que o Programa Saúde da Família existe os grupos, existe as terapias comunitárias, então a gente queria colocar em prática, então a gente chegou junto a ela e formou os grupos e até hoje tá funcionando, com muito sacrifício porque ela vai no carro dela, ela disponibiliza a gasolina dela, a gente arranja um ponto estratégico e a gente vai atender e faz todo o acompanhamento e verificação de pressão, e até porque aqui no posto a gente achou que eles ficavam muito, assim a lotação, o posto é pequeno, então por isso também que a gente achou o melhor espaço pra ele dentro da comunidade, entendeu” - Facilitador (ACS4-)

“A gente percebeu que só a medicação não faz a cura total pros hipertensos, porque hipertensão não tem cura, mas às vezes com caminhada e dieta pode controlar a doença. A gente percebeu na área que os hipertensos não estavam fazendo o uso da boa alimentação nem os exercícios físicos, eles só tomavam a medicação e alguns bebiam, e tinham uma vida sedentária, então tinha alguns que num passava de 6 meses. Aí a gente percebeu a necessidade de passar as orientações, aí as enfermeiras fizeram esse curso aí a gente formou esse grupo e agora estão passando as informações pra todos os pacientes” - Facilitador (ACS4+)

8.2.3. Intersetorialidade e parcerias no controle da hipertensão arterial

A Parceria com o Corpo de Bombeiros é outra atividade mencionada pelo ACS. Mais uma vez percebemos que o trabalho do ACS busca ações inovadoras, faz grupos na comunidade e se associam com os Bombeiros que ajudam e acabam ampliando o trabalho.

“Os Bombeiros mandam eles procurarem a unidade de saúde pra ter um atestado médico de que está apto a fazer o exercício. Sempre chega gente aqui, ‘Olha eu só vou fazer porque o bombeiro pediu, só faz se tiver esse atestado’, então a direção vai e facilita pra que os médicos ajudem que é pra pessoa já tá fazendo” – Facilitador (ACS2-)

“Agora mesmo nós fizemos um encontro de hipertensos, a gente fez na igreja, levamos alimentação, falamos da importância da caminhada ... tivemos bons resultados. Eles gostaram e agora estamos com segundo encontro marcado. sem falar que a gente tem o grupo dos bombeiros que é dia de terça e quinta a partir das cinco da tarde tempos a caminhada com os hipertensos. Eles fazem um trabalho muito bonito, os meninos dos bombeiros” - Facilitador (ACS5-)

“e o grupo do bombeiro também, atividade física dá outro ânimo pra eles até mesmo pros idosos saírem de casa, pra ter relacionamento com outras pessoas da mesma idade do que eles ajuda muito também, não só a questão da saúde mas também a questão psicológica” - Facilitador (ACS4+)

As parcerias estabelecidas auxiliam nesse processo de articulação da saúde com outros setores da comunidade e são facilitadores deste processo. A utilização de espaços e a possibilidade da inclusão de passeios e lazer foram mencionadas e identificadas de forma positiva e estimulante. A proximidade com a comunidade e o cuidado com a população pode ser identificado a partir dos discursos analisados.

“Na nossa equipe nós temos um grupo, que a gente formou como sendo da terceira idade, mas terminou ficando de hipertensos e diabéticos. Ele funciona a cada quinze dias, é numa associação aqui próxima e dentro dessa dinâmica a gente trabalha desde, falando um pouco sobre cada uma das dificuldades, sobre o uso correto de medicação, que a gente tem muita dificuldade aqui na adesão ao tratamento, leva a questão da autoestima, trabalhamos com a questão da memorização, fazemos algumas atividades assim bem pra trabalhar a memorização, eles adoram brincar né, de jogo da memória, de dominó, então a gente vai trabalhando” - Facilitador (ENF1-)

“É uma pracinha aqui do lado. A menina aqui do posto de saúde falou com a mulher do bar, pra ela ceder o espaço e ai elas fizeram chá de capim santo essas coisas, pra ter um cafezinho da amanhã” - Facilitador (ACS3-)

“A gente fez um passeio pra Teatro José de Alencar, foi assim, a maioria também não conhecia o teatro, apesar de ser cearense, nasceu em Fortaleza, mas nunca tinha colocado o pé, só passou em frente. Aí o que foi que foi dito, não rapaz, vocês vão, lá vai ter uma orquestra, lá vai ter isso, tem que dizer isso, que vai ter um lanche, que vão dar uma blusa, tem que ter esse atrativo, tá entendendo, aí lá na hora fazem confusão pela blusa, confusão pelo lanche, é pior do que criança de dois anos que quer tudo do colega” - Facilitador (ACSI-)

Nos discursos mencionados pelos Centros de Saúde que se aproximam de uma visão socioambiental da promoção da saúde o envolvimento da comunidade é visto como positivo e parece existir uma ação mais protagonista por parte da comunidade,

“a comunidade tem que tá junto e ir atrás, então eles participam muito. A balança pro grupo pra pesar foi construída com o recurso da própria comunidade, eles fazem rifa junto com a gente e a gente comprava balança e hoje a gente tem balança no nosso grupo, a gente tem colchonete pra examinar a criança e tudo é recurso da comunidade, da própria comunidade, então ela participa e isso melhorou muito” - Facilitador (ACS3+)

“aí a gente tem um brechó que fica lá na comunidade, aí com esse dinheiro do brechó a gente promove os lanches, a gente faz rifa, faz bingo, tudo pra incentivar eles a alguma coisa pra não ficar aquela coisa parada, aí assim vamos levando” - Facilitador (ACSI-)

“... desde que começou eles combinaram lá com os integrantes do grupo que seria de quinze em quinze dias. Às vezes elas perguntam o que é de interesse deles, o que eles gostariam de saber, como tem muitos idosos uma vez a gente levou uma matéria, tipo assim um DVD dizendo assim os cuidados pra não cair, quedas, os cuidados assim no dia-a-dia mesmo com o idoso. É assim que a gente planeja, aí quando tá perto assim e a gente quer fazer um curso a gente pergunta a eles sobre o que é que eles preferem, se é pintura, se é biscuit e aí eles escolhem, porque tem que ser né, tem que ver o que é de interesse também né” - Facilitador (ENF1+).

8.2.4. A prática da Estratégia Saúde da Família

No dia a dia da prática da ESF são identificados aspectos que são considerados facilitadores da reorientação dos serviços de saúde e outros que são barreiras importantes para a sua permanência como modelo assistencial.

Valorização e confiança na estratégia saúde da família pelos profissionais, possibilitando a realização de novas atividades

As frases de gestores, profissionais e ACS de ambos os Centros de Saúde - positivos e negativos - expressaram que a possibilidade de organizar o serviço e realizar as atividades de forma coerente tem dado uma sensação positiva para os usuários hipertensos. Este sentimento positivo está vinculado a percepção de que um novo modelo está sendo implementado, a ESF: organização do atendimento nas unidades com consultas periódicas marcadas para o acompanhamento do hipertenso, disponibilização da medicação, existência de grupos de hipertensos, possibilidades de visitas domiciliares de apoio ao tratamento pelo ACS e um espaço maior de participação da comunidade no seu atendimento.

“Eu acho que uma das questões concretas é o próprio gosto do trabalhador pelo o que faz, eu acho que quem hoje ta em processo formativo tem que se dispor de muitas coisas do seu processo de trabalho, sair desse mar de lamúrias” - Facilitador (G4)

“No caso do acolhimento foi um resultado positivo, que apesar da gente ver algumas críticas dos próprios usuários ‘ah demora muito, eu passo por diversas filas e tal’, eles também relataram que organizou o serviço, que saem daqui com algum resultado né mesmo que não seja um atendimento naquele dia, mas já sai, quer dizer, o que acontecia antes é que ele chegava muito cedo e às vezes não tinha mais ficha, então aqui no acolhimento eles são todos acolhidos e escutados né e eles avaliaram o acolhimento de forma positiva” – Facilitador (ENF4+)

“não tinha o dia do hipertenso, eles vinham marcar e no dia que eles marcavam se eles conseguissem eram atendidos, aí muitos hipertensos ficavam sem tomar a medicação e não era controlado

e nem nada, com o surgimento dos grupos e a vinda do PSF melhorou muito, organizou o atendimento na unidade, os hipertensos passaram a entender que o hipertenso precisava fazer um acompanhamento e não era só tomar o remédio e na hora que queria ia na farmácia e tomava. Hoje eles já valorizam bem mais né e acho que acabar um grupo desse hoje não dá” - Facilitador (ACS3+)

“porque antes principalmente depois da vinda do PSF, antes nós não era PSF nossa unidade e aí era muito mais difícil o nosso trabalho. O agente de saúde era mesmo como a pessoa conhecia a gente, então ela respeitava mais e tinha mais respeito pelo trabalho e aceitava a gente na casa deles, depois com a vinda do PSF não, já criou aquele vínculo e a gente já tinha um certo respaldo assim com eles de ta olha, você vai procurar fulano de tal que é a enfermeira da nossa equipe, que é o médico da nossa equipe e ele já ta sabendo do assunto, então o paciente ia e era atendido e resolvia o problema dele, aí já começou a dar mais confiança no nosso trabalho, então a vinda do PSF pra nossa unidade e as unidades todas que nós não tínhamos, facilitou mais ainda o nosso trabalho” – Facilitador (ACS3+)

“a maioria assim eles acham muito importante ..., que agradece porque se não fosse o agente de saúde a equipe do PSF o que seria deles aqui, eles dizem “ó xxx eu nem sabia que minha mãe tinha esse problema assim graças a deus foi descoberta e a gente tem o acompanhamento tanto de vocês, que vem ao menos uma vez no mês, como do médico e da enfermeira, muita gente acha muito importante mesmo. Depois que foi criado esse programa mesmo tem melhorado 100 % principalmente nas comunidades mais carentes o pessoal participa” - Facilitador (ACS2+)

As atividades de geração de renda também foram mencionadas e incluídas como parte do trabalho da ESF, além de contar com o apoio e envolvimento da comunidade.

“O que é que eles estão fazendo agora, é fazendo grupos pra tentar fazer geração de renda... materiais reciclados agora pra poder tá capacitando outras pessoas com o intuito de... mas também como de gerar renda né, cuidar das garrafas. Esse é o próximo ponto que ficou abordado agora” - Facilitador.. (ENF3+)

O conhecimento do território

O reconhecimento da relação da saúde com as condições de vida e trabalho, e a utilização deste pressuposto para efetivação da Estratégia Saúde da Família, no cotidiano de trabalho dos profissionais é de fundamental importância.

Alguns discursos, especialmente dos profissionais de saúde demonstraram que o trabalho parece estar mais voltado para dentro do CS, não havendo uma relação do processo saúde–doença da questão da hipertensão, nosso analisador, com as desigualdades e problemas enfrentados na área.

A visão dos ACS que trabalham no território onde vivem é de reconhecimento da importância das condições de vida para o tratamento dos hipertensos, mas os profissionais, de modo geral, parecem não valorizar as condições de vida como questão importante no controle da hipertensão arterial. O que se estabelece é uma contradição entre eles e parece que no computo geral prevalece a opinião dos gestores, coordenadores e profissionais de nível universitário que tomam as decisões.

Em um dos Centros de Saúde cujo coordenador tem uma visão da reorientação dos serviços mais afastadas da perspectiva socioambiental da promoção da saúde, como exemplo, o ACS reflete sobre condições sociais, mais precisamente o aumento da violência para compreender o aumento da HA, mas essa hipótese é rejeitada pelo profissional que liga o problema da hipertensão apenas com o estilo de vida do indivíduo.

“Quando eu iniciei meu trabalho, várias ruas que eu trabalhava eu encontrava um, dois hipertensos, eu vejo isso, dado a violência que o nosso bairro mudou ... eu acho que foi por causa dessa mudança dos jovens, que abalaram os pais, os vizinhos e esse povo tá com a família toda hipertensa e diabetes, porque é assim, é um número assustador, sem contar os que já morreram né, de infarto, de AVC, pessoas jovens ainda, aí foi assim alarmante, aumentou. ... Porque mexe com a estrutura da pessoa né, eu acho que foi, porque eu vi casos lá de pessoas que tinham uma vida normal, uma vida regular, pessoas que era alegres, hoje são pessoas nervosas, pessoas que dependem de remédios pra dormir, pessoas que mudaram mesmo o comportamento completamente” - Barreira (ACS 2-)

“porque eu só to aqui há dois anos, então assim eu conheço pouco a história aqui, mas o aumento desse índice eu acho que não foi só aqui, por conta da própria alimentação das pessoas, de comer demais sem nenhuma orientação sobre obesidade, de sobrepeso, de tudo, em relação à violência eu não ... Eu sei que tem algumas casas né ... bastante violência, que existe a droga né, casos de crianças de dois anos, a família toda com TB, fazendo tratamento pra TB e o pai ... não quer que tome mais a medicação e a gente não pode entrar porque ele vai receber com bala e a gente procura a promotora, então assim, tem muito isso, mas assim, eu não sei se a violência é o ponto principal mesmo, não sei” – Barreira (ENF 2-)

Os ACS reconhecem os determinantes sociais da saúde e da hipertensão, e assim, suas soluções para os problemas ultrapassam o limite dos medicamentos, mesmo nos CS que foram tiveram suas atividades mais afastadas na visão socioambiental da promoção da saúde. Talvez a falta de espaço do ACS na equipe não permite que essas reflexões sejam realizadas na equipe como um todo.

“É tanta coisa filha ... é ... tem que ter mais lazer, tem que ter mais conversa, tem que ter mais orientação, tem que ter mais nutricionista pra poder orientar na alimentação. É fundamental. Tem que ter lazer porque realmente o que falta muito aqui é o lazer pra eles. Se eles não têm o lazer por mais que a unidade faça tudo se eles tem o lazer não tem como ele combater a hipertensão. Eu acho que o lazer é fundamental” - Barreira (ACS5-)

“Esquecer a casa pra arrumar, esquecer o almoço do marido e vamos passear. Vamos passear, vamos deixar de assistir o Barra Pesada e o Rota 22. Vamos assistir um programa que faça eles rir, vamos assistir um filme, vamos procurar programas de humor, dar muita risada. Porque quando você tá rindo, os problemas vão embora e as doenças também. A maior doença do hipertenso é a preocupação. Se eles tentar diminuir isso daí, acaba o problema. Por isso que eu digo teria que ter mais espaço. Um espaço para que eles pudessem fazer não só um tipo de exercício, mas vários. Se você gosta de cantar, vamos botar você pra cantar, se você gosta de dançar, vamos botar você pra dançar, mas cadê o espaço. E a gente não pode cobra da unidade por isso, porque realmente nós não temos.” - Barreira (ACS5-)

Análise crítica da concepção da saúde

Uma visão ampliada da saúde e a valorização de atividades ligadas á promoção da saúde formam mais uma categoria de análise. Muitos profissionais já assumiram as ideias propostas pelo modelo de reorientação dos serviços e da mesma forma que os ACS fazem uma análise crítica da concepção da saúde e de como ela orienta os programas existentes. Segundo eles, como as prefeituras, o Estado, as instâncias políticas competentes não dão conta dos problemas estruturais relacionados aos problemas de saúde, fica difícil para o serviço de saúde, sozinho, dar conta desta tarefa. Segundo eles, o que os serviços de saúde podem fazer é muito limitado.

“a patologia dele tá tudo interligado com o mental, com o lazer, com o social, então é impossível ele ter uma patologia controlada se ele vive num social que é violência, que ele não tem uma fonte de renda, então tudo isso a gente tá trabalhando de uma maneira, e tá também, apesar de ele já ter uma patologia instalada a gente tá promovendo no sentido dele não adquirir outra patologia” - Barreira (ENF3+)

“Inclusive na questão da DST é mais a prevenção do adoecimento né, a gente não ver atividades pelo menos políticas voltadas pra questão de trabalhar a sexualidade mesmo, de trabalhar questões assim mais, digamos subjetivas né, do próprio desejo, da própria demanda desse paciente não, é a mais a questão tem a camisinha pra não ter doença” - Barreira (ENF4+)

“Falta mais estrutura, mais parceria. Lá no curso (CTACS) a gente falou das redes sociais tá entendendo, o que é isso? É a comunidade ter uma parceria com o seu Zé da bodega, ter uma parceria com o seu Chico daquela merceariazinha bem ali, se tivesse essa parceria mais engajada, seria mais fácil ter um ligamento, um elo maior, mas assim, falta, é muito, muito superficial as coisas”. - Barreira (ACS1-)

Participação nos grupos

A participação nos grupos para hipertensos e diabéticos é uma oportunidade existente, identificada pelos profissionais, mas que ainda é pouco aproveitada. Em alguns Centros de Saúde existe o espaço para a realização das atividades, mas os grupos são pequenos, apesar do grande número de hipertensos na área.

“É demanda livre. Quem quiser, a gente tem muito espaço externo ali naquela externa, então quem, quiser participar né, porque o grupo não é tão grande, talvez quando chegar no nosso limite a gente vá fazer uma triagem pra ver quem é que precisa mais né” - Barreira (ENF2-)

“Assim, muito pontualmente. Não existe uma oficina como a gente tem com outros grupos não. O hipertenso e o diabético tá muito pontual. A semana do hipertenso”- Barreira (ENF5-)

Segundo um ACS entrevistado o grupo de hipertensos é esvaziado por ser repetitivo, as mesmas informações, o que indica que não há verdadeira participação dos hipertensos na identificação de temas fazendo mais sentido para os mesmos. Parece que continua sendo o “preenchimento de conteúdos em educandos considerados - jarros vazios” (FREIRE, 1988). A consciência do que seja um processo participativo parece estar sendo pouco trabalhada com os profissionais e mesmo com os ACS.

“continuidade de todos não, só de alguns querendo ou não acaba se tornando repetitivo ... as informações ficam repetidas é sempre a mesma coisa” - Barreira (ACS6-)

No caso do CS próximos da visão socioambiental o discurso aponta para uma satisfação dos hipertensos em participar dos grupos, além de indicar uma visão de grupo diferenciada da tradicional, na qual o diálogo é o grande facilitador.

“Do grupo de hipertensão e diabetes a gente vê a satisfação, não foi feita nenhuma pesquisa ainda, mas a gente vê a satisfação, por exemplo, tem pacientes que nunca faltam, então assim já é um indicador de que a atividade é importante pra ele ou é prazerosa” - Facilitador (ENF4+).

“Tem outros pacientes que segue direitinho, que aprendem, que gostam da atividade, que se envolvem, porque na verdade essa atividade não é um repassar do conhecimento, a gente na verdade faz roda de conversa né, então assim, não é aquela coisa bem tradicional de encher a cabeça do paciente, mas de discutir como é a melhor forma” - Facilitador (ENF 4+).

“O pessoal participa certo, eles dão atenção pra gente, geralmente quando acaba esse evento, eles perguntam: ‘Ah quando é que vai ter de novo e tudo’. Tem pessoas que realmente não podem ir, que são justamente as pessoas acamadas e o cuidador também não

pode ir pra deixar a pessoa só. Quando isso acontece nós pegamos a relação dessas pessoas e fazemos visitas domiciliares e passamos pra elas o que é que foi passado no evento ta entendido”
- Facilitador (ACS 1+)

A realização dos grupos foi mencionada em muitos momentos como uma atividade dos ACS, a comunidade apesar de gostar da atividade sente falta do apoio e presença do restante da equipe o que às vezes esvazia o grupo e diminui sua credibilidade. A exigência dos outros profissionais demonstra que todos participam pautados em concepções biomédicas, valorizando o saber médico e a prescrição médica. O movimento no sentido do empoderamento e da autonomia do usuário e mesmo o conceito ampliado de saúde parece não pautar as conversas entre profissionais, ACS e a clientela dos CS.

“então o grupo ele fica mais na gente, nós que acompanhamos mais e os idosos eles exigem mais a presença médica. Eles gostam da gente, eles admiram o nosso trabalho, mas a consciência deles é na médica ta entendendo, o que vale é a palavra da doutora, eu posso dizer assim, olha quem tem diabete não abuse da fruta, mas se a médica falar reforça mais e assim vai, é desse jeito.” – Barreira (ACSI-)

Contudo, o grupo também é visto como oportunidade pelos ACS desse Centro de Saúde que foram considerados como mais afastados da visão socioambiental e parece ser reconhecido pela comunidade pela abertura de espaço de participação que representa. Neste sentido, mesmo com as dificuldades, de fato o grupo parece oferecer a possibilidade de ultrapassar a visão biomédica como exclusiva do serviço e de se tornar um espaço de diálogo entre os profissionais do CS e a comunidade. Felizmente a contradição continua presente, abrindo espaço gradativamente para a mudança.

“A comunidade adora o grupo porque eles falam assim que antes no posto era só fila, enfrentava fila pra passar no Same, fila do peso e agora não, todas dúvidas que eles tem eles tiram no grupo certo, eles gostam do grupo porque eles conheceram outras pessoas, conversam lá, então eles dão maior apoio ao grupo e não querem que o grupo acabe.” - Facilitador (ACS4-)

“porque às vezes vão só pra verificar a pressão e pra assistir a palestra e vai pra casa porque já ta com seu remédio, entendeu e

mesmo assim eles vão, só que não pra pegar receita, vão só pra participar da dinâmica e das brincadeiras que tem lá, entendeu” - Facilitador (ACS4-)

Para os Centros de Saúde classificados como mais próximos da visão socioambiental a realização dos grupos é vista como uma oportunidade de diálogo e o envolvimento da comunidade é considerado positivo. Os profissionais se alegram em saber que os usuários valorizam essa atividade.

“Às vezes na consulta médica ou na consulta de enfermagem a gente não tinha a oportunidade de ter mais tempo porque às vezes tinha uma grande quantidade de pacientes e esses grupos são ótimos porque a gente pode numa intervenção trabalhar várias pessoas ao mesmo tempo, então essa foi uma atividade muito boa pra trabalhar de forma mais específica né e com maior tempo possível trabalhar essas questões” - Facilitador (ENF4+)

“Tem sempre pessoas que vão reclamar, mas tem pessoas que adoram a unidade. Tem pessoas assim, que a gente tá atendendo aqui, por exemplo, tem gente que faz pré-natal em dois cantos, só o exemplo aqui de hoje aqui, tem uma pessoa que faz pré-natal aqui e em outro ... ela diz assim ‘Eu só gosto do pré-natal do posto porque a gente é ouvido, porque a gente é bem tratado realmente como pessoas e quando a gente chega lá ... que é no hospital aí não, não olham nem pra gente, não escutam a gente, não fala nada, não explicam nada’” - Facilitador (ENF3+)

Envolvimento da comunidade

O envolvimento da comunidade foi identificado tanto com uma dificuldade quanto uma oportunidade. Nos Centros de Saúde que se afastam da visão socioambiental foram mencionadas as duas considerações. A participação da comunidade foi identificada pelos profissionais como algo que está sendo bem recebido pelos grupos de usuários.

“no grupo às vezes assim a gente faz avaliação do que ele estão achando e o que eles sugerem e a gente ver assim que tem pessoas que tem participado mesmo regularmente né, que vai todo mês e que tem interesse e se não acontecer aquele grupo em um mês assim eles já vem e ficam cobrando quando é que vai ter de novo e ficam muito ansioso”.- Facilitador (ENF4-)

Entretanto, alguns profissionais e agentes de Saúde indicam que a comunidade não se envolve tanto quanto deveria com os grupos, que a participação estaria relacionada a outros ganhos, como sorteios, do contrário preferem ficar em casa.

“porque a maioria do povo ainda é acostumado, só querem ir pra uma reunião se tiverem algum interesse né, se tiver um sorteio, alguma coisa assim” - Barreira (ACS2-)

“Convencer as pessoas de vir, às vezes eles [enfermeiros] pensam até que nós não convidamos ... Eles são acomodados, eles dizem que não perder a novela, questão de hábito” - Barreira (ACS6-)

No caso dos CS que se aproximam da visão socioambiental, a fala do profissional também aponta para esse ganho adicional e a dificuldade da população em compreender o que as atividades podem oferecer não só a nível material.

“Principalmente na terapia, porque na cabeça das pessoas pra elas irem pra qualquer lugar tem alguma coisa a oferecer assim material e a terapia ela não te oferece nada material né, você vai ali, senta, ta naquele círculo ... ‘Eu só vou conversar, ouvir’”.- Barreira (ENF3+)

“... mas ai eles [comunidade] só vem se a gente tiver alguma coisa pra oferecer, pra dar ... dizer que vai ter sorteio de cesta básica ai eles vem, só se tiver alguma coisa eles vem, se não tiver num vem não” – Barreira (ACS2+)

Outro aspecto mencionado e questionado por um Agente de Saúde aponta para a uma cobrança da população sem muito critério relacionada a certa depreciação do serviço público em si.

“eu tenho IPM²⁰, eu marco a ficha no médico pra três horas, o médico vem chegar cinco e eu saio de lá sete, oito, a gente fica bonitinho nas cadeiras, certo que é ar condicionado, mas fica ali e ninguém reclama, espera o médico chegar e espera a sua vez, porque é que aqui quer chegar e ser atendido logo? Não pode, não é assim não” – Barreira (ACS2-)

²⁰ O Instituto de Previdência do Município IPM, tem por objetivo proporcionar assistência à saúde aos servidores do município de Fortaleza, além de garantir os seus segurados e dependentes, os direitos à Previdência Social.

“se ele [profissional de saúde] chega a atender dois a três minutos vocês [usuários] achavam ruim, quando ele atende meia, uma hora e faz um atendimento completo vocês[usuários] acham ruim também” - Barreira (ACS2-)

Apesar dos discursos sobre o pouco envolvimento da comunidade, percebemos que o profissional consegue fazer uma ligação com, não só culpabilizando a vítima, mas também, responsabilizando o próprio serviço pela não valorização da atividade.

“a comunidade não sabe quando é pra participar, eu acho que é porque não tem isso muito ativo aqui né, então pelo meu ver eles não se envolvem muito, mas eu acho que é porque a gente não colocou muito isso em prática ainda, não mostrou a importância desses grupos” - Barreira (ENF2-)

Funcionamento das rodas de gestão

A metodologia da Roda²¹ foi incorporada pela Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza na ocasião da reorientação do serviço de saúde buscando democratizar as relações de poder e auxiliar na organização e funcionamento do serviço. Entretanto, foi apontado nos discursos uma importante dificuldade no funcionamento regular das “Rodas”, identificando uma barreira à implementação da proposta de reorientação dos serviços de saúde. Segundo os profissionais existe uma preocupação com a ESF, mas o momento da roda, extremamente rico, não tem sido considerado prioridade e acaba cedendo seu espaço para a realização de outras atividades ou realizada de forma fragmentada.

“as Rodas né e nas conversas assim informais a gente sempre fala e sempre que eu sento com a coordenadora falo pra ela tá pegando mais profissionais pra tá atendendo essa área descoberta pra tentar que o PSF funcione porque não funciona por conta disso” (ENF2-)

“Desde a chegada da coordenadora, as Rodas já não estavam acontecendo, aí a coordenadora chegou, essa nova coordenadora ficou de orientar isso, mas ainda está pegando o serviço né, ainda tá organizando, que ela tem assim organizado, o setor pessoal,

²¹ Conceito já apresentado na página 129, deste documento

esse é o da nova coordenadora, então com certeza essas rodas vão vir porque é importantíssimo” (ENF2-)

“Até o ano passado nós tínhamos toda semana a Roda onde todo mundo se reunia e era semanalmente, agora ficou decidido que era assim, são quatro semanas, então a primeira semana a equipe um se reúne, só a equipe com seus ACS, segunda a equipe dois né, a terceira a equipe três e na quarta todo mundo da área que infelizmente os médicos não participam da nossa roda de...Então assim, eu vejo uma atividade muito grande, porque equipe é equipe, equipe não é enfermeiro, não é o ACS, tem que ser todo mundo participando, então as únicas dificuldades são essas.” (ENF1-)

“a Roda daqui não tem sido tão frequente, mas agora ela fez o cronograma pro ano inteiro né da roda, porque antes tava sendo uma roda geral e não tava sendo tão proveitosa, aí agora é feito um cronograma e a roda com o alguém do nível superior vai ser mensal e já ficou definido até o dia né que vai ser, aí vai ficar mais fácil pra passar, mas eu já senti também assim a coordenadora cobrando de outras equipes e também assim que montassem, que tivesse os grupos e que atendessem mais hipertensos e diabéticos porque não tão sendo, tá muito solto como antes, porque quando a gente chegou teve uma dificuldade muito grande pra organizar em saúde da família porque a demanda daqui realmente assim é muito grande pra três equipes né e aí como antes só tinha os médicos e enfermeiros de vinte horas eles eram atendidos tudo solto” (ENF4-)

“A Roda é o momento que a gente utiliza pra realmente repassar aquilo que a gente vê que não tá funcionando, porque tem a coordenação, têm os agentes de saúde presente, todos os profissionais, médicos, enfermeiros, todos, os funcionários da unidade. Desde a pessoa da limpeza ... todo mundo tá envolvido na roda. É convidado a participar né. Na Roda é um momento onde a gente realmente coloca e quando tem a presença mesmo de outras ... de pessoas da gestão, da secretaria, regional, SMS, a gente também coloca. Sempre é o local ... momento de colocar as nossas dificuldades” (ENF5-)

A não realização da Roda novamente é citada, agora pelo ACS. Uma fala bastante interessante foi identificada, uma ACS justifica a não realização da Roda e a ausência da médica no posto em virtude da médica fazer parte do grupo de preceptores, porém de outra Unidade, ou seja, o profissional desfalca a equipe e atrapalha a realização de uma atividade importante na Unidade para contribuir com atividades semelhantes em outra Unidade. Isso talvez indique certa desorganização

administrativa dos gestores e uma dificuldade em por em prática as estratégias previstas.

“Faz dias que não tá acontecendo a Roda né, com todos os profissionais, mas sempre tá havendo reunião” Barreira (ACS2-)

“a minha médica, da minha equipe, ela faz a preceptorial, aí no caso ela só tá na unidade pela manhã, aí o tempo dela já se torna curto, aí realmente ela não pode tá aqui participando da reunião sendo que ela tem a preceptorial em outros postos, ela coordena o grupo de alunos nas outras unidades” Barreira (ACS1-)

Nos Centros de Saúde melhor classificados os ACS mencionaram a reunião da Roda como um momento importante para repassar as informações que parece estar dentro da rotina do posto, como descrita no discurso a seguir.

“Sempre que ocorre o posto aqui se mobiliza, todos os funcionários, uma reunião, que é chamado Roda, eles informam, ‘Olha tal dia vai acontecer tal evento aqui no posto, então vamos nos mobilizar começando pelo agente de saúde, informe na área de vocês que vai acontecer isso, isso, isso’” - Facilitador (ACS 1+)

“tem a Roda da unidade, que é com todo mundo, com todas as pessoas que trabalham, uma no mês ... a gente fala mais dos problemas da unidade, do dia-dia da unidade” – Facilitador (ACS4+).

Nos Centros de Saúde o momento da Roda também é utilizado para análise dos dados do SIAB, onde estão presentes os Agentes de Saúde e a enfermeira, reforçando a ideia de que dependendo da vontade dos profissionais os dados de monitoramento são colhidos e analisados, mas isso não parece acontecer como rotina ou organização do serviço.

“Essa avaliação ocorre através do SIAB certo, todo mês, na data X a gente senta, fazemos uma reunião de equipe, como é que a paciente tá, se bem que todo dia ela pergunta, “Tem algum problema na área? O que foi que houve? Porque isso aconteceu? Desde quando?” Entendeu, elas perguntam diariamente isso pra gente né, só quem o dia X, que a gente chama até de “prestação de contas” né, que nós vamos sentar e dizer tudo o que nós fizemos, o

que aconteceu de errado e de certo e a gente fala pra ela...Quantos hipertensos nesse mês? Tantos. Apareceu mais algum? Apareceu. Aí ela já inclui numa visita aquele paciente. Porque é que diminuiu? Porque é que deu menos, o que foi que houve? Aí tem vários motivos, mudou ou não quer ser mais acompanhado, tem gente que não quer ser mais acompanhado certo, acontece falecimento também entendeu.” (ACSI+)

A não efetivação da Estratégia Saúde da Família

A não efetivação da ESF na prática, de acordo com o modelo proposto para o município de Fortaleza, é outro aspecto negativo mencionado. Por vezes surge a conscientização de que só a orientação não funciona e que a ESF é muito mais abrangente do que isso, mas não parecem conseguir encontrar formas que superem esse desafio encontrado.

“porque a estratégia saúde da família não é a gente ficar aqui dentro do consultório atendendo, é a gente estar junto com eles, é eu conhecer minha gestante, eu conhecer meus hipertensos, eu saber o que tá passando com eles, eu saber o nome deles” - Barreira (ENF2-)

“realmente a gente precisa trabalhar muito essa questão e a gente ainda não tem conseguido porque ainda tá só na orientação da dieta e só, olhe você tem que fazer, mas eu acho que não é só isso, nós temos que descobrir uma forma de apresentar pra essas pessoas que o sedentarismo ele vai levar a uma complicação, isso a gente tem que apresentar e descobrir essa forma” - Barreira (ENF1-)

“Olha você[usuário] tem que fazer atividade física”. Sim, mas isso a gente já descobriu que não resolve, só conversar. Eu acho que a gente tem que começar a descobrir estratégias pra poder conscientizar a fazer com que ele perceba, porque a nossa metodologia ainda é aquela que a gente tem que dizer, dizer e dizer, não é, tem que fazer com que o outro descubra a importância daquilo” - Barreira (ENF1-)

“A gente sempre no início quando foi começar cada grupo explicou o que era o Programa de Saúde da Família pro grupo e ainda hoje de vez em quando eu tenho que explicar de novo porque aí eles não querem e ficam querendo ah eu não quero ir pra aquele médico eu só quero ir pro outro né, aí eu tenho que relembrar o que é o Programa Saúde da Família e tal como é, então assim, eu

acho que reunião e palestra com a comunidade né” - Barreira (ENF4-)

Contudo, percebemos como oportunidade, no discurso dos profissionais ligados a unidades cujos coordenadores têm uma perspectiva de trabalho mais voltada para a promoção da saúde na perspectiva socioambiental, é que alguns profissionais estão preocupados com esse problema.

“A gente tem só três anos e a gente chegou, digamos, num sistema, numa estrutura que já acontecia, então só faz três anos que a gente chegou, então eu acho que o próprio protesto mesmo, a gente não tem o que deveria ter e espero que um dia a gente chegue né, não sei, mas isso não deixa de ser ... pra quem já faz o PSF, pelo menos na minha avaliação a gente não faz PSF direito ainda, adequadamente, mas espero que seja realmente por conta do processo, o grupo ainda é muito recente e acho que a ampliação do PSF deve ser muito importante e ainda precisa ser ampliado e acho que quando ampliar a cobertura maior que a gente tem talvez seja uma efetivação maior.” Barreira (ENF4+)

A dificuldade na **absorção da ESF como novo modelo** também foi mencionada pelos Agentes de Saúde, eles se sentem muito mais à vontade na comunidade do que no Centro de Saúde e ficam mal quando percebem que o sistema não está funcionando como deveria.

“fico mais a vontade fazendo lá na comunidade do que aqui, porque tem muita gente tá com a cabeça lá nos dinossauros e não concorda muito com o PSF, até médico daqui, que não concorda. Mas o PSF existe aqui eles tem de se informar” - Barreira (ACS3-)

“Então fica aquele ‘Eu não vou pro posto porque eu não preciso’, tá pra morrer, tá com dor de cabeça, ‘Eu vou é pro Frotinha’. Aí chega no Frotinha não tem médico, manda pro posto de saúde, chega no posto também não tem médico, aí dificulta, nosso trabalho também tem isso” - Barreira (ACSI-)

“aí eu retribuí a ela, PSF só funciona na cartilha da FUNASA. Eu debati com ela nesse dia, aí o grupo se entrosou, me acompanhou e pronto. Hoje o PSF só funciona na cartilha da FUNASA, porque na realidade não funciona, não funciona e só quem sabe é quem tá dentro” - Barreira (ACSI-)

Em relação à efetivação da Estratégia Saúde da Família, uma barreira identificada pelos profissionais das unidades é a **demanda excessiva**. Nos Centros de Saúde é necessário atender os matriculados nos Programas e a demanda espontânea que corre para as Unidades a procura de um atendimento de emergência. Fica difícil trabalhar a ESF, tendo em vista a quantidade de pessoas a serem atendidas e a diversidade de tipos de atendimento a serem realizados e: com aqueles que pertencem ao Programa, aqueles que são recém diagnosticados e que ainda não foram matriculados, os que estão com um problema emergencial.

“que a nossa área aqui do posto é de trinta e oito mil, sendo que o PSF cobre só 10% desse trinta e oito mil, mas toda essa área descoberta não tem quem atenda” - Barreira (ENF2-)

“Então a gente acaba dando a medicação, dando as orientações assim porque a demanda é muito grande e tem poucos profissionais, mas a nossa vontade é imensa de fazer o PSF funcionar” - Barreira (ENF2-)

Há, portanto, dificuldade de resolver o problema da cobertura da população adstrita ao território de responsabilidade da unidade.

“Agora uma coisa eu já disse, se nós trabalhássemos como na... quatro mil e quinhentas pessoas, cinco mil, a média não é essa né, que deveria ser, e a gente tá trabalhando com dez mil, então não tem condições.” - Barreira (ENF1-)

“Como é que eu vou trabalhar com um número de pessoas, porque eu não conheço todas as minhas famílias, não dá pra conhecer, a gente conhece as que estão mais frequentes na unidade de saúde e aquelas que nós visitamos” - Barreira (ENF1-)

O rodízio de profissionais nos atendimentos aos usuários matriculados é outra barreira identificada, pois dificulta a criação de vínculo, um elemento importante para as ações de promoção da saúde.

“A população desse posto é de 72 mil habitantes e a gente não consegue ver todos os pacientes, porque um dia ele vem pra mim, depois no outro dia vai pra outra enfermeira, quando vem pro médico é outro e aí a gente vai perdendo controle e a regularidade” – Barreira (ENF3-)

“Assim como eu te falei, é mais do que noventa e três mil habitantes e a unidade a gente fica quatro equipe e uma incompleta e a gente não consegue cobrir realmente ... Então fica área descoberta, sem agente de saúde né, que vem pra unidade. Ela não tem agente, ela procura a unidade, essa comunidade. Então fica difícil você fazer um trabalho realmente de educação em saúde, de promover saúde onde você tem uma demanda que visa o atendimento. Exige o tempo todo que você atenda” - Barreira (ENF5-)

A demanda excessiva é mencionada também pelo ACS e uma mudança no formato da Estratégia Saúde da Família é apontada como medida para atender a área descoberta. Aqui, podemos observar que por um lado os ACS estão preocupados em resolver o problema da grande demanda com a abertura de um dia para o atendimento da demanda livre. Já outro ACS não entende porque a ESF tem que atender também aqueles que não estão cadastrados na ESF. E, ainda, foi mencionada por outros ACS a dificuldade de encaminhamento dos inscritos na ESF para atendimento clínico, também necessário.

“Ainda bem que agora os médicos atendem um dia de demanda livre, os médicos do PSF abriram um dia de demanda livre, que é muito pouco, mas é alguma coisa” - Barreira (ACS2-)

“Ai num sei porque fica atendendo outra pessoas que não são do PSF” - Barreira (ACS3-)

“na verdade esses pacientes que são soltos das áreas que não tem equipe eles tem um dia de atendimento aqui, ... Esses pacientes eles acabam de uma maneira geral atrapalhando até o nosso, porque a gente tem que disponibilizar vaga pra ele e, por exemplo, o médico aqui é pra atender clínica ... por exemplo, ficou doente, lá no grupo de hipertensão os pacientes tem muitas patologias, então eu vou marcar uma consulta lá no posto pra gente acompanhar esse problema, aqui a gente vai trabalhar só no foco da hipertensão e da diabete, aí quando chega aqui o paciente (da ESF), aí as vagas estão todas ocupadas com a área descoberta, entende e não tem aquela vaga pra ta encaixando o usuário dentro da nossa área”- Barreira (ACS3+).

“Ontem mesmo a gaste tava na casa de uma Sra. e ela disse ‘eu preciso de uma visita sim’. É uma Sra. de 82 anos que não pode se locomover e precisa de uma visita domiciliar, mas eu vou dizer pra ela que num tem médico. Tenho de dizer que ela marque uma

consulta quando tiver doente. É difícil de dizer né. Por que a gente num tem médico pra atender, e a gente só pode marcar quando tiver alguém doente” – Barreira (ACS4+)

A demanda excessiva surge como uma preocupação sobre a qualidade do trabalho realizado e por um lado desmotiva o profissional. Por outro lado, profissionais que trabalham mais próximos da perspectiva socioambiental da promoção da saúde, tem uma postura ativa em relação a esta questão. Buscam compensar a demanda excessiva com o atendimento do grupo e dizem que realizando essa atividade sentem-se mais próximos da efetivação da Estratégia.

“Eu acho que esse trabalho com os grupos pra mim nesse momento ele tem sido mais digamos, recompensador do que as atividades individuais que eu faço, porque assim, o serviço ainda não ta organizado adequadamente pra trabalhar no saúde da família, às vezes a gente atende pessoas que não são da nossa área, a gente não criou vinculo ainda tão próximo como deveria e como é pela estratégia do saúde da família, então assim, o serviço ainda funciona do serviço paralelo, estratégia saúde da família e os profissionais que não são do estratégia saúde da família parece que são dois serviços que acontecem simultâneos e aí eu acho que as atividades de grupo mesmo elas parecem que dão uma certa noção ou sentimento de que é realmente PSF, é saúde da família, como a gente fazia no interior, porque no interior é bem diferente só tem o saúde da família, então assim, é mais fácil a gente ver o efeitos, é mais fácil a gente ver os vínculos porque não vai ter outro enfermeiro, não vai ter outro médico a não ser nós, no interior e aqui não, aqui é uma grande quantidade tanto de médicos e enfermeiros do saúde como de vinte horas que é um período só, então assim, o vínculo ele fica diminuído né e acho que as atividades de grupo elas são as que mais se aproximam da estratégia saúde da família. Eu acho que de certa forma um certo, digamos, combustível pra continuar pensando que um dia a gente pode fazer PSF de verdade, de forma diferente do que a gente ta fazendo hoje.” - Barreira (ENF4+)

A interferência dos usuários que não são vinculados a ESF são identificados como um dificultador na realização das atividades, e reconhecimento da população, mesmo para aqueles que têm uma visão positiva da promoção da saúde.

“Esses pacientes [avulsos] eles acabam de uma maneira geral atrapalhando até o nosso, porque a gente tem que disponibilizar vaga pra ele e, por exemplo, o médico aqui é pra atender clínica ... por exemplo, ficou doente, lá no grupo de hipertensão os pacientes

tem muitas patologias, então eu vou marcar uma consulta lá no posto pra gente acompanhar esse problema, aqui a gente vai trabalhar só no foco da hipertensão e da diabete, aí quando chega aqui o paciente, aí as vagas estão todas ocupadas com a área descoberta, entende e não tem aquela vaga pra ta encaixando o usuário dentro da nossa área” - Barreira (ACS3+)

“Devido a falta de médico, tem só dois médicos s aqui e a demanda é muito grande pra eles aqui o mês de fevereiro a gente já fechou [vaga para consulta], o resto só pra semana que vem. Ai eles ficam chateados né, sem consulta, sem remédio, aí fica difícil de acompanhar” - Barreira (ACS4+)

“eu acho que ta faltando mesmo pra que ande evitar mais que esse pessoal tão adoecendo muito e tudo, ta precisando de mais profissionais de saúde. Porque tem, tem muitos profissionais, mas tem muitos postos que não tem. Aqui mesmo a gente tem duas equipes e não dá pra cobrir as micro áreas, nem a própria micro área que a gente tá acompanhado que tem ACS num ta dando pra gente cumprir, quanto mais as área descobertas” - Barreira (ACS2+)

Em relação às barreiras os profissionais de saúde colocam como maiores desafios a quantidade de trabalho e sua proporção com a quantidade de profissionais disponíveis, especialmente por que a clientela mora muito longe e fica com medo de se arriscar de ir ao Centro de Saúde e não receber atendimento.

“as principais dificuldades com relação ao nosso trabalho eu acho que é pouco, mas pouco profissional, se tivesse mais profissional... menos cansado não era, era mais tempo pra atender o usuário, às vezes a gente... tem que atender correndo... mas só que é isso mesmo, é muita demanda pra pouco profissional, termina muito cansado porque é muita coisa, é muito programa pra atender né, muitos programas, não é só hipertensão, é diabetes, tuberculose” - Barreira (ENF3+)

“tem também o problema da distância, que é a maior dificuldade foi a distância, dizer assim “Ah quando chegar lá não vai acontecer nada, não vão me dar nada”, porque o que eles querem é assim receber alguma coisa além da informação entendeu, aí o problema é esse” - Barreira (ACS1+)

“na minha área, por exemplo, eu sinto bastante dificuldade, por que eles moram bastante longe daqui, eles não vão vir no sol quente pra cá pela dificuldade, tem outros que trabalha tem outros que não conseguem vir até o posto”. - Barreira (ACS4+)

A principal barreira identificada pelos CS é também a demanda excessiva e a dificuldade da equipe em realizar suas ações como ESF, a população adstrita que não pertence à Estratégia Saúde da Família acaba tomando tempo da equipe e reduzindo sua possibilidade de realizar ações de promoção da saúde dentro e fora do Centro de Saúde.

“aqui tem três equipes de PSF e só 10% desses trinta e oito mil são cobertos, então a barreira é que são poucos profissionais pra muita gente né” - Barreira (ENF2-)

“A verdade é essa, a gente fica muito sobrecarregado, fica muito sobre carregado e é uma das barreiras que se faz né pra ta desenvolvendo mais ações mesmo e promoção de saúde” - Barreira (ENF2-)

“A maior dificuldade é porque nós trabalhamos com uma clientela três vezes maior do que a que nós pudemos, basicamente isso. Eu hoje não sei mais te enumerar o número de hipertensos e diabéticos, sei quando eu cheguei aqui, há quase quatro anos atrás, que nós tínhamos em média cem diabéticos e tínhamos trezentos e poucos hipertensos, esse foi um levantamento inicial, hoje eu não sei mais te dizer, porque nós somos nove micro áreas, nove micro áreas e só temos quatro cobertas por ACS e isso dificulta muito” - Barreira (ENF1-)

“É a nossa demanda. Porque às vezes fica difícil de você tirar o profissional da unidade. A comunidade não compreende. Às vezes se você ta lá fazendo uma atividade, eles dizem: “A doutora ta lá sem fazer nada.” Eles acham isso aí. Eles não pensam que aquilo ali é bem melhor do que o atendimento. Que às vezes repercute mais com aquele paciente do que com aquele eu ta sentada atendendo um por um falando a mesma coisa, dando a mesma orientação e não ter resposta nenhuma com aquele paciente. Ainda tem aquela visão e a gente às vezes fica muito presa a atender mesmo, infelizmente” - Barreira (ENF5-)

A fala dos ACS reforça a dificuldade em realizar o trabalho devido à grande demanda por atendimento.

“Porque as enfermeiras aqui são muito ocupadas, o PSF só tem três enfermeiras e elas não fazem só esse trabalho, tem outros trabalhos a cumprir e isso daí também é uma barreira né porque se bem que esse trabalho é pra ser feito pelo PSF, mas o PSF não tem aquele tempo direto pra acompanhar os idosos aí foi o NASF que veio pra auxiliar e tá tomando conta porque as enfermeiras é

todo tempo ocupada porque elas são pra prestar conta, pra fazer o SIAB, pra acompanhar gestante, bebê, hanseníase, o idoso, o diabético, o hipertenso também quando a gente não consegue com o médico a gente passa pra elas, tudo isso é trabalho pra elas fazerem”. - Barreira (ACS2-)

“Eu acho assim, que nos postos deveriam ter mais médicos, mais assistentes sociais, do PSF que acompanhasse a família mesmo. Eu acho assistente social tão importante, mas aqui não tem assistente social. Se tivesse assistente social pra acompanhar a equipe. Eu acho que na maioria das vezes, as vezes que eu levei, eles ouvem mais o assistente social do que o médico ou a gente sabia? O assistente social tem a conversa né. Se a gente tivesse seria melhor” - Barreira (ACS3-)

Além disso, identificamos a dificuldade na realização das atividades pela existência de equipes incompletas, desvalorizando e afetando negativamente a ESF.

“Não, eu não quero você não, porque lá quando eu quero uma médica eu não consigo, não tem, não adianta”, principalmente assim, na equipe dois e na equipe três, como eu to lhe dizendo, que são pessoas de nível, aí tem essas clínicas populares, que você paga quarenta, cinquenta reais, eles preferem ir pra elas do que vir pra unidade porque não tem médico” - Barreira (ACS1-)

“se as equipes do PSF fossem completas e funcionassem seria bom, porque não adianta ta completa e não funcionar, porque aqui tem a doutora xxx que há séculos ela sofre com a falta de médico. A enfermeira ela é minimizada na questão de não poder na necessidade de um Diazepan, esses remédios controlados a enfermeira não passa” – Barreira (ACS1-)

A **falta de material ou de estrutura adequada** também foi mencionada como um dificultador no planejamento e organização das atividades, conforme apontam os discursos a seguir.

“A dificuldade é porque é assim, nem sempre tem um retroprojeter, uma coisa assim pra ampliar, porque às vezes quando a gente vai assim mostrar alguma coisa em DVD leva assim tipo um notebook, aí fica lá e assim, eles enxergam muito bem né, ah isso aí, tem uns que cochilam, dormem e também não dar nem pra gente falar direito né. Assim, mais material, panfletos, um espaço mais adequado, as dificuldades são muitas” - Barreira (ENF1+)

“Bom a dificuldade que nós encontramos é porque muitas vezes falta material ... quando eles mandam é muito bom, mas às vezes falta”. - Barreira (ACSI+)

“mas falta, falta tudo aqui as vezes agente num tem nem um panfleto pra distribuir pra pessoa nem sobre hipertensão ou diabetes que é mais fácil”. - Barreira (ACS2+)

“Chega uma época do mês que não tem medicamento, falta, porque eu não sei, mas assim, aquele idoso fica sem o medicamento aí o que é que ele vai fazer? Pede o do vizinho emprestado, às vezes nem é o mesmo que ele toma”- Barreira (ACSI-),

“Mas a parte do material, Por exemplo, microfone quebra não tem como repor, mais material, educativo, também folder, cartilha.” - Barreira (MEDI-)

8.2.5 Financiamentos

O Financiamento também foi mencionado por alguns gestores como uma barreira, seja pela falta de recurso ou inadequação para realização das atividades e/ou compromissos, seja pela burocratização da utilização do recurso, como ilustram os discursos a seguir:

“A outra barreira no caso especificamente em Fortaleza é financeira, eu acho que nós temos um estrangulamento financeiro no município de Fortaleza, administrativo, Fortaleza hoje é um dos municípios do Brasil onde o interesse local é mais comprometido. A prefeitura de Fortaleza aloca na pior das hipóteses aí setenta e oitenta milhões pra atender o interesse local de outros municípios e esse recurso ele deve ser compensado pelo Ministério da Saúde porque isso ta trazendo prejuízo importante pra população de Fortaleza” - Barreira (G2)

“E tem uma questão que às vezes nos dar dor de cabeça que é a questão do próprio financiamento né. O pagamento dos residentes através de bolsas existe um trâmite burocrático ... pra você ter uma idéia pra gente fazer o pagamento do mês a gente tem que começar a mexer um mês anterior pra poder sair, e às vezes por uma questão que não depende da gente ultrapassa o prazo e gera alguma dor de cabeça”. - Barreira (G5)

“outro obstáculo é a questão do financiamento, porque muitas pessoas acham que a gente gasta muito dinheiro, até pelo nosso gestor, mas na realidade tudo o que a gente fez até hoje foi com o que veio do Ministério da Saúde. Então tem aquela coisa né, determinado curso gastou muito, mas a gente não faz nada sem investimento, inclusive financeiro. A gente precisa de investimento humano? A gente precisa, mas a gente precisa também da questão financeira, então eu acho que o obstáculo concreto não é só a questão financeira do ponto de vista de conseguir os recursos, porque hoje graças a Deus a gente tem uma residência multi que vai operar com recursos que vem do tesouro nacional, tem uma especialização que foi toda federal ... então agora a gente tem um problema concreto que é a hora de gastar esse dinheiro ... um dos grandes obstáculos que todas as Secretarias de Saúde devem enfrentar tem muito haver com a burocracia do processo de financiamento” - Barreira (G4)

“o primeiro obstáculo seja esse do recurso financeiro porque se a gente tivesse, talvez não, com certeza se a gente tivesse mais recursos a gente teria mais núcleos, a gente teria mais profissionais desenvolvendo mais ações aí a cidade estaria completa em todas as áreas” - Barreira (G6)

8.2.6 Relação estabelecida entre Secretaria Municipal da Saúde – SMS, Secretaria Executiva Regional – SER e os Centros de Saúde – CS

Outra categoria identificada foi a relação estabelecida entre a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Secretaria Executiva Regional (SER) e os Centros de Saúde (CS). O que percebemos é que esta relação dos CS com a SMS e SER não foi mencionada como uma relação tranquila, o que se observa pelas falas dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde que se afastam da visão socioambiental da promoção da saúde é que o suporte e apoio mútuo não têm ocorrido.

“Como colocar em prática, isso é cobrado, mas eles não dão suporte, eles não dão a base pra gente botar isso em prática” – Barreira . (ENF2-)

“Olha hoje eu vejo que nós estamos saindo sabe, a gente já fez muito mais. Hoje assim, às vezes a gente se sente até desanimada, eu como profissional, muitos dias aqui eu sei o que é que eu tenho que fazer, mas eu não me sinto mais estimulada porque nós estamos nessa sala morrendo de calor, porque o ventilador tá parado, então começa por aí, porque às vezes a gente vai

promover as ações e a gente não tem nada, vamos com a cara e a coragem e a gente aqui que tem que levar o material, então a gente como profissional, a gente tem que buscar aquilo, então precisa desse suporte, precisa que assim, aqui na unidade de saúde nós somos a atenção básica, mas precisa suporte pra atenção básica, não é só dizer “A atenção básica tem que fazer, tem que fazer”, sem dar o suporte não e começamos assim por coisas simples” - Barreira (ENF1-)

A não adequação das atividades propostas pela secretaria com a rotina do Centro de Saúde pode ser identificada no discurso abaixo. A justificativa pela não realização do grupo é dada em função de atividades estabelecidas pelo nível central, o que pode sugerir uma falha na comunicação ou ainda uma não priorização da atividade de grupo em detrimento do agendamento de outras atividades.

“tem a questão também que às vezes aparece curso pra gente fazer aí tem que interromper né. Agora no final do ano, nós começamos um curso em setembro que coincidia quase que toda terça-feira, era no dia do grupo, aí já não dava pra realizar né, que a gente fez, começamos em setembro e terminamos no final de dezembro. Ai tudo isso atrapalha, com certeza dificulta”. - Barreira (ENF1-)

Os Centros de Saúde que se aproximam da visão socioambiental da promoção da saúde também mencionaram essa falta de apoio da SER e SMS. Segundo os discursos os profissionais enxergam uma não valorização da Estratégia Saúde da Família como política prioritária, senão estariam investindo mais recursos nos CS do que, por exemplo, com as DST, conforme fala a seguir.

“a gente ouve falar as explicações né e que é uma questão mesmo de dinheiro, de verba, de planejamento mesmo, mas de certa forma não tem explicação porque isso ocorre, porque continua acontecendo, por exemplo, a gente sabe também da questão do financiamento pra algumas atividades tem muito dinheiro, por exemplo, pra DST/AIDS a gente ver agora nas atividades do carnaval tem muito dinheiro e eles dão suporte, por exemplo, com cartazes, com panfletos, com camisinhas, com folders e com tudo, pra hanseníase a gente não teve nada, não teve um blocozinho de panfleto pra gente distribuir nos domicílios, quer dizer, pra algumas atividades tem muito dinheiro e pra outras atividades tem muito pouco” - Barreira (ENF4+)

Contudo, nem todos os CS reclamam da relação com a SER, pelo contrário apontam que são participativos e presentes.

“A Regional vem, quer que a gente faça aqueles banners, acho que agora até tem esse grupo, eles cobram e avaliam, sempre dão parabéns quando é bom, quando não é eles vêm com uma crítica, quando a gente faz esses eventos que eu te falei aqui, que é a semana do idoso, eles estão aqui presente também pra ver e avaliar” - Facilitador (ENF1+)

Outro aspecto negativo apontado pelos profissionais nessa relação diz respeito ao cuidado com o bem estar do profissional.

“então eu acho assim que quando a gente fosse fazer esses eventos, essas coisas que a regional ou a Secretaria de Saúde desse esse suporte pra gente, porque se a gente tá lá com a boa vontade, promovendo a saúde daquelas pessoas, porque a gente tá sempre fazendo isso e a gente queria ser reconhecido nessa parte e não seria nem tanto pra mim né em relação a dinheiro e essas coisas não, mas se fosse reconhecido com recursos pra poder a gente poder desenvolver um trabalho melhor. - Barreira (ACS3+)

“eu acho que em relação a Secretaria da Saúde falta isso, porque eu trabalho fora, externo né e eu venho aqui, mas o meu trabalho é externo, mas a gente ver o quanto esses profissionais que ficam aqui oito horas e às vezes pra fazer um café e uma coisa assim falta esses recursos e é uma dificuldade, eles compram do próprio bolso deles né, e então é nesse sentido que eu gostaria que olhasse mais pra ver, porque isso vai melhorar, se ele tá sendo reconhecido nisso e tem um cafezinho pra ele, tem um local pra ele almoçar melhor ele vai se sentir mais motivado e vai refletir né lá na frente disso, vai refletir porque vai fazer um trabalho melhor, vai realizar um trabalho bem melhor e com isso vai tá ganhando todo mundo, o usuário, o profissional, todo mundo, então eu acho que é isso” - Barreira (ACS3+)

“... com essa falta de material e também a parte não só da coordenação da unidade, eu digo da prefeitura no geral de dá uma olhada mais pra essas unidades que elas fazem o trabalho mesmo e ter um olhar diferenciado, porque a gente tem só vontade mesmo de fazer, porque muitas vezes quando a gente faz essas atividades é com o nosso próprio recurso” - Barreira (ACS3+)

8.2.7 Trabalho em equipe

Em relação ao trabalho em equipe, os profissionais de nível superior integrantes das equipes da ESF mencionam que o tratamento não é só a medicação, há também a função de informar e encaminhar os usuários para outras atividades, conforme aponta o discurso que se segue.

“A divulgação é através da gente né, principalmente os agentes de saúde que estão diretamente nas casas e a gente na hora do atendimento. Na hora do atendimento que a gente recebe um paciente, por exemplo, que faz parte do tratamento, não é só medicação, medicação é um terço, os outros dois terços são a atividade física e a dieta, então ele vai ter como ajuda, eu sei que é difícil mudar tudo sozinho, a gente encaminha, tem um profissional que vai te receber e que vai te dar aquela força, vai te avaliar. É assim que eles sabem que o serviço existe porque não adianta só eles chegarem aqui no posto e ver no cartaz, caminhada, grupo de caminhada ou ler ali grupo de terapia comunitária, eles não vão nunca chegar lá, nunca, se a gente não pegar aquele profissional que leve eles até lá ao serviço, que encaminhe, que fale, que direcione, ele não vai” (ENF3+)

Os pontos que se destacam nesse item estão relacionados ao apoio da equipe, principalmente dos ACS e da conscientização de que as atividades requerem criatividade e inovação constantemente para a manutenção das atividades.

“Eu acho que a gestão local é importante nisso, eu acho que os agentes de saúde são fundamentais e acho que a vontade do profissional né, além do paciente também notar, porque às vezes o paciente ele vem uma vez pro grupo né e o paciente ele nota que essa atividade é importante pra ele, ele continua vindo, senão ele não vem mais né. Eu acho que a gestão, os profissionais, os agentes de saúde especificamente e o próprio paciente acho que são atores importantes”. - Facilitador (ENF4+)

“Eu acho a maior facilidade a boa vontade dos profissionais que vão, porque não é fácil ... a xxxx, porque ela tem as ideias, aí ela tem essa parceria assim com o pessoal lá da igreja, com o padre. É a boa vontade dos profissionais, do agente de saúde que corre atrás, que vai avisar, “Olha hoje vai ter isso, vai ter aquilo” e não deixam morrer, não deixam acabar” - Facilitador (ENF1+)

“Tem que ter muita criatividade, tem que usar muita coisa nova, porque quanto tu tem um espaço pra oferecer um forró, uma

ginástica, uma natação, uma hidrogenástica, qualquer coisa assim eles estimulam mais a ir, até mesmo porque é uma coisa boa, porque vão se sentir mais disposto, vão viver melhor né, aí então eles têm mais interesse de ir, como nós não temos isso é difícil manter esse grupo. É diferente, vamos supor de um grupo de gestante que eu fosse montar, quando a mulher tá no primeiro trimestre, segundo e terceiro e pronto, acabou o grupo, vai ser outro e tudo o que eu mostrar vai ser novo, agora pra eles não, tem que tá sempre renovando porque não pode tá repetindo as coisas porque aí eles não vão mais ter interesse de ir” - Facilitador (ENF1+)

“O que a gente tem ainda é a questão do esclarecimento, o esclarecimento de boca a boca de uma pessoa pra outra, então acontece que na comunidade uma pessoa diz pra outra que lá no posto faz assim, encaminha pras aulas, esse é nosso atendimento né. Agora tem um grupo né que tem atividades próprias, que tem atividades onde é ligado com o acompanhamento” - Facilitador (ENF2+)

Outro aspecto mencionado pelos ACS está ligado, ao nosso entender, à falta de integração da equipe da ESF. Há certa dissociação – os profissionais que devem trabalhar dentro da unidade, atender e o ACS que deve ir ao domicílio da população atendida no CSF. Vários aspectos foram mencionados como relacionados ao entendimento desta questão.

Envolvimento do coordenador

O envolvimento do coordenador do CS foi mencionado como importante na definição das estratégias, a visão do gestor da Unidade parece refletir no planejamento das ações, conforme mencionado no discurso a seguir

“... boa parte das pessoas da gestão esta muito preocupada na satisfação desse pessoal [comunidade] e é tudo uma questão política também né, se não tem profissionais pra atender individualmente às vezes o paciente reclama e a gestão responde que a gente deveria ficar mais no consultório e aí eu acho que o grande papel da gestão é de incentivar as atividades de mudança mesmo, de promoção, porque a consulta individual ela pode ajudar, ela pode transformar, mas dificilmente coletivamente, então as atividades de grupo que podem ter um poder maior de transformação e a gestão tá consciente disso e apóia facilita todo

o processo. Se a gestão ela tem consciência da importância do médico de participar dessas atividades é tão grande como qualquer outro profissional, ela cria condições pra que isso aconteça, ela dá espaço no cronograma de atividade da unidade” (ENF4+)

Postura do médico

Ainda em relação ao trabalho em equipe, outra categoria identificada foi a participação do médico em atividades que não a consulta, ou seja, sua efetiva participação e envolvimento com o restante da equipe e com a própria ESF. Entretanto, essa ausência parece justificada pela alta demanda da área e o enfermeiro acaba assumindo esse tipo de atividade como contribuição sua.

“Tem que dar conta e é muito mapa, muito consolidado, muito papel que a gente tem que mandar, então é muita coisa e isso aí é mais principalmente... sobrecarregado porque o médico ele, nos programas dele ele não entra nisso não, tudo é a enfermagem” - Barreira (ENF2-)

“a parte de hipertensão que eu vejo assim muitas vezes os médicos eles ficam presos aquela coisa medicalizadora e não estimulam a mudança do estilo de vida mesmo, a dieta, não pegam mais na parte da dieta e da educação física que seria às vezes eliminada até a medicação né” - Barreira (ENF4-)

“porque no nosso grupo assim a gente já tem PSF – Programa de Saúde da Família - e o médico não vai, ele não participa, entendeu, o médico não participa do nosso grupo porque a demanda do posto é grande, a nossa equipe três agentes de saúde e a demanda é muito grande, então ele não participa e era bom que ele participasse também do grupo pra ver como é, mas não, ele não participa” - Barreira (ACS4-)

Em uma das entrevistas o ACS reforçou a postura biomédica do médico ao mencionar a caderneta do idoso que não parece estar sendo utilizada no momento da consulta, conforme discurso.

“tem a caderneta do idoso, mas não sei se eles [médicos] estão anotando, o idoso me disse ‘eu trago o Doutor não anota e nem pede, eu não sei ler nem escrever, aí eu não trago mais’” - Barreira (ACS6-)

A questão do pouco envolvimento do médico é a mesma para os dois grupos, nos Centros de Saúde que se aproximam da visão socioambiental essa dificuldade também foi apontada. Mas o que percebemos de diferente é que parece que aqui, mesmo sem participar das atividades de grupo os médicos pelo menos encaminham os usuários para os grupos ou outras atividades.

“Porque ele [médico] tá mais desligado, primeiro a gente tem a dificuldade porque tá faltando dois médicos e são quatro equipes e só tem dois médicos e esses médicos eles ficam especificamente no atendimento, eles dificilmente participam de alguma atividade coletiva” - Barreira (ENF4+)

“Dificilmente pra promoção da saúde não, mas pras questões mesmo clinicas” - Barreira (ENF4+)

“a gente passa sempre uns pros outros, pros enfermeiros e até porque nós estamos envolvidos nessa atividade, então a gente sabe quem são os pacientes, de que área ele tá inserido e a gente tem de certa forma esse controle e como tá faltando médico e como os médicos eles não tão a par das atividades né, ele tá, e às vezes até encaminha pra atividade, mas não controlam” - Barreira (ENF4+)

Os agentes de saúde também sentem a ausência do médico nas atividades, a participação do médico nas reuniões e ações coletivas também é mencionada como insuficiente.

Como vocês acham que os médicos fazem esse trabalho ou eles não participam dessas atividades?

“não ... é só na medicação nas consultas. Assim eles pegam o paciente marcam a consulta e o paciente faz mais ou menos de 3 em 3 meses né aí passa a medicação e durante esses 3 meses é a enfermeira quem fica acompanhando” - Barreira (ENF4+)

“Na minha equipe só tem um médico e ele não faz exame domiciliar. Então só tem dois médicos no posto de saúde. Na verdade a gente não tem muito contato com os médicos, da equipe, o médico da minha equipe não faz visita domiciliar então aquele contato que é pra gente ter a gente não tem” - Barreira (ACS4+)

“Na verdade o pessoal vê aqui a unidade como modelo, mas aqui falta médico. O pessoal acha que aqui é uma maravilha, mas aqui tem todos os problemas iguais as outras unidades” - Barreira (ACS4+)

Posicionamento do ACS na equipe

O ACS em muitos casos é isolado do restante da equipe, porque não tem nível universitário e é morador da comunidade. Os ACS assumem as ações diretas com a população e os profissionais se desresponsabilizam. Consideram-se sem tempo ou sem disponibilidade para o trabalho conjunto na comunidade. O resultado disso aponta ainda para certo descrédito da população em relação a essas atividades, já que elas não contam com a presença de outros integrantes da equipe, apenas os ACS.

“Às vezes, tá tudo marcado assim, mas por exemplo, às vezes o carro da regional, não pode rodar. Tem enfermeira aqui que pegam seu carro e vão né, mas tem médico que num vão a pé né. Porque aqui é perigoso né por causa de assalto né. Aí as vezes não tem o carro. Aí a gente vai na família e avisa, ai eles pegam tomam banho se arrumam, ai eles chegam lá e num tem nada, ai eu me sinto super mal com se tivesse mentido. Porque pra alguns é tão importante aquela visita, tem hipertensos que são acamados né ai eu vou lá e vejo que tá sem remédio, e os parentes não podem vir aqui por que trabalham e ai só pode trazer aqui com o carro, que minha área é distante. Ai a doutora pode ir lá. Mas ai sem o carro, e eles reclamam, ‘ah, o médico num veio’ ai eu tenho de trazer a receita, pedir a doutora, mas tem o medicamento né. Mas ai assim o maior problema que vejo é quando não tem o carro” - Barreira (ACS3-)

“Porque é assim, a nossa enfermeira tá de licença, a médica vai assim aleatório, não é sempre, então o grupo ele fica mais na gente, nós que acompanhamos mais e os idosos eles exigem mais a presença médica. Eles gostam da gente, eles admiram o nosso trabalho, mas a consciência deles é na médica tá entendendo, o que vale é a palavra da doutora, eu posso dizer assim, olha quem tem diabete não abuse da fruta, mas se a médica falar reforça mais e assim vai, é desse jeito”. - Barreira (ACS1-)

Por outro lado, o trabalho feito pelo Agente de Saúde é valorizado por este mesmo vínculo que tem com a comunidade.

“Então a gente passa a ter aquele vínculo... Eu chego na casa do hipertenso eu faço assim: ele tem várias medicação. Ele é hipertenso, ele é diabético, ele é cardíaco, aí são várias medicação. Aí eu pago uma caixa, ai eu divido. O que você vai tomar a noite, eu desenho uma lua, o que ele vai tomar de dia eu desenho um sol.

Porque muitos deles não sabem ler e fazem aquela confusão com a medicação- Facilitador” (ACS5-)

“eu tenho um na minha área que eu fiz foi rir dela essa semana. Ela veio aqui de manhã e de tarde foi lá em casa saber se podia tomar a medicação. E eu disse: ‘quem foi que passou? Você tem que saber é do medico, né de mim não’ (risos). E ela: “eu posso tomar? E eu: pode meu amor. O médico num passou?’ - Facilitador (ACS5-)

Em um dos relatos o ACS mencionou que não existem barreiras na execução de suas atividades, assumindo que sabe pouco, mas que consegue realizar suas atividades e conta com o apoio da enfermagem para a supervisão das atividades. O fato de não encontrar barreiras, nos remete a certa falta de olhar crítico em relação às possibilidades de mudança.

“Não, não tenho dificuldade não, no meu ponto de vista eu não tenho, porque assim, o pouco que a gente sabe a gente faz, a gente corre atrás, fala com a coordenação ... e só a enfermeira dar apoio né, porque o papel do enfermeiro é o que né? Dar apoio na área principalmente o que o agente de saúde traz, então a gente traz os problemas e elas desenvolvem, entendeu” - Facilitador (ACS1-)

Por outro lado, o trabalho feito pelo Agente de Saúde é valorizado por este mesmo vínculo que tem com a comunidade.

“Então a gente passa a ter aquele vínculo... Eu chego na casa do hipertenso eu faço assim: ele tem várias medicação. Ele é hipertenso, ele é diabético, ele é cardíaco, aí são várias medicação . Aí eu pago uma caixa, ai eu divido. O que você vai tomar a noite, eu desenho uma lua, o que ele vai tomar de dia eu desenho um sol. Porque muitos deles não sabem ler e fazem aquela confusão com a medicação” - Facilitador (ACS5-)

“eu tenho um na minha área que eu fiz foi rir dela essa semana. Ela veio aqui de manhã e de tarde foi lá em casa saber se podia tomar a medicação. E eu disse: “quem foi que passou? Você tem que saber é do medico, né de mim não” (risos). E ela: “eu posso tomar?” E eu: “pode meu amor. O médico num passou?” - Facilitador (ACS5-)

Em um dos relatos o ACS mencionou que não existem barreiras na execução de suas atividades, assumindo que sabe pouco, mas que consegue realizar suas

atividades e conta com o apoio da enfermagem para a supervisão das atividades. O fato de não encontrar barreiras, nos remete a certa falta de olhar crítico em relação às possibilidades de mudança.

“Não, não tenho dificuldade não, no meu ponto de vista eu não tenho, porque assim, o pouco que a gente sabe a gente faz, a gente corre atrás, fala com a coordenação ... e só a enfermeira dar apoio né, porque o papel do enfermeiro é o que né? Dar apoio na área principalmente o que o agente de saúde traz, então a gente traz os problemas e elas desenvolvem, entendeu” - Facilitador (ACS1-)

Valorização do Agente Comunitário de Saúde - ACS

A valorização do ACS na equipe surge nos discursos dos próprios Agentes de Saúde. Para eles ainda existe uma distância considerável entre eles e o restante da equipe, sentem que não são valorizados e não têm espaço para falar. Nesse sentido,

“o agente de saúde ele é o intermédio da comunidade com o posto, ai agente as vezes, começava a discutir assim as coisas do posto né da comunidade, mas tinha umas reuniões aqui que num poderia falar nada tinha que ficar só calada né, entendeu? Ai eu descarada perguntava, pra que a gente vem aqui se num pode dar opinião de nada. Se é a gente que vai lá na comunidade e o pessoal só vem e só faz as coisas se agente pedir. Eu acho que o gente de saúde não está sendo respeitado pelo jeito que deveria ser não, agente tem importância, porque e a maioria das coisas do PSF e vem pro PSF se num fosse, como ia ficar. Eu acho que eles deviam dar mais valor para o agente de saúde dentro do posto” - Barreira (ACS3-)

“agente de saúde é bom assim pras coisa que tem de ir né, quando tem ninguém pra fazer bota a gente pra fazer, porque tem que fazer mesmo. Agora assim pra reunião, pra dá opinião num serve como aqui já teve casos que duas ACS foi chamadas pra reunião e falamos o que queria lá, ai fomos chamados pela coordenação porque o médico achou que falamos demais. Ai a coordenação me chamou, eu e minha amiga. Ele pode ser médico, pode ser o presidente, eu não sou leiga, se estou aqui não é por minha causa é por causa do paciente. Eu sinceramente não gosto de dá palestra aqui dentro não, porque as pessoas que não são do PSF acham que a gente num sabe de nada, se metem não deixa a gente falar” - Barreira (ACS3-)

Ao contrário do observado no grupo de ACS dos CS que se afastam da perspectiva socioambiental, alguns ACS dos Centros de Saúde que se aproximam dessa visão se sentem parte da equipe e o envolvimento e responsabilidade pelas ações é de todos. Nesse caso, os componentes do grupo têm os mesmos valores e mesmo envolvimento com o trabalho, assim a relação fica mais fortalecida.

“a gente já tá entrando em comunicação com o enfermeiro, com o médico e passa o que a gente pode fazer e junto a gente resolver, pelo menos com nós da nossa equipe é assim, as decisões são tomadas a equipe e não só o médico que decide e só o enfermeiro ou então o agente de saúde e nem o auxiliar, é junto que a gente resolve os problemas da nossa equipe, então tá envolvido todos os profissionais da equipe” - Facilitador (ACS3+)

Mas nem todos os Centros de Saúde, com uma visão de promoção da saúde mais positiva, consideram a equipe unida e coesa.

*“Vocês se sentem a vontade nessa reunião?
eu me sinto. [outra ACS retruca] “eu não me sinto não, vou nem mentir”
P: não se sente não? Porque?
porque as vezes tem assunto que não tem nada a ver com a gente,
P: por exemplo? Dá um exemplo assim pra mim.
R: assim, conversa mais sobre o exames, sobre assim... a farmácia, sobre entrega de material, sobre coisas do prédio” - Barreira (ACS4+)*

Valorização do enfermeiro

Dentro da equipe, além do Agente de Saúde o enfermeiro também foi valorizado, os usuários valorizam o trabalho do enfermeiro e fazem questão da consulta da enfermagem. Na verdade, isto significa um avanço uma vez que a população quer sempre ser atendida só pelo médico e receber remédio como já foi mencionado muitas vezes nesta discussão de barreiras e facilitadores.

“foi consulta de enfermagem e os pacientes sabem que nós somos enfermeiros e que nem sempre a gente vai prescrever medicação, às vezes são consultas apenas de orientação e a gente tem visto uma aceitação muito boa dos pacientes, eles, por exemplo, até elogiam a consulta de enfermagem e ver a importância é claro que

nem todos, mas muitos pacientes ah não, eu quero ir pro enfermeiro mesmo. Então assim, ele sabe que muitas das consultas de enfermagem não há prescrição né, então eles já valorizam e já pedem a consulta de enfermagem” - Facilitador (ENF4+)

“São eles [enfermeiros] os que mais trabalham aqui na unidade em relação a hipertensão e diabetes, são os que tão mais por dentro do que acontece aqui na unidade” - Facilitador (ACS4+)

Entretanto, apesar de alguns avanços a visão de que ser atendido pelo enfermeiro é perda de tempo ainda esteve presente nos discursos.

“Ele [usuário] não quer ir pra enfermeira não porque ela só passa remédio pra verme e dor de cabeça”, a população usa esses termos eles dizem. ‘Eu quero é o médico’. Aí não tem o médico, temos dois médicos aqui de vinte horas, mas ainda não dar, não supre a necessidade da unidade, a demanda é enorme e é vindo mais gente por aí, é incrível” - Barreira (ACS 1-)

Vários facilitadores ou várias oportunidades foram mencionadas pelos diferentes entrevistados, apontando que a reorientação dos serviços de saúde em Fortaleza está sendo implementada e muitos profissionais e a população já estão envolvidos e impregnados pelo seu novo referencial, alguns mais e alguns menos. É um processo em curso que pode ser aprimorado e afinado em termos de referenciais e mais apoiado do ponto de vista administrativo e financeiro.

O interessante é a contradição que se verifica entre a posição de diferentes grupos em relação a estes facilitadores ou barreiras. Não há unanimidade de modos de pensar e avaliar o processo em desenvolvimento, o que de certa forma é bom. Há defensores de certos pressuposto e ao mesmo tempo gestores, profissionais e ACS que contestam a opinião de outros.

A tensão paradigmática está presente entre profissionais envolvidos no atendimento oscilando entre uma visão biologicista, comportamental e socioambiental da Promoção da Saúde o que provocam muitas dessas barreiras e aporta facilitadores ao processo. Associar esforços de formação de pessoal, a uma melhor administração dos Centros de Saúde, a um financiamento adequado e ao estabelecimento de parcerias com outros setores e com outras organizações públicas, parece ter sido uma estratégia correta para implementação do sistema. Foi

acertadamente uma estratégia que procurou dar conta da complexidade da proposta de reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde. Agora, passado cinco anos, é necessário rever a proposta e a identificação destas barreiras e facilitadores poderá ajudar os gestores nesta revisão.

9. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde deve ser compreendido a partir de um processo de evolução e transição histórica, científica e política. A introdução e parte do referencial teórico do estudo mostraram a complexidade do processo saúde doença e as várias mudanças paradigmáticas, ocorridas ao longo dos séculos, e ainda a tensão constante dos paradigmas entre si, na tentativa de obter a hegemonia e mantê-la por algum tempo.

O cenário da hipertensão arterial se apresenta com uma clara mudança no quadro epidemiológico no qual as DANT assumem o lugar das doenças infecciosas com índices de mortalidade e morbidade altos. Tendo em vista a epidemiologia da hipertensão arterial estar bastante associada a determinantes sociais da saúde e fatores de risco, além de considerado como o maior risco modificável das doenças cardiovasculares, as ações de promoção da saúde devem ser consideradas importantes estratégias para redução desses indicadores, levando-se em conta sua alta prevalência e seu potencial para controle.

Em relação à reorientação dos serviços de saúde no Brasil, todo o processo de mudança desde a elaboração da nova constituição e a criação do SUS indica que um movimento salutar em prol do bem estar social e da melhoria das condições de vida e saúde da população tem sido perseguido, contudo muitos desafios ainda estão sendo enfrentados.

Vale ressaltar a importância e valorização, nesse processo, da atenção básica como importante estratégia de enfrentamento das condições de vida e saúde da população e no caso do estudo, do enfrentamento da hipertensão arterial.

A vertente socioambiental da promoção da saúde, defendida por nós como a que tem mais potencial para o enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, vai além da visão biomédica e comportamental e agregam outras estratégias como modos de ação intersetorial - a criação de ambientes saudáveis e o fortalecimento da ação comunitária. A definição da saúde como

resultado de modos de organização social da produção, conforme foi definido no capítulo de Saúde da Constituição Federal de 1988, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, políticas públicas intersetoriais.

A ideia de ação em um território vivo leva a promoção da Saúde para além dos limites da Unidade de Saúde, para o local onde a vida acontece. Se a gestão e as práticas profissionais assumissem esta ideia força, suas ações poderiam ter, além do potencial terapêutico, um potencial pedagógico real, atendendo às necessidades e aproveitando as potencialidades locais na produção social da saúde.

Nesse sentido, a escolha da temática do estudo relacionada a uma das estratégias da promoção da saúde, a reorientação dos serviços e das ações de saúde na perspectiva não de desviá-las da clínica, mas ampliar seu escopo na busca da criação de outras formas de produção da saúde, nos pareceu pertinente e ofereceu subsídios importantes para novas reflexões.

Para finalizar este trabalho resta, ainda, a tarefa sintetizar os achados e discutir os objetivos que nos propusemos inicialmente, os resultados alcançados face ao referencial teórico utilizado para análise do modelo de reorientação dos serviços de saúde em curso em Fortaleza na tentativa de concluir.

Se iniciarmos pelo objetivo geral que foi de identificar e analisar a prática da Promoção de Saúde na reorientação de serviços de saúde no município de Fortaleza, com foco no controle da Hipertensão Arterial, podemos afirmar que caminhamos mais do que esperávamos. Focalizamos o tema reorientação dos serviços de saúde inventariando as atividades realizadas nas unidades de saúde, verificando a importância atribuída às mesmas, ao analisar a frequência em que tem sido realizada e suas orientações, inferimos seus objetivos e a orientação nos processos de interação com a população.

Ao procurar atender ao objetivo específico 1 - Identificar e descrever políticas, planos e legislações atuais da saúde nos níveis nacional, no Ceará e na capital Fortaleza, na perspectiva da Promoção da Saúde para o controle da Hipertensão Arterial, nossas descobertas que estão organizadas na primeira parte do trabalho, demonstram que avanços têm sido feitos no sentido de proteger e promover a saúde dos usuários dos Centros de Saúde de Fortaleza a este respeito.

De fato, políticas têm sido elaboradas em todos os níveis, como protocolos, boletins, entre outros. E a promoção da saúde também é evidenciada nesses documentos. Entretanto, as visões biomédicas e comportamentais ainda predominam. Algumas discussões importantes estão sendo levantadas em relação a esses posicionamentos, assumindo a preocupação com essa visão higienistas e com a distância existente entre os documentos elaborados e o contexto real onde elas devem de fato implementadas.

Se voltarmos a revisão da literatura (página 59) verificamos que o novo modelo de atenção, ligado a ESF implementado em Fortaleza em 2005, vem aparecendo como uma preocupação dos pesquisadores da área de saúde, como pode ser observado nestes dados: dos artigos que revimos no início da pesquisa, 58% deles focavam ou mencionavam a estratégia saúde da família e ainda 49% deles faziam em suas considerações ou recomendações uma comparação favorável desse modelo em detrimento de modelos tradicionais (página 77).

Ao avaliar os artigos a partir do modelo de Nutbeam (página 62), encontramos que as atividades de facilitação (80%), muitas vezes ligadas ao acesso, foram as mais presente nos artigos seguida de atividades educativas 67%. Experiências de advocacia pouco apareceram (6%).

A organização do serviço de saúde ou reorientação de políticas foi tema em 83% dos artigos mostrando que realmente processos de mudanças estão sendo pensados, como no caso de Fortaleza que também modificou seu modelo de atenção à saúde. A efetividade do serviço com reflexões sobre sua validade foi alvo em 76% dos artigos selecionados. Associações feitas a estilo de vida estiveram presentes em 69% e como já visto na teoria a dificuldade em se efetivar ações e estratégias de ambientes saudáveis é pequena estando presente em apenas 6% dos artigos.

Foi possível constatar, através do processo de pesquisa que o processo de trabalho adotado nos Centros de Saúde da Família hoje, em Fortaleza, segue de uma maneira ou de outra, o que vem sendo preconizado pela Reforma Sanitária, em suas estratégias de implementação anteriores e atualmente pelo Pacto pela Vida, pela Saúde e pelo Pacto de Gestão, estabelecido entre os gestores do SUS e o Ministério da Saúde. As ações de promoção da saúde e as doenças e agravos não transmissíveis

estão caminhando juntas na agenda do Pacto pela Vida, tanto no nível nacional como em Fortaleza.

No município de Fortaleza a reorientação dos serviços de saúde vem sendo discutida e incentivada há muitos anos, entretanto uma grande e importante mudança no referencial de atenção a saúde se deu a partir de 2005. Nesse processo de mudança foi considerada fundamental a valorização da atenção básica, da estratégia da ação da promoção da saúde. Como estratégias importantes, podemos destacar a educação em serviço, o aumento da cobertura e ESF como principal foco de ação. Segundo gestores, em relação ao processo de reorientação do serviço de saúde na cidade, as conquistas na direção da mudança do modelo de gestão tem sido gradativas. Ganhou força, quando os seus idealizadores ganharam as negociações e conseguiram realizar, em 2005, o concurso público, que selecionou os profissionais necessários para implementação da proposta - de nível médio, nível superior e ACS – e com isto conseguiram estruturar as equipes locais dos CS.

Passados cinco anos, o nosso estudo detectou que as limitações relacionadas a equipes completas, número de profissionais para a população e outros continuam ocorrendo.

Os Centros de Saúde do município, em sua maioria, são antigos, com muitos anos de funcionamento e estavam organizados na modalidade de posto de saúde tradicional. Este foi e continua sendo um desafio.

Outro grande desafio é a desproporção entre o número de atendimento possíveis de serem realizados, a equipe contratada e a demanda da população. A cobertura da ESF é ainda muito baixa. As equipes em funcionamento em todo município conseguem cadastrar, em torno de 20 a 30% da população adstrita. O atendimento a áreas descobertas ainda é muito grande e compete diretamente com a população inscrita na ESF. Os gestores e os profissionais, conscientes dos objetivos das atividades que estão desenvolvendo, muitas vezes sentem-se desgastados, na medida em que tem que se desdobrar criando estratégias para dar conta dessas áreas descobertas. (página 228)

Outro aspecto identificado e que pode sem dúvida comprometer essa reorientação se refere à quantidade de equipes incompletas o que inviabiliza de

imediatamente a organização e estruturação das atividades, segundo dados colhidos no estudo apenas 20% das equipes foram mencionadas como completas. (página 135)

Um aspecto positivo e importante nesse processo de reorientação do serviço em Fortaleza está relacionado ao investimento na qualificação e educação em serviço. O Sistema Municipal Saúde Escola - SMSE surge como um dos principais agentes de mudança, agregando o serviço com a educação e produção de conhecimento. Surge, também, como seus programas a oportunidade para que os alunos da graduação possam vivenciar o novo modelo. A residência médica e multiprofissional também auxilia nessa descoberta e aperfeiçoamento do serviço e das categorias profissionais, entretanto ainda não se consolidou como importante agente de atuação principalmente na área médica.

Apesar de muito valorizada no novo modelo e do investimento em capacitação e educação em serviço a maior parte dos coordenadores registrou que não houve nos últimos dois anos esse tipo de atividade em relação à hipertensão arterial, e quando existente esteve associada em sua maioria ao tratamento e a doença.

Outra conquista bastante mencionada é a presença do ACS, fundamental nesse processo. O ACS é avaliado como tendo uma visão ampliada de saúde, com foco no território e nos determinantes sociais da saúde, e muitas vezes o grande articulador e responsável pelas atividades que incorporam a promoção da saúde e ainda uma visão mais próxima da visão socioambiental. Contudo, vimos também que nem sempre o ACS é valorizado na equipe. Aqui podemos levantar a questão do que está sendo de fato desvalorizado, a figura do ACS associada a uma posição de inferioridade diante dos profissionais graduados ou a desvalorização das ações de promoção da saúde entendida como complementar e com menor importância diante do enfrentamento da doença ou risco de adoecer, ou ambos.

Com relação às capacitações ofertadas pelo município, o Curso Técnico dos Agentes de Saúde – CTACS deve ser considerado. O curso possibilitou o amadurecimento do ACS e ofereceu subsídios para a realização de atividades voltadas para uma visão ampliada da saúde, sua metodologia problematizadora possibilitou reflexões e uma visão mais crítica da saúde e sua determinação.

Outra grande conquista foi a elaboração dos Núcleos de Atenção Saúde da Família - NASF, iniciativa validada pelo Ministério da Saúde que surge como importante agente de mudança permitindo maior adoção de ações de promoção da saúde, e podendo colocar em prática a proposta de reorganização do serviço. No município de Fortaleza a chegada do NASF foi comemorada por todos, desde gestores até ACS e de fato parece que pode fazer a diferença para que a efetivação da nova estratégia seja possível. Contudo, como alerta é importante que não se desloque para a equipe do NASF toda a responsabilidade de realizar as ações de promoção da saúde e isolar o restante da equipe, o trabalho deve ser conjunto onde todos possam em suas atividades individuais ou coletivas, implementar os pressupostos da estratégia saúde da família e conseqüentemente a promoção da saúde.

Outro ponto importante, mencionado na literatura e também identificado no nosso estudo esteve relacionado a inadequações no Monitoramento dos dados referente a ESF de modo geral e ao controle da hipertensão arterial, de modo particular . Os sistemas de informação criados, tais como SIAB, o consolidado das Unidades e o Hiperdia, não tem sido objeto de muito cuidado pelas equipes que militam no município. Apesar de ser mencionado por muitos profissionais, não parece estar funcionando no nível geral, tendo em vista as lacunas e inexistência de informações, que foram já apresentadas.

Percebemos, segundo análise dos dados, que o manejo dos mesmos depende mais da valorização que os profissionais atribuem a estes instrumentos de controle, do que de uma norma de organização do serviço

Outros programas foram citados como importantes e reforçam a intersetorialidade, tais como Academia da Comunidade, atividade física em parceria com Corpo de Bombeiros, Ciranda da Vida, entre outros. No entanto, essas iniciativas não se efetivam como processos de integração como seria de se esperar, na construção da intersetorialidade e ainda não estão disseminadas na totalidade dos Centros de Saúde. Por exemplo, as Residências em estão presentes em 31% dos CS, e a abrangência dos programas complementares não ultrapassam 30%. Nesse sentido, mesmo contribuindo para a realização de atividades que promovam a saúde e coloquem a comunidade em parceria com o CS a baixa cobertura desses programas pode ser considerada uma limitação importante.

Ficou claro, ao analisar as propostas de ação que incluíam os processos de formação em andamento, as novas parcerias, que a proposta de reorganização do serviço de saúde, no sentido de voltar seus objetivos para a busca da melhoria da qualidade de vida e não só para o enfrentamento da doença, estava acontecendo. Tivemos a impressão que foi pensada e adotada uma política, comprometida com serviços e ações de saúde e encarregada de colocar os sujeitos – usuários e profissionais de saúde – como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde.

Relacionando estes dados aos encontrados na revisão de literatura, verificamos que aspectos positivos foram mencionados em 55% dos artigos tais como maior controle dos fatores de risco, importância da presença de equipes multidisciplinar e equipes comprometidas com o trabalho. Aspectos negativos foram mencionados em 46% dos artigos analisados tais como: irresponsabilidade dos pacientes, falta de informação e monitoramento inadequado dos dados, hegemonia do poder médico, biológico, desvalorização da ação educativa, entre outros.

No sentido de atender ao objetivo 2 e 3 deste processo de pesquisa - mapear as ações previstas e as ações implementadas da política da Promoção da Saúde no controle da Hipertensão Arterial, no âmbito da atenção básica, no município de Fortaleza; e, identificar as práticas de promoção da saúde dos profissionais que atendem os usuários dos Centros de Saúde, relacionadas ao Controle da HA, analisamos as atividades de vida diária dos Centros de Saúde e fizemos várias constatações.

A partir das análises das atividades realizadas percebemos que os Centros de Saúde priorizam atividades relacionadas a determinações biológicas ou comportamentais e que as ações efetivas de promoção da saúde não tiveram muita regularidade. (capítulo 7, página 128)

Na análise do grupo C1 na qual as atividades objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas, as atividades de consultas e atendimentos eram em sua grande maioria diárias e presente em muitos Centros de Saúde. As atividades de grupo são semanais em 56% dos CS e as temáticas mais comuns são ligadas a mulher (67%) ou ciclos de vida (65%). Com relação específica a HA a realização de grupo foi citada por 48% CS.

Em relação às atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, temos o aconselhamento individual presente em 71% dos CS e com alta regularidade. As campanhas realizadas geralmente estão ligadas a imunização e calendários.

As palestras foram mencionadas em menor frequência e regularidade do que a realização de grupos, o que não garante, mas pode sugerir que o simples repasse de informação, mais comum em palestras esteja dando lugar a atividades em grupo o uso de metodologias mais participativas.

No grupo 3, no qual as atividades objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais, 34% das respostas se referiam a não realização dessas atividades ou a repostas em branco. Entretanto, os grupos que visam o fortalecimento da autoestima foram mencionados por 17% dos CS, indicando que em alguns Centros de Saúde o foco não está somente na doença.

No grupo 4, que analisou a frequência com que as atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhoria da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e ou na resolução de problemas locais são realizadas, vimos que a Terapia Comunitária já é uma realidade em 33% dos CS e que atividades de educação (64%) e identificação de vulnerabilidades (53%) também estão presentes com uma boa regularidade nos CS. Entretanto, atividades relacionadas a lazer e geração de renda não foram mencionadas, sendo inexistentes em mais da metade dos Centros de Saúde pesquisados.

O grupo de atividades voltadas para as atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas - C5, que interfiram na saúde e ou qualidade de vida da população não foi frequente e apresentou pouco avanço; as atividades estão mais voltadas para identificação de problemas internos com pouco envolvimento da comunidade.

As análises estatísticas reforçaram o cenário encontrado, ou seja, a predominância de grupos negativos, nos quais as atividades estão mais voltadas para o enfrentamento da doença, com poucas atividades que possam ser consideradas como próximas da visão socioambiental da promoção da saúde e que estão de fato

referenciando as ações sustentadas na ESF, dos 22 agrupamentos formados apenas 03 foram considerados positivos.

As atividades que se referiam diretamente às ações ligadas ao controle da hipertensão arterial apontaram que a realização de parcerias são geralmente as mais usuais, como: escolas, igrejas e comércio, outras possibilidades ainda não são muito procurados. Outro ponto que podemos destacar se refere ao pouco envolvimento.

A busca por novos hipertensos se dá com atividade eminentemente clínica associado à doença - 36%, na busca ativa feita pelo ACS% 18 e em atividades extra muro como mutirões, 17%.

No que se refere às orientações repassadas aos hipertensos relacionadas aos fatores de risco associados a HA, vimos que estão em maior frequência as atividades ligadas ao controle clínico da doença e mudança de comportamento, ou seja, uma postura ainda muito centrada na prescrição.

Em relação especificamente aos fatores de risco, 1/3 dos Centros de Saúde mencionaram que não fazem atividades específicas e nos CS onde essas atividades são realizadas as orientações na consulta foram as mais citadas. Somente a realização de atividade física recebe mais orientações prática, talvez fortalecida pela parceria com o projeto do Corpo de Bombeiro.

Tomando como parâmetro para nossas análises a apresentação e discussão do referencial teórico, os conceitos de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e o presente na Carta de Ottawa, resultado da primeira Conferência de Promoção da Saúde e reiterado por Nutbeam (1998) autor em que nos baseamos para classificar as publicações existentes sobre Promoção da Saúde e hipertensão (página 74), procuramos verificar em que ideário as ações e políticas voltadas para promoção da saúde, em operação nos CS de Fortaleza, estavam se apoiando. Seria um conceito mais amplo da saúde, que incluíam componentes da Promoção da Saúde? No caso afirmativo, que estratégias de Promoção da Saúde estavam sendo privilegiadas? Enfim, tentamos analisar qual o objetivo destas atividades: enfrentamento da doença, promoção da cidadania e/ou a busca da melhoria da qualidade de vida.

A revisão da literatura realizada para dar base para a investigação mostrou, em relação aos artigos analisados que os campos da promoção da saúde não são uma realidade virtual. Eles puderam ser identificados em vários programas estudados e,

como previsto, o campo mais recorrente foi o de desenvolvimento de habilidades ligado as atividades de educação, presente em 80% dos artigos, seguida da reorientação dos serviços de saúde (56%), ação comunitária (34%). Os campos da promoção voltados para entornos saudáveis e elaboração de política públicas saudáveis foram os menos citados, com 3% e 2%, respectivamente.

A análise dos dados, do nosso estudo, permitiu-nos compreender que ações e políticas voltadas para promoção da saúde, neste processo de reorientação dos serviços de saúde de Fortaleza têm fortalecido nos participantes desse processo o reconhecimento da importância de se orientar em suas ações por um conceito mais amplo da saúde. Seus enfoques têm privilegiado a aquisição de estilos de vida saudáveis. As atividades realizadas não tem se orientado para a criação de ambientes saudáveis, a não ser o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no território, o controle social e algumas iniciativas relacionadas a ação política.

A análise dos dados nos encaminhou para o entendimento de que o enfoque da atenção básica, mais especificamente da ESF, personalizada nas ações realizadas nos Centros de Saúde, inclui a ideia de promoção da saúde, mas tem se pautado por ações que objetivam principalmente a aquisição de comportamentos saudáveis, de uma forma ainda vertical. Demonstrem muita dificuldade de romper com o modelo biomédico ainda hegemônico e com a tendência de normatizar a vida dos usuários especialmente os hipertensos com seus fatores de risco relacionados a estilos de vida.

Apesar de existirem algumas iniciativas nesse sentido, e avanços em termos de organização dos serviços de saúde, a visão socioambiental da promoção da saúde ainda não foi absorvida pela maioria dos gestores e profissionais dos serviços de saúde. Parece-nos que os avanços do campo da saúde ainda estão sustentados pelo modelo de Leavell e Clark de 1965 ou do Informe Lalonde da década de 70. (páginas 40 e 41)

A promoção da saúde é incentivada a se tornar um conceito transversal, ou seja, deve estar presente em todas as fases e relações estabelecidas seja na organização e planejamento das ações como na sua efetivação. O que percebemos que esse caráter de transversalidade, ideal como modelo, acaba se perdendo na prática. As ações de promoção da saúde assumem muitas vezes uma posição de complemento ou apêndice, não estando de fato absorvido nas atividades realizadas.

Os dados do estudo, relacionado às atividades realizadas nos CS, o conceito de promoção da saúde aparece em algumas respostas como parte do novo modelo em implantação no município de Fortaleza, como tema transversal. Neste sentido, ela tem sido introduzida nos processos de formação dos profissionais, nas Rodas realizadas para estimular o diálogo entre os profissionais e destes com a população, nas atividades de grupo e nas parcerias com outras instituições que orientam atividades relacionadas aos modos de viver, como a Academia de Comunidade, o Corpo de Bombeiros e outros. No dia a dia dos profissionais esta atividade que é transversal, acaba não se refletindo na prática dos profissionais, como discutido no referencial teórico.

Temos na prática a constatação de que sendo transversal a promoção da saúde corre o risco de não estar sendo efetivada, ou então que esta sendo efetivada, mas em outro paradigma que não aquele que promove a participação, que empodera as pessoas, que tem um sentido positivo para os profissionais e para população. Na análise dos dados a promoção da saúde parece ainda desvalorizada pelos profissionais, e conduzida de forma mais normatizadora. São os ACS e parte da comunidade os que melhor conseguem absorver o conceito, e colocá-lo em prática no enfrentamento das condições de vida adversas e na valorização das oportunidades, com menos, mas ainda, com um viés prescritivo.

No exercício de busca por artigos que associassem a atenção básica, a promoção da saúde e a hipertensão arterial, vimos que a discussão ainda é recente e que produção e disseminação de estratégias associadas ao controle da HA ainda está incipiente.

Na classificação metodológica dos artigos ainda é grande a escolha por métodos quantitativos, tendo em vista que apenas 16% enfocam a metodologia qualitativa. Esse cenário, talvez seja explicado ainda pela grande concentração do controle da hipertensão ainda estar relacionado a fatores biomédicos ou de mudança de comportamento, já que a caracterização da doença e aspectos biológicos fazia parte de 66% dos artigos.

A articulação do controle da hipertensão com a determinação da saúde e uma visão socioambiental da promoção da saúde ainda esta distante da prática e

consequentemente distante da produção e disseminação de experiências ligadas a isso.

Esse mesma análise pode ser reforçada pela escolha e apresentação de estudos relacionadas a avaliação dos efeitos das atividades individuais como a atividade física, alimentação (61%). Os grupos surgem em 32% e o enfoque comunitário em apenas 14%.

Podemos dizer, com isso, que as experiências têm buscado resultados para o controle da hipertensão arterial a partir de prescrição individual e algumas vezes também coletiva, mas não estão focando em estratégias para diminuir as iniquidades sociais e da saúde

Dos fatores de risco associados ao controle da hipertensão arterial temos a nutrição e a atividade física com uma alta regularidade enquanto tabaco e álcool são ainda pouco explorados.

Contudo, podemos destacar, na revisão da literatura, aspectos relevantes que podem indicar uma insatisfação com o modelo atual vigente na prática, tendo em vista que em 19% dos estudos avaliados existia a preocupação em conhecer e entender a hipertensão arterial e seu processo de controle, incluindo escuta, participação e apoio da família, conhecimento acerca da doença e sua determinação entre outros.(página 76)

Em relação aos grupos associados a atividades relacionadas a promoção da saúde, descrito no referencial teórico podemos fazer algumas considerações. A inconsistência das categorias e /ou dificuldade de compreensão dos objetivos de cada grupo, já que as atividades foram descritas muitas vezes em mais de um grupo e por vezes questionado pelos entrevistados na ocasião de sua aplicação sobre uma possível repetição nas questões.

Finalmente, faremos algumas considerações sobre o objetivo 4 - identificar e analisar os facilitadores e as barreiras referidas por gestores, profissionais da saúde e usuários dos Centros de Saúde, para a implantação da política de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde no controle da Hipertensão Arterial no município de Fortaleza.

Em relação às barreiras, os mais citados estiveram relacionados a uma cultura resistente da população, uma não adesão da comunidade e demanda excessiva de

atendimento à população. A não efetivação da Estratégia Saúde da Família também esteve associada a possíveis limitações. Como visto na teoria e confirmado na análise dos artigos, no capítulo 8, e a análise das atividades realizadas nos CS, o passado histórico e o modelo antigo de orientação dos serviços de saúde, centrado na doença tem tido repercussões no presente. Tem sido responsáveis, em parte, por muitos postos de saúde ainda funcionarem a partir do modelo tradicional, orientados pela demanda espontânea. Estas conjunções dificultaram e ainda dificultam a absorção e implementação do novo modelo.

Os principais facilitadores mencionados foram: a presença ACS já discutida anteriormente e a mudança do modelo a partir da valorização da ESF. Parcerias disponíveis, disponibilidade de medicamento, compromisso da equipe e adesão da comunidade também foram citados.

Concluimos, então, que ainda existe uma distância importante entre a teoria e a prática. A hegemonia do modelo hospitalocêntrico e voltado para a clínica ainda esta presente em muitos Centros de Saúde. Entretanto, algumas ações relacionadas à Promoção da Saúde já estão presentes e estão sendo absorvidas pelo serviço.

Foram encontradas diferenças significativas quantitativas e qualitativas nesta implantação entre as seis regionais do município. Elas se referem entre outros aspectos, ao compromisso da gestão, os valores dos profissionais e, ao apoio diferenciado de programas complementares provenientes de outras áreas do setor saúde ou de outros setores da administração municipal.

Desta forma, questões técnicas e políticas têm interferido na implementação do programa de Promoção da Saúde relacionado ao controle da HA, contudo observamos avanços alcançados em relação à mudança de paradigma na prestação de serviços de saúde e melhoria da qualidade de vida da população estudada.

O novo modelo de atenção a saúde com a Estratégia Saúde da Família ainda é bastante recente, mas já parece estar consolidado como o modelo a ser seguido.

Por fim, tendo em vista as práticas de Promoção da Saúde na reorientação do serviço de saúde do município com foco no controle da hipertensão arterial, concluimos que o modelo de saúde implementado ainda esta sendo absorvido pelos profissionais e pela comunidade. A organização administrativa da gestão, a demanda excessiva no território, assim como o conflito do atendimento tradicional com a

Estratégia Saúde da Família ainda precisam ser repensados e redimensionados para tornar, de fato, viável e sustentável o novo modelo de orientação do serviço da saúde no município. Contudo, o novo modelo, além de grande potencial pode, de fato, transformar a médio e longo prazo as condições de saúde e vida da população.

10. REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Delineando um marco conceitual para promoção de saúde e qualidade de vida**. Porto Alegre, 2003, mimeo.

ADIB, S. M., NUWAYHID, I. et al. Most common diseases treated in primary health care facilities in Lebanon. **J Med Liban**, Lebanon, v.43, n.1, p. 17-22, jan. 1995.

AIRA, M., KAUKANEN, J. et al. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. **Prev Med**, New York, v. 38, n.4, p. 473-478, apr. 2004.

ALMEIDA, E. S. org. **Distritos sanitários: concepção e organização** - Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALVES, V. S., NUNES, M. D. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, p 131-147, jan/jun. 2006.

ANDRADE, F. M. Oliveira. **O Programa de saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**, (Dissertação de mestrado), Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, 1998.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, L.O.M., BARRETO, I.C., BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS. G.W.S. (et al.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ARAUJO, J. C., GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 368-374, jun. 2007.

ARAÚJO, L. A., BACHION, M. M. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, p. 586-590, set/out. 2004.

AYO-YUSUF, O. A. Association of tooth loss with hypertension. **S Afr Med J**, South Africa, v. 98, n.5, p. 381-385, may. 2008.

BAPTISTA, E.K.K., MARCON, S.S. et al. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares

em Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 225-229, jan. 2008.

BECKER, D. Et al. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, set. 2004.

BENNETT, G. G., HERRING, S. J. et al. Web-based weight loss in primary care: a randomized controlled trial. **Obesity (Silver Spring)**, Boston, v. 18, n. 2, p. 308-313, feb. 2010.

BOULWARE, L. E., DAUMIT, G. L., et al. Quality of clinical reports on behavioral interventions for hypertension. **Prev Med**, New York, v. 34, n.4, p. 463-475, apr. 2002.

BOURDAGES, J., SAUVAGEAU, L. et al. Factors in creating sustainable intersectoral community mobilization for prevention of heart and lung disease. **Health Promot. Int.**, Great Britain, v. 18, n. 2, p. 135-144, june. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Tradução: Luis Eduardo Fonseca – Brasília: DF, 1996.

BRASIL, Ministério de Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida em defesa do SUS e de Gestão**. Série Pactos pela Saúde, vol.1, Brasília, 2006b.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de set 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set de 1990; nº 182, p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série CNS Cadernos Técnicos. Ministério da Saúde – 2ª edição ampliada - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de jan de 2008; Seção I, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar 2006a; Seção I, p.71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mar 2006c; Seção I, p.138.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília, 1988

BUTTAR, H. S., LI, T., et al. Prevention of cardiovascular diseases: Role of exercise, dietary interventions, obesity and smoking cessation. **Exp Clin Cardiol**, v.10, n.4, p. 229-249, winter. 2005.

CABEZAS, C., NEBOT, M. Priorities in prevention and health promotion in primary health care: views of the professionals. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 8, n. 2, p. 99-102, feb. 1991.

CALNAN, M., CANT, S. et al. Involvement of the primary health care team in coronary heart disease prevention. **Br J Gen Pract**, London, v. 44, n. 382, p. 224-228, may. 1994.

CAMPOS, G.W, et al. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.745-749, jul/set. 2004

CAMPOS, G.W. **Saúde Paidéia**, São Paulo: Hucitec, 2003. p. 9-18.

CAMPOS, G.W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAR, M. R. A mortalidade cárdio-cerebrovascular e os problemas da prática no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, p. 140-143, ago. 1998.

CAR, M.R., EGRY, E.Y. Dialética do processo de trabalho da liga de hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, p. 297-309, ago. 1996.

CARNELOSSO, ML et. al. **Situação epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis no Estado de Goiás**: Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARRAGETA, M. O. e NEGRAO, L., et al. Community-based stroke prevention: a Portuguese challenge. **Health Rep**, Ontario, v. 6, n. 1, p. 189-195, 1994.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, agosto, 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: HUCITEC, 2005

CATFORD, J. Chronic disease: preventing the world's next tidal wave--the challenge for Canada 2007?. **Health Promot. Int.**, Granta Britain, v.22, n.1, p. 1-4, mar. 2007. Editorial.

CATFORD, J.C., NUTBEAM, D. Prevention in practice: what Wessex general practitioners are doing. **Br Med J (Clin Res Ed)**, London, v. 288, n. 6420, p. 832-834, mar. 1984.

CHAVES, E. S., LÚCIO, I. M. L., et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, p. 543-547, mar/abr. 2006.

CHIESA, A.M., KON, R. **A compreensão do território como instrumento de gestão em Atenção Primária à Saúde**. No prelo, 2005.

CNDSS - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais, 2005. [Acesso em: 02 de setembro de 2007] Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atend_Listar.asp?VSelecionado=|00|01|00|00|23|230440 [Acesso em 10 de setembro de 2010]

CORDEIRO, R. LIMA FILHO, EC, ALMEIDA, IM. Pressão Arterial entre trabalhadores de curtiume. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 467-76, out. 1998.

COSTA, R.D.S., NOGUEIRA, L.T. Family support in the control of hypertension. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, p.871-876, out. 2008.

COTTA, R. M. M., REIS, R. S, et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 745-766, 2008.

COTTA, R.M.M., BATISTA, K.C.S et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1251-1260, jul/ago. 2009.

DAGOGO-JACK, S., EGBUONU, N. et al. Principles and practice of nonpharmacological interventions to reduce cardiometabolic risk. **Med Princ Pract**, Switzerland, v. 19, n. 3, p. 167-175, mar. 2010.

DAMIANI, G., DE FINO, M., et al. "Initiative" in primary care: survey on hypertension prevalence and definition of cardiovascular risk profile in ASL 3 of Lagonegro (PZ). **Ann Ig**, Roma, v. 18, n. 2, p. 137-145, mar/apr. 2006.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – Aspectos Vitais. Ministério da Saúde. Brasília, 2008a. [Acesso em 15 de maio de 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?simp/cnv/obtuf.def>

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – CNES, Equipes de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2008b. [Acesso em 10 de setembro de 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipece.def>

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde – Morbidade Hospitalar do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2008c. [Acesso em 15 de maio de 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>

DELL'ACQUA, M.C.Q., PESSUTO, J. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, p. 43-48, jul. 1997.

DEVER, G.E.A. **Uma estrutura para os conceitos de Saúde**. Epidemiologia: Enfocando a Prevenção, de A Epidemiologia na Administração de Serviços de Saúde: local: PIONEIRA, 1988.

DIDIER, M. T., GUIMARÃES, A. C. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, p. 218-224, feb. 2007.

DOSSE, C., CESARINO, C. B, et al. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, p. 201-206, mar/apr. 2009.

DOWBOR, T. P. **O trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**, 2008. 254 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DREVENHORN, E., KJELLGREN, K. I. et al. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. **J Clin Nurs**, London, v. 16, n. 7B, p. 144-151, jul. 2007.

EAKIN, E. G., REEVES, M. M., et al. The Logan Healthy Living Program: a cluster randomized trial of a telephone-delivered physical activity and dietary behavior intervention for primary care patients with type 2 diabetes or hypertension from a socially disadvantaged community-rationale, design and recruitment. **Contemp Clin Trials**, v. 29, n. 3, p. 439-454, may. 2008.

EGAN, B. M., LACKLAND, D. T. et al. Cardiovascular risk factor control in communities-update from the ASH Carolinas-Georgia Chapter, the Hypertension Initiative, and the Community Physicians' Network. **J Clin Hypertens (Greenwich)**, Malden, v. 8, n. 12, p.879-886, dec. 2006.

ENDNOTE X3. Bibliographies Made Easy TM Programa de computador. CD-ROM

ERIKSSON, K. M., WESTBORG, C. J. et al. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. **Scand J Public Health**, Boston, v. 34, n. 5, p. 453-461, 2006.

ESTEBANELL ARNAL, M. P., URIEL PEREZ, J. A., et al. The conduct stemming from the application of a program of preventive activities. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 10, n. 1, p. 539-542, jun. 1992.

FELIPE, G.F., ABREU, R.N.D.C et al. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, p. 620-627, dec. 2008.

FIGUEIREDO, J. S. **Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade.** 2006 352 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FORTALEZA. PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Lei N° 8.000, de 29 de Janeiro de 1997.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Boletim de Saúde de Fortaleza - DANT.** Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; v.9; n.2; jul-dez/2005.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Boletim de Saúde de Fortaleza – Doenças do Aparelho Circulatório;** v.12; n.1; jan-jun/2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Boletim de Saúde de Fortaleza/ Secretaria Municipal da Saúde (SMS) - Mortalidade;** v. 14, n.1, jan-jun/2010.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde (SMS) [homepage na internet]. <www.sms.fortaleza.ce.gov.br> Acesso em 17 de junho de 2007a.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde (SMS) [homepage na internet]. <www.sms.fortaleza.ce.gov.br> Acesso em 18 de junho de 2010.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde de Fortaleza. **Projeto de Residência Médica especialidade: medicina de família e comunidade.** Fortaleza, 2007b.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde de Fortaleza. **Relatório de Gestão 2007**. Fortaleza, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza– Fortaleza: SMS, 2006.

FOSS, F. A. DICKINSON, E., et al. Missed opportunities for the prevention of cardiovascular disease among British hypertensives in primary care. **Br J Gen Pract**, London, v. 46, n. 411, p. 571-575, etc. 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra , 1988.

FUCHS, SC. et. al. Estabelecendo a prevalência da hipertensão arterial sistêmica. Influência dos critérios de amostragem. **Arq Bras Cardiol.**, Porto Alegre, v.76, n. 6, p. 445-448, jun. 2001

GANDARILLAS, M. A., CÂMARA, S. G, et al. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, p. 62-71, jan/apr. 2005.

GARCÍA-ORTIZ, L., GÓMEZ-MARCOS, M.A. et al. Riesgo cardiovascular del paciente hipertenso con seguimiento prolongado en atención primaria: El efecto del envejecimiento (Ciclo Risk Study). **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 81, p. 365-375, jul/aug. 2007.

GARCÍA-ORTIZ, L., SANTOS-RODRÍGUEZ, I. et al. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso: Ciclo-Risk Study. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 82, p. 57-68, jan/feb. 2008.

GASPERI, P. D., RADUNS, V., et al. A dieta ayurvédica e a consulta de enfermagem: uma proposta de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 495-506, mar/apr. 2008.

GIESE, M., LACKLAND, D. et al. Update on the Hypertension Initiative of South Carolina. Bringing South Carolina from "worst to first" in cardiovascular health. **J S C Med Assoc**, Columbia, v. 99, n. 6, p. 157-161, jun. 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GIROTTO, E. et al. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.19, n.1, p. 133- 14, abril/junho, 2010.

GOFIN, J., et al. Ten-year evaluation of hypertension, overweight, cholesterol, and smoking control: the CHAD program in Jerusalem. Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes. **Prev Med**, New York, v. 15, n. 3, p. 304-312, may.1986.

GOIÁS. Secretaria da Saúde [homepage na internet]. Técnica da Organização Pan-Americana de Saúde visita Spais e Suleide. Notícia publicada em 15/06/2009. [Acesso em 06 de setembro de 2010] Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=61546>.

GOLDBERG, H. I., WAGNER, E. H et al. A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: can they alter compliance with guidelines? **Jt Comm J Qual Improv**, St. Louis, v. 24, n. 3, p. 130-142, mar, 1998.

GRAHAM, L., SKETRIS, I., et al. The effect of a primary care intervention on management of patients with diabetes and hypertension: a pre-post intervention chart audit. **Healthc Q**, Toronto, v. 9, n. 2, p. 62-71, 2006.

GRANDES, G., SANCHEZ, A. et al. Targeting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change. **BMC Public Health**, London, v. 8, p. 172, may. 2008.

GRANT, M. Women's health beliefs regarding hypertension. **West Indian Med J** v. 42, n. 4, p. 158-160, 1993.

HASKELL, W. L. Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions: effectiveness and efficacy. **J Cardiovasc Nurs**, Ontario, v. 18, n. 4, p. 245-255, sep/oct. 2003.

HELLENUS, M. L., JOHANSSON, J. et al. Four years experience of a cardiovascular opportunistic screening and prevention programme in the primary health care in Sollentuna, Sweden. **Scand J Prim Health Care**, Stockholm, v. 17, n. 2, p. 111-115, jun. 1999.

HENSLEY, R. D., JONES, A. K. et al. One-year clinical outcomes for Louisiana residents diagnosed with type 2 diabetes and hypertension. **J Am Acad Nurse Pract**, Philadelphia, v. 17, n. 9, p. 363-369, sep. 2005.

HUDON, C., FORTIN, M. et al. Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic diseases: systematic review. **Can Fam Physician**, Ontario, v. 54, n. 8, p. 1130-1137, aug. 2008.

HURST, R. Managing hypertension: measurement and prevention. **Nurs Times**, London, v. 98, n. 38, p. 38-40, sep. 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Brasília, 2000.

JARDIM, A.D.I., LEAL, A.M.O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 405-417, 2009.

JUNQUEIRA, L.A.P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.25-36, jan-abr, 2004.

KARWALAJTYS, T., KACZOROWSKI, J. et al. A randomized trial of mail vs. telephone invitation to a community-based cardiovascular health awareness program for older family practice patients. **BMC Fam Pract**, London, v. 6, p. 35, aug. 2005.

KOVACIC, L. Physical inactivity as public health problem. **Acta Med Croatica**, Zagreb, v. 61, p. 5-7, 2007. Suplemento 1.

LAI, M. S., CHU, C. S. et al. Prescribing patterns in primary health care in Taiwan. **Int J Clin Pharmacol Ther**, München, v. 33, n. 8, p. 437-441, aug. 1995.

LAPCEVIC, M., VUKOVIC, M. Risk factors for chronic noncontiguous diseases: twelve-week prospective study. **Srp Arh Celok Lek**, Belgrade, v. 132, n. 11-12, p. 414-420, nov/dec. 2004.

LARSON, E. B. Health promotion and disease prevention in the older adult. **Geriatrics**, Minneapolis, v. 43, p. 31-39, dec. 1988. Suplemento.

LEFEVRE, F. E LEFEVRE, A.M.C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio- agosto, 2004.

LESSA, I. Epidemiologia da Hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 4, p.383-92, out/dez. 2001.

LESSA, I., MENDONCA, G. A. et al. Non-communicable chronic diseases in Brazil: from risk factors to social impact. **Bol Oficina Sanit Panam**, Washington, v. 120, n. 5, p. 389-413, may. 1996.

LIMA, S. M. L., PORTELA, M. C. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2001-2011, set. 2009.

LIMA-COSTA, M.F., PEIXOTO, S.V. et al. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 637-642, oct. 2004.

LIN, T., CHEN, C. H. et al. Impact of the high-risk and mass strategies on hypertension control and stroke mortality in primary health care. **J Hum Hypertens**, Hampshire, v. 18, n. 2, p. 97-105, feb. 2004.

LITTLE, P., SLOCOCK, L. et al. Who is targeted for lifestyle advice? A cross-sectional survey in two general practices. **Br J Gen Pract**, London, v. 49, n. 447, p. 806-810, oct. 1999.

LOPES, M.C.L., S. MARCON, S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 343-350, june, 2009.

LUDKE, M., ANDRE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LYRA JÚNIOR, D.P., MARCELLINI, P.S. et al. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, p. 451-457, july/sept. 2008.

MACHADO, L.R.C., CAR, M.R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 573-580, dec. 2007.

MACIEL, I.C.F., ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, p. 207-214, mar/apr. 2003.

MALTA, D.C. **Agenda de prioridades da Vigilância e Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Seminário Nacional de Dant: Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.**

MANO, G.M.P., PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, p. 269-275, july/sept. 2005.

MARSHALL, A. L., BOOTH, M. L. et al. Promoting physical activity in Australian general practices: a randomised trial of health promotion advice versus hypertension management. **Patient Educ Couns**, Princeton, v. 56, n. 3, p. 283-290, mar. 2005.

MARTÍN-ALFONSO, L., BAYARRE-VEA, H. et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 33, n. 3, july/sept. 2007.

MARTINS JUNIOR, T, et al. A estratégia da saúde da família no Brasil e a superação da medicina familiar. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano IV, n. 1, jan/fev/mar, 2003.

MARTINS, I.S. et.al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil. III – Hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.5, p. 466-71, sept/dec. 1997.

MARTINS, L. C. G., GUEDES, N. G et al. Physical activity level in people with high blood pressure. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, p. 462-467, july/aug. 2009.

MASHRU, M., LANT, L. Interpractice audit of diagnosis and management of hypertension in primary care: educational intervention and review of medical records. **BMJ**, London, v. 314, n. 7085, p. 942-946, mar. 1997.

MATSON KOFFMAN, D., GRANADE, S. A. et al. Strategies for establishing policy, environmental, and systems-level interventions for managing high blood pressure and high cholesterol in health care settings: a qualitative case study. **Prev Chronic Dis**, Atlanta, v. 5, n. 3, p. A83, jul. 2008.

MEJÍA-RODRÍGUEZ, O., PANIAGUA-SIERRA, R. et al. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 51, p. 291-297, july/aug. 2009.

MELLO, M. H., GOTLIEB, S. L. **As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ ; 2000.

MENARD, J. What progress can be expected in the management of hypertension? Forecast from 1974 to 2034. **Presse Med**, Paris, v. 33, n. 11, p. 721-732, jun. 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1999.

MENDES, R., DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**. Sobral, Ano IV, n. 1, jan/fev/mar, p.39-42, 2003.

MENDES, R., DRUMOND, M. O Painel de monitoramento das condições de Vida e da situação dos serviços de saúde: instrumento para uma gestão cidadã. In: SOUSA, M.F., MENDES, A. **Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 341-364.

MENDES, E.V. **Atenção primária a saúde no SUS**, Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

MIRANZI, S.S.C., FERREIRA, F.S. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, p. 672-679, oct/dec. 2008.

MORENO i MARIN, J., MARCO MACIAN, M.D. et al. Study of preventive activity and health promotion in a primary care center. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 7, n.10, p. 622-628, nov. 1990.

MS - Ministério da Saúde. **Programa de saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília, 1994.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica; 16. Série A: Normas e Manuais Técnicos - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da Saúde: declaração de Alma-Ata: Carta de Ottawa: declaração de Adelaide: declaração de Sundsvall: declaração de Santafé de Bogotá: declaração de Jacarta: rede dos Megapaíses: declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MS – Ministério da Saúde. Sistema de Informação. HIPERDIA. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. [homepage da internet] <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em 17 de janeiro de 2010

MS-SVS. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen**. Série A: Normas e Manuais Técnicos - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

NARVAI, P.C, SÃO PEDRO, P. F. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A. A. e CESAR, C.L.G, org. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

NISHTAR, S., FARUQUI, A. M. et al. The National Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health Promotion in Pakistan-Cardiovascular diseases. **J Pak Med Assoc**, Abingdon, v. 54, n.12 p. S14-25, dec. 2004. Suplemento 3

NUGMANOVA, A., PILLAI, G. et al. Improving the management of hypertension in Kazakhstan: implications for improving clinical practice, patient behaviours and health outcomes. **Glob Public Health**, Karachi, v.3, n. 2, p. 214-231, 2008.

NUTBEAM, D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. **Health Promot. Int.**, Abingdon, v. 13, n.1, p. 27-44, mar. 1998.

OGANOV, R. G., POGOSOVA, G. V. et al. RELIPH-REGularnoye Letcheniye I ProPHylaktika (regular treatment and prevention)-the key to improvement of situation with cardiovascular diseases in Russia: results of multicenter study. **Kardiologiya**, Moskva, v. 47, n.5, pt. 1, p. 58-66, 2007.

OLIVEIRA, T.C., ARAUJO, T.L. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, p. 276-281, sept. 2002.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Carta da Sétima Conferência Global de Promoção da Saúde**. Nairóbi, Quênia, 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Carta da Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde**. Bangkok, Tailândia, 2005.

ONO, A.E., OYEKIGHO, E.W. et al. Isolated systolic hypertension: primary care practice patterns in a Nigerian high-risk subpopulation. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 124, p. 105-109, 2006.

OPAS/OMS. Organização Panamericana de Saúde / Organização Mundial da Saúde. CARMEN. **Una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles**. Washington, EUA, 2003.

OPAS/OMS. **Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. 138 Sesión del Comitê Ejecutivo**. Washington, EUA, 2006.

PAIM, J.S. Determinantes Sociais na Saúde. In: **Reunião da Comissão Nacional de Determinantes da Saúde**, Rio de Janeiro, 2004.

PAIVA, D.C.P., BERSUSA, A.A.S. et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 377-385, feb. 2006.

PAUL, E. A., GEMSON, D. H. Nondrug treatment of hypertension: a survey of black physicians in New York State. **J Natl Med Assoc**, New York, v. 81, n. 12, p. 1233-1239, dec. 1989.

PAVLEKOVIC, G., SOSIC, Z. et al. A comprehensive program in the fight against chronic non-infectious diseases in a basic population group--the Belec Study. IV. The interventional model. **Lijec Vjesn**, Zagreb, v. 114, n. 9-12, p. 220-226, sept/dec. 1992.

PAWLOWSKI, T., KOZAKIEWICZ, K. et al. Assessment of interventions conducted in the program Southern Poland Epidemiological Survey in adults with high hypercholesterolemia. **Pol Arch Med Wewn**, Warszawa, v. 109, n. 5, p. 503-510, may. 2003.

PELLEGRINI, A., BUSS, P. M. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, jan/mar. 2007.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PÉRES, D.S., MAGNA, J.M et al. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 635-642, oct. 2003.

PETERSON, J. A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. **J Am Acad Nurse Pract**, Philadelphia, v. 19, n. 7, p. 349-357, jul. 2007.

PHAROAH, P. D. e SANDERSON, S. P. Health promotion in primary care: modelling the impact of intervention on coronary heart disease and stroke. **J Public Health Med**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 150-156, jun. 1995.

- PICCINI, R.X., FACCHINI, L.A. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 657-667, jul/sept. 2006.
- PICCINI, R.X., VICTORA, C.G. Hipertensão Arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 261-67, 1994.
- PIRES, C. G., MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 229-236, mar. 2009.
- PLESCIA, M., GROBLEWSKI, M. A community-oriented primary care demonstration project: refining interventions for cardiovascular disease and diabetes. **Ann Fam Med**, Leawood, v. 2, n. 2, p. 103-109, mar/apr. 2004.
- RABELLO, C. C. P., PIERIN, A. M. G. et al. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre a medida da pressão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, p. 127-134, jun. 2004.
- RADAELLI, S.M., TAKEDA, S.M.P. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 232-240, jun. 1990.
- RIBEIRO, R.C.. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p. 47-54, 1997.
- RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 501-509, mar/apr. 2007.
- ROBSON, C. **Real World Research: A resource for social scientists and practitioner - reserchers**. Blackwell, 1998.
- RODRÍGUEZ MARTÍN, C., CASTAÑO SÁNCHEZ, C. et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 83, p.441-452, may/jun. 2009.
- ROSA, T. E., BERSUSA, A. A. S. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, p. 158-171, jun. 2009.
- ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z e LIMA, M. V. N. **Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde: Fortaleza, 1998-2003**: Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SALA, A., NEMES FILHO, A. et al. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 161-167, apr. 1996.

SALA, A., COHEN, D.D. et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, p. 463-471, dec. 1993.

SALA, A., NEMES, M.I.B. et al. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, p. 741-751, apr. 1998.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem**. 5ª edição São Paulo: editora da universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, J. L. F., WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: papel da universidade. **Revista Estudos Avançados da USP**, São Paulo, v. 13 n. 35, p.71-88, jan/apr. 1999.

SANTOS, V.C., SOARES, C.B. et al. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 777-781, dec. 2007.

SANTOS, Z. M., SILVA, R. M. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: um análise no âmbito da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, p. 206-211, mar/apr. 2006.

SANTOS, Z. M.e. FROTA, M. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 332-340, july/sept. 2005.

SARAIVA, K. R., SANTOS, S. A. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, p. 263-270, 2007.

SARQUIS, L. M. M., DELL'ACQUA, M. C. Q, et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, p. 335-353, dec. 1998.

SCHEINOWITZ, M., R. DANKNER, et al. Pre-participation screening of individuals engaging in noncompetitive physical activity. **Harefuah**, Tel Aviv, v. 147, n.7, p. 611-617, jul. 2008.

SENGWANA, M.J., PUOANE, T. Knowledge, beliefs and attitudes of community health workers about hypertension in the Cape Peninsula, South Africa. **Curationis**, Pretoria, v. 27, n. 1, p. 65-71, mar. 2004.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde. Atenção Básica – Saúde da Família**, 2007. [Acesso em 06 de agosto de 2007] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABS>

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Atenção Básica – Saúde da Família**, 2010. [Acesso em 15 de junho de 2010] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABS>

SICA, D. A. Management of hypertension in the outpatient setting. **Prim Care**, Abingdon, v. 35, n. 3, p. 451-473, vi, sept. 2008.

SILVA Jr. e cols. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas In: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SILVA Jr. **Vigilância da Dant no contexto da Vigilância em Saúde no Brasil: Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SILVA, T. R., C. FELDMAM, et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, p. 180-189, sept/otc. 2006.

SIMONS-MORTON, D. G., HOGAN, P. et al. Characteristics of inactive primary care patients: baseline data from the activity counseling trial. For the Activity Counseling Trial Research Group. **Prev Med**, New York, v. 31, n. 5, p. 513-521, nov. 2000.

SINDALL, C. Health promotion and chronic disease: building on the Ottawa Charter, not betraying it? **Health Promot. Int.**, Oxford, v. 16, n. 3, p. 215-217, 2001.

SJOSTROM, M., KARLSSON, A. B. et al. A four week residential program for primary health care patients to control obesity and related heart risk factors: effective

application of principles of learning and lifestyle change. **Eur J Clin Nutr**, London, v.53, Suppl 2: p. S72-77, 1999. Supplement 2.

SOARES, J.C.R.S., CAMARGO JUNIOR, K.R.. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007.

SOL, B. G. et al. Vascular risk management through nurse-led self-management programs. **J Vasc Nurs**, Norwood, v. 23, n. 1, p. 20-24, mar. 2005.

SOLAR. O., IRWIN, A. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde**, maio 2005.

SOUSA, L.B., SOUZA, R.K.T. et al. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, p. 496-503, oct. 2006.

SOUZA, M.L.P., GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 91-99, 2008. Suplemento 1.

SPANGLER, J. G., KONEN, J. C. Predicting exercise and smoking behaviors in diabetic and hypertensive patients. Age, race, sex, and psychological factors. **Arch Fam Med**, Chicago, v. 2, n. 2, p. 149-155, feb. 1993.

SUBIAS LOREN, P. J., GARCIA-MATA, J. R. et al. Effectiveness of preventive activities analyzed within the framework of health centers involved in the Program for Preventive Activities and Health Promotion (PAPPS) of the semFYC. Group for the Evaluation of PAPPS. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 25, n.6, p. 383-389, apr. 2000.

SVETKEY, L. P., HARSHA, D. W. et al. Premier: a clinical trial of comprehensive lifestyle modification for blood pressure control: rationale, design and baseline characteristics. **Ann Epidemiol**, New York, v. 13, n. 6, p. 462-471, jul. 2003.

TAN, E. K., CHUNG, W. L. et al. Characteristics, and disease control and complications of hypertensive patients in primary-care - a community-based study in Singapore. **Ann Acad Med Singapore**, Singapore, v. 38, n. 10, p.850-856, oct. 2009.

TAYLOR, R. Prevention and control of non-communicable diseases in Pacific Island nations. Prospects and constraints. **Med J**, Sydney, v.2, n.8, p. 389-394, oct. 1983.

TENCONI, M. T. New indications for the prevention of cardiovascular diseases. **Ann Ig**, Roma, v. 20, n.3, p. 53-57, may/jun. 2008. Suplemento 1.

- TOLEDO, M. M., RODRIGUES, S. C. et al. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, p. 233-238, apr/jun. 2007.
- TONSTAD, S., ALM, C. S. et al. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. **Eur J Cardiovasc Nurs**, Amsterdam, v. 6, n. 2, p. 160-164, jun. 2007.
- TOPRAK, D., DEMIR, S.. Treatment choices of hypertensive patients in Turkey. **Behav Med**, Knoxville, v. 33, n. 1, p. 5-10, 2007.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, p. 223-238, may/aug. 2007.
- TURK, M. W., TUIITE, P. K. et al.. Cardiac health: primary prevention of heart disease in women. **Nurs Clin North Am**, Philadelphia, v. 44, n. 3, p. 315-325, sept. 2009.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 221-295. 1993.
- VARIS, J., SAVOLA, H. et al.. Treatment of hypertension in Finnish general practice seems unsatisfactory despite evidence-based guidelines. **Blood Press**, Oslo, v. 18, n.1-2, p. 62-67, 2009.
- VASCONCELOS, F. F., VICTOR, J. F. et al. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, p. 178-183, apr/jun. 2005.
- VICTOR, J. F., XIMENES, L. B. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 49-54, jan/feb. 2009.
- VICTOR, J.F., VASCONCELOS, F.F.et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 724-730, dec. 2007.
- WESTPHAL, M. F., MENDES, R. **Revisão das ações de promoção e prevenção primária das doenças não transmissíveis no Brasil (Estudo 2)**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.
- WESTPHAL, M. F. et al. **Informações Básicas sobre as doenças não transmissíveis e fatores de risco para elaboração de análises econômicas incluindo prevalência, duração das doenças, mortalidade e outras informações básicas. (Estudo 4)**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS. G.W.S. (et al.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006

WHELTON, P. K. et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. **JAMA**, Chicago, v. 288, n. 15, p. 1882-1888, oct. 2002.

WIDMAR, B. When cure is care: diagnosis and management of pulmonary arterial hypertension. **J Am Acad Nurse Pract**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 104-112, mar. 2005.

WIESEMANN, A., S. LUDT, et al. Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a German community--results of the GP-based Oestringen study. **Patient Educ Couns**, Princeton, v. 55, n. 1, p. 40-47, oct. 2004.

WIESEMANN, A., J. METZ, et al. Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention. **Int J Sports Med**, Stuttgart, v. 18, n.4, p.: 308-315, may. 1997.

WOOLLARD, J., BURKE, V. et al.. Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. **J Cardiovasc Risk**, London, v. 10, n. 1, p. 31-40, feb. 2003.

XAVIER, A. J., REIS, S. S. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p.1543-1551, sept/oct. 2008.

YOSEFY, C., DICKER, D. et al.. The Ashkelon Hypertension Detection and Control Program (AHDC Program): a community approach to reducing cardiovascular mortality. **Prev Med**, New York, v. 37, n. 6, pt. 1, p. 571-576, dec. 2003.

ZINDAH, M., BELBEISI, A. et al. Obesity and diabetes in Jordan: findings from the behavioral risk factor surveillance system, 2004. **Prev Chronic Dis**, Atlanta, v. 5, n. 1, p. A17, jan. 2008.

ZIONE, F., ALMEIDA, E.S. Políticas públicas e sistema de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A. e CESAR, C.L.G, org. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (via participante)

Título do Projeto: Práticas de Promoção da Saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza: o foco no controle da Hipertensão Arterial.

Pesquisador Responsável: Ana Mattos Brito de Almeida Andrade

Este projeto está sendo proposto como condição parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP. Tem por objetivo identificar as práticas de Promoção da Saúde relativas ao controle da hipertensão arterial utilizadas pelos Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Fortaleza. Pretende também analisar os benefícios das mesmas práticas para os usuários e as facilidades e dificuldades para sua implementação. O conhecimento produzido a partir desse estudo será oferecido como subsídio para a mesma Secretaria Municipal da Saúde analisar a adequação de suas políticas e propostas de reorientação dos serviços de saúde, em especial as ações de Promoção da Saúde utilizadas no controle da Hipertensão Arterial.

Gostaria de pedir sua colaboração, respondendo questionário e/ou participando de algumas entrevistas, individuais ou em grupo. No questionário serão solicitadas informações sobre as ações de controle da HA desenvolvidas nos Centros de Saúde, na perspectiva da Promoção da Saúde e sobre a organização e funcionamento do serviço. Nas entrevistas será solicitada sua opinião em relação às práticas de Promoção da Saúde relacionadas ao Controle da HA, realizado nos Centros de Saúde, seus benefícios para os usuários, barreiras e facilitadores para sua implementação.

Peço sua autorização para gravar as entrevistas para que possa fazer análises posteriores, assim como publicar os resultados encontrados durante a pesquisa em revistas e congressos científicos. Seu nome não será em nenhum momento identificado. Todas as informações permanecerão em sigilo, serão guardadas e utilizadas apenas para as finalidades da pesquisa.

Durante a execução do projeto você não sofrerá nenhum tipo de risco físico, mental e social e será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com a própria pesquisadora nos telefones (85-3242.0213 ou 9925.5636) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Eu, *Ana Mattos Brito de Almeida Andrade*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável

Assinatura pesquisadora responsável:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (via pesquisador)

Título do Projeto: Práticas de Promoção da Saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza: o foco no controle da Hipertensão Arterial.

Pesquisador Responsável: Ana Mattos Brito de Almeida Andrade

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Fortaleza, ____ de _____ de ____ .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO 2



Almeida, AMB & Westphal,
MF, 2008

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**QUESTIONÁRIO SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
RELATIVAS AO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA²²**

Para ser aplicado aos Coordenadores dos Centros de Saúde do município

QUESTIONÁRIO SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO NAS UBASF	NQUES
A. INFORMAÇÕES GERAIS	
Nome Completo:	
Telefone para contato:	
E-mail:	
1. Sexo: 1. Feminino () 2. Masculino ()	V001A
2. Idade: _____ anos	V002A
3. Graduação em :	V003A
4. Possui Especialização? 1. Sim (), descreva qual: _____ 2. Não ()	V004A
5. Possui Mestrado? 1. Sim (), descreva qual: _____ 2. Não ()	V005A
6. Possui Doutorado? 1. Sim (), descreva qual: _____ 2. Não ()	V006A
7. Cargo atual: 1. Coordenador da SER () 2. Coordenador da Atenção Primária SER () 3. Coordenador da Unidade ou Centro de Saúde - CS () 4. Coordenador Programa de Hipertensão () 5. Outro () Qual -	V007A
8. Tempo no cargo atual: _____ anos _____ meses	V008A
9. Tempo nesta Unidade ou CS: _____ anos _____ meses	V009A
10. Tempo na Regional: _____ anos _____ meses	V010A
11. Já exerceu cargos de chefia anteriormente? 1. Sim () 2. Não ()	V011A
12. Se sim descreva quais:	V012A
B. INFORMAÇÕES SOBRE A SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL (SER) E CENTROS DE SAÚDE	
13. Em qual Secretaria Executiva Regional (SER) sua Unidade está vinculada: 1. 1ª SER () 2. 2ª SER () 3. 3ª SER () 4. 4ª SER () 5. 5ª SER () 6. 6ª SER ()	V013B
14. Nome Oficial da Unidade:	V014B
15. Nome fantasia da Unidade:	V015B
16. Qual(is) a(s) Modalidade(s) de assistência na Unidade ou Centro de Saúde: 1. PSF () 2. PACS () 3. UBSAF () 4. PA () 5. AE ()	V016B
17. Idade da Unidade ou CS: _____ anos _____ meses Não sabe ()	V017B

22 Algumas questões desse questionário foram retiradas e/ou adaptadas de **Dowbor, Tatiana Pluciennik. O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo.** (Tese de doutorado), São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2008.

18. Bairro:	V018B
Telefone: _____ fax: _____	
19. Número de Equipe Saúde de Família (ESF) Completas:	V019B
20. Número de ESF incompletas:	V020B
21. Ausência de quais profissionais: 1. Médico () 2. Enfermeiro () 3. Dentista () 4. Aux. de enfermagem () 5. Agente Comunitário de Saúde () 6. Outro () – qual:	V021B
22. Tempo da Unidade com ESF: _____ anos _____ meses Não sabe ()	V022B
23. Tempo da Unidade com PACS: _____ anos _____ meses Não sabe ()	V023B
24. Número de ACS:	V024B
25. Este Centro conta com profissionais da Residência em Saúde da Família? 1. Sim () 2. Não ()	V025B
26. Se sim, em quantas equipes:	V026B
27. Quantidade de profissionais por anos de residência: 1. R1 () 2. R2 ()	V027B
28. Tempo da Residência na Unidade: _____ anos _____ meses	V028B
29. Total de Famílias cadastradas na Unidade/CS com ESF ou PACS? : a. Valor oficial: _____ b. Valor aproximado: _____ c. Não sabe: ()	V029B
30. Total de Famílias acompanhadas: a. Valor oficial: _____ b. Valor aproximado: _____ c. Não sabe: ()	V030B
C. TENDO COMO REFERÊNCIA SEU CENTRO DE SAÚDE, por favor indique a frequência de realização das atividades listadas utilizando a tabela de frequência abaixo. Em situações intermediárias, assinale a alternativa que mais se aproxima da realidade	
Diariamente – 1 Trimestralmente – 4 Nunca – 0 Semanalmente – 2 Semestralmente – 5 Não sabe – 99 Mensalmente – 3 Anualmente – 6 Sem padrão de regularidade - 88	
C1. FREQUÊNCIA das atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas:	
31. Consulta Médica ()	V031C
32. Consulta de Enfermagem ()	V032C
33. Consulta Odontológica ()	V033C
34. Pronto atendimento ()	V034C
35. Primeiros socorros ()	V035C
36. Dispensação de medicamentos ()	V036C
37. Aplicação de medicamentos ()	V037C
38. Vacinação ()	V038C
39. Inalação ()	V039C
40. Visita domiciliar do Médico ()	V040C
41. Visita domiciliar do Enfermeiro ()	V041C
42. Visita domiciliar do Auxiliar de Enfermagem ()	V042C
43. Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ()	V043C
44. Identificação e análise de dados epidemiológicos visando a identificação de grupos de risco ()	V044C
45. Atividades de grupo ()	V045C
46. Se sim quais:	V046C
47. Outra atividade, qual: _____ ()	V047C
48. Outra atividade, qual: _____ ()	V048C
49. Outra atividade, qual: _____ ()	V049C
C2. FREQUENCIA das atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis.	
50. Aconselhamento individual ()	V050C
51. Realização e/ou veiculação de campanhas ()	V051C
52. Se sim quais:	V052C
53. Condução de palestras ()	V053C

54. Se sim, quais:	V054C
55. Outra atividade, qual: _____ ()	V055C
56. Outra atividade, qual: _____ ()	V056C
57. Outra atividade, qual: _____ ()	V057C
C3. FREQUENCIA das atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais.	
58. Realização de grupos ()	V058C
59. Se sim, quais:	V059C
60. Outra atividade, qual: _____ ()	V060C
61. Outra atividade, qual: _____ ()	V061C
62. Outra atividade, qual: _____ ()	V062C
C4. FREQUENCIA das atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhoria da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais.	
63. Terapia comunitária ()	V063C
64. Atividades de identificação de problemas e/ou vulnerabilidades locais ()	V064C
65. Se sim, quais:	V065C
66. Atividades de educação ()	V066C
67. Se sim, quais:	V067C
68. Atividades de lazer ()	V068C
69. Se sim, quais:	V069C
70. Atividades de geração de renda ()	V070C
71. Se sim, quais:	V071C
72. Outra atividade, qual: _____ ()	V072C
73. Outra atividade, qual: _____ ()	V073C
74. Outra atividade, qual: _____ ()	V074C
C5. FREQUÊNCIA das atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população	
75. Reuniões de equipe para definição de políticas locais de Promoção da Saúde ()	V075C
76. Participação de profissionais da Unidade em Conferências de saúde ()	V076C
77. Participação de profissionais da Unidade no Orçamento participativo ()	V077C
78. Participação de prof. da Unidade em reuniões/ oficinas de planejamento local ()	V078C
79. Participação de prof. da Unidade em reuniões de planejamento municipal ()	V079C
80. Participação de prof. da Unidade em conselhos locais, educação, etc. ()	V080C
81. Participação de prof. da Unidade em conselhos regionais ou nacionais ()	V081C
82. Atividades que estimulem a comunidade participar de conselhos, planejamento... ()	V082C
83. Organização de conselhos gestores locais ()	V083C
84. Se sim, quais:	V084C
85. Organização de grupos de trabalho ()	V085C
86. Se sim, quais:	V086C
87. Outra atividade, qual: _____ ()	V087C
88. Outra atividade, qual: _____ ()	V088C
89. Outra atividade, qual: _____ ()	V089C
D. Além das atividades descritas por você no bloco de questões anterior (C), a Unidade que você trabalha realizou nos últimos dois anos ações de Promoção da Saúde que não estivessem exclusivamente relacionadas com o tratamento e/ou prevenção de doenças específicas? Se sim, por favor, exemplifique e indique a frequência segundo tabela abaixo:	

Diariamente – 1 Semanalmente – 2 Mensalmente – 3	Trimestralmente – 4 Semestralmente – 5 Anualmente – 6	Nunca – 0 Não sabe – 99 Sem padrão de regularidade - 88	
90. Ação: _____ ()			V090D
91. Ação: _____ ()			V091D
92. Ação: _____ ()			V092D
93. Ação: _____ ()			V093D
94. Ação: _____ ()			V094D
95. Ação: _____ ()			V095D
96. A Unidade de Saúde que você trabalha realiza ou realizou nos últimos dois anos parcerias com outros setores, instituições ou equipamentos? Se sim, por favor indique quais? 1. Escolas públicas () 2. Escolas privadas () 3. Casas de cultura () 4. Comércio local () 5. Igrejas/grupos religiosos () 6. ONGs locais () 7. ONGs internacionais () 8. Hospitais privados () 9. Hospitais públicos () 10. Soc. Amigos do bairro () 11. Outro: _____			V096D
E. Informações sobre o Programa de Hipertensão Arterial			
97. Número de pessoas com Hipertensão Arterial Cadastradas: a. Valor oficial: _____ b. Valor aproximado: _____ c. Não sabe: ()			V097E
98. Número de pessoas com Hipertensão Arterial Acompanhadas: a. Valor oficial: _____ b. Valor aproximado: _____ c. Não sabe: ()			V098E
99. Número de pessoas atendidas no último mês com HA: a. Valor oficial: _____ b. Valor aproximado: _____ c. Não sabe: ()			V099E
100. A Unidade de Saúde que você trabalha realiza atividades para fazer diagnóstico de HA na população que reside na área de abrangência da unidade que você coordena? 1. Sim () 2. Não ()			V100E
101. Se sim, por favor descreva as atividades foram realizadas na Unidade nos últimos dois anos e qual sua frequência: _____			V101E
102. A Unidade realizou nos últimos dois anos alguma parceria com outras instituições referente ao Programa de HA? 1. Sim () 2. Não ()			V102E
103. Se sim por favor, escreva com quem foi a parceria, descreva quais as atividade realizadas em conjunto, local e qual sua frequência:			V103E
E1. Quais as orientações que repassou a cada categoria, neste último ano, para o trabalho com Programa de HA em sua Unidade?			
104. Médico			V104E
105. Esse médico é residente: 1. Sim () 2. Não ()			V105E
106. Enfermeiro:			V106E
107. Esse enfermeiro é residente: 1. Sim () 2. Não ()			V107E
108. Dentista:			V108E
109. Esse dentista é residente: 1. Sim () 2. Não ()			V109E
110. Auxiliar de enfermagem:			V110E
111. Agente Comunitário de Saúde:			V111E
E2. Nos últimos dois anos foi oferecida alguma forma de capacitação aos integrantes das equipes sobre o Programa de Hipertensão Arterial?			
112. Médicos: 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei ()			V112E
113. Se sim, descreva qual temática e sua frequência?			V113E

114. Enfermeiro: 1.Sim () 2. Não () 3. Não sei ()	V114E									
115. Se sim, descreva qual temática e sua frequência?	V115E									
116. Dentista: 1.Sim () 2. Não () 3. Não sei ()	V116E									
117. Se sim, descreva qual temática e sua frequência?	V117E									
118. Auxiliar de Enfermagem: 1.Sim () 2. Não () 3. Não sei ()	V118E									
119. Se sim, descreva qual temática e sua frequência?	V119E									
120. Agente Comunitário de Saúde: 1.Sim () 2. Não () 3. Não sei ()	V120E									
121. Se sim, descreva qual temática e sua frequência?	V121E									
122. O que é Promoção da Saúde para você?	V122E									
123. O Centro de Saúde que você coordena faz atividades de Promoção da Saúde? 1. Sim () 2. Não ()	V123E									
124. Existe alguma atividade de Promoção da Saúde realizada em função do Programa de Hipertensão Arterial? 1. Sim () 2. Não ()	V124E									
125. Se sim, por favor descreva qual:	V125E									
126. Se sim. Qual(is) categoria(s) profissional(is) está(ão) mais envolvida(s) nas atividades de Promoção da Saúde ligadas ao programa de Hipertensão Arterial? 1. Médica () 2. Enfermagem () 3. Dentista () 4. Auxiliar de Enfermagem () 5. Agente Comunitário de Saúde ()	V126E									
127. Por quê?	V127E									
E2. A Unidade ou CS que você trabalha realizou nos últimos dois anos alguma atividade relacionada aos fatores de risco associados ao Controle da HA com a população? Se sim, por favor, exemplifique e indique a frequência segundo tabela abaixo: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Diariamente – 1</td> <td style="width: 33%;">Trimestralmente – 4</td> <td style="width: 33%;">Nunca – 0</td> </tr> <tr> <td>Semanalmente – 2</td> <td>Semestralmente – 5</td> <td>Não sabe – 99</td> </tr> <tr> <td>Mensalmente – 3</td> <td>Anualmente – 6</td> <td>Sem padrão de regularidade - 88</td> </tr> </table>		Diariamente – 1	Trimestralmente – 4	Nunca – 0	Semanalmente – 2	Semestralmente – 5	Não sabe – 99	Mensalmente – 3	Anualmente – 6	Sem padrão de regularidade - 88
Diariamente – 1	Trimestralmente – 4	Nunca – 0								
Semanalmente – 2	Semestralmente – 5	Não sabe – 99								
Mensalmente – 3	Anualmente – 6	Sem padrão de regularidade - 88								
128. Atividade Física ()	V128E									
129. Se sim, descreva a atividade?	V129E									
130. Nutrição ()	V130E									
131. Se sim, descreva a atividade?	V131E									
132. Tabagismo ()	V132E									
133. Se sim, descreva a atividade?	V133E									
134. Álcool ()	V134E									
135. Se sim, descreva a atividade ?	V135E									
E3. Cite as três principais barreiras para realizar ações de Controle da HA e seus fatores de risco na perspectiva da Promoção da Saúde?										
136. Barreira 1:	V136E									
137. Barreira 2:	V137E									
138. Barreira 3:	V138E									
E4. Cite os três principais potenciais/facilitadores para realizar ações de Controle da HA e seus fatores de risco na perspectiva da Promoção da Saúde?										

139. Facilitador 1:	V139E
140. Facilitador 2:	V140E
141. Facilitador 3:	V141E
Espaço para outras observações que deseja fazer sobre o questionário e/ou as questões formuladas:	
Muito Obrigada pelo preenchimento desse questionário!	

ANEXO 3

Roteiros das entrevistas em profundidade

II. Roteiro entrevista – Secretário Municipal de Saúde

a) Políticas gerais da gestão:

1. Nos questionários já aplicados identificamos a ênfase nas consultas médicas e no uso da medicação no controle da HA. Alguns Centros de Saúde citaram outras iniciativas relacionadas ao controle dos fatores de risco no controle da HA, tais como café da manhã saudável, atividades física, caminhadas, terapia comunitária, trabalho junto às rezadeiras, artesanato como iniciativa de geração de renda, e outros. Gostaríamos de saber qual orientação geral da secretaria para o controle da HA pelos Centros de Saúde?
2. Qual a relação dessas orientações da secretaria com a PNPS e da PNAB, a as políticas de apoio a ESF?
3. Qual a prioridade dada dentro dessa política de atenção básica do município ao controle da HA e seus fatores de risco e DSS?
4. Tendo em vista a orientação geral da Secretaria, como são escolhidos os Coordenadores das SER e dos Centros de Saúde?
5. Pensando na PS e prevenção da HA que estratégias foram planejadas para atuação diante dos fatores e condições (DSS) de risco da HA?

b) Orçamento

6. Existe algum percentual do orçamento destinado a esse controle da HA e seus fatores e condições (DSS) de risco?
7. Como as políticas de financiamento da ESF interferem nas iniciativas de controle da HA e seus fatores condições (DSS) de risco?
8. Como as atuais políticas de gerenciamento do município interferem nessa iniciativa?

c) Capacitação:

9. Como as atuais políticas de capacitação interferem no controle da HA e seus fatores e condições (DSS) de risco?
10. Como foi previsto nas diretrizes dessa administração o trabalho de envolvimento dos coordenadores de diferentes regionais e Centros de Saúde na reorientação da Atenção Básica?
11. Foi prevista alguma estratégia de mudança de atribuições para os coordenadores das Regionais e Centros de Saúde?
12. Foi previsto alguma estratégia de capacitação dos coordenadores das Regionais e dos Centros de Saúde e destes para os profissionais e técnicos que atuam nestes CS?

d) Residência Saúde da Família:

13. Qual o papel da Residência SF nessa política de gestão?
14. E o papel da RSF em relação ao controle da HA seus fatores e condições (DSS) de risco?

15. Como é considerada a Promoção da Saúde no currículo da Residência?
16. E na prática dos profissionais a PS tem sido incorporada? Se sim, poderia citar algum exemplo?

e) Avaliação:

17. A iniciativa do controle da HA, suas condições e fatores de risco desenvolvidos pelos CS estão sendo avaliadas? Como? Qual resultado?
18. Quais são, na sua opinião, os principais facilitadores que a administração contou para o desenvolvimento dessa iniciativa (controle da HA)?
19. Quais são, na sua opinião, as principais barreiras que a administração enfrentou para o desenvolvimento dessa iniciativa (controle da HA)?
20. Na sua opinião, quais as principais causas dessas barreiras?
21. A equipe de gestão conseguiu enfrentar e superar as barreiras? De que forma?
22. Quais são as perspectivas para a próxima gestão em relação:
 - a. a política geral implementada;
 - b. a política de PS;
 - c. e o controle da HA seus fatores e condições de risco

II. Coordenadora Municipal da Atenção Básica e Coordenadora Municipal do Programa de Hipertensão Arterial.

a) Políticas gerais da gestão:

1. Nos questionários já aplicados identificamos a ênfase nas consultas médicas e no uso da medicação no controle da HA. Alguns Centros de Saúde citaram outras iniciativas relacionadas ao controle dos fatores de risco no controle da HA, tais como café da manhã saudável, atividades física, caminhadas, terapia comunitária, trabalho junto às rezadeiras, artesanato como iniciativa de geração de renda, e outros. Gostaríamos de saber qual orientação geral da sua coordenadoria de Atenção Básica para a Promoção da Saúde, prevenção e cura de doenças?
2. Quais são as orientações gerais para o controle da HA pelos Centros de Saúde? Que ações devem ser feitas?
3. Qual a prioridade dada dentro dessa política de atenção básica do município ao controle da HA e seus fatores e condições (DSS) de risco?
4. Capacitação:
5. Quais são as atividades de capacitação dos Coordenadores e profissionais das equipes dos Centros de Saúde?
6. Como foi previsto nas diretrizes dessa coordenadoria o trabalho de envolvimento dos coordenadores dos Centros de Saúde e dos profissionais na reorientação da Atenção Básica?
7. Foi prevista alguma estratégia de mudança de atribuições para os coordenadores dos Centros de Saúde?
8. Como as atuais políticas de capacitação interferem no controle da HA e seus fatores e condições (DSS) de risco?

b) Residência Saúde da Família:

9. Qual o papel do Sistema Municipal Saúde Escola e da Residência Saúde da Família na implementação e sustentabilidade da atual política de gestão?
10. Qual o espaço para Promoção da Saúde nas estratégias e conteúdo de educação permanente do SMSE e RSF?
11. E na prática dos profissionais no controle da HA e suas condições (DSS) e fatores de risco, a PS tem sido incorporada? Se sim, poderia citar algum exemplo?

c) Avaliação:

12. A iniciativa do controle da HA, suas condições e fatores de risco desenvolvidos pelos CS estão sendo avaliadas? Como? Qual resultado?
13. Quais são, na sua opinião, os principais facilitadores que a administração contou para o desenvolvimento dessa iniciativa (controle da HA)?
14. Quais são, na sua opinião, as principais barreiras que a administração enfrentou para o desenvolvimento dessa iniciativa (controle da HA)?
15. Na sua opinião, quais as principais causas dessas barreiras?
16. Quais são as perspectivas para a próxima gestão?

III. Atividades Extras identificadas:

A) Academia da Comunidade:

1. A partir de entrevistas realizadas com as Coordenações dos CS tivemos conhecimento que algumas atividades corporais têm sido oferecidas para a comunidade que reside na área de atuação dos CS. Soubemos também que a Academia da Comunidade é uma das entidades parceiras dos CS neste tipo de atividade. Como surgiu essa iniciativa?
2. Você poderia descrever algumas das atividades?
3. Quais os critérios de inclusão das pessoas nos grupos?
4. Qual o papel desempenhado pela Academia da Comunidade no planejamento, organização e execução dessas atividades com a clientela dos CS?
5. Que tipo de profissionais trabalha na Academia da Comunidade?
6. Existe algum processo de capacitação da Academia da Comunidade para os profissionais dos CS?
7. Essas atividades têm sido avaliadas?
 - a. Como?
 - b. Qual resultado para saúde da população?
8. Quais os principais facilitadores com o desenvolvimento dessa iniciativa?
9. Existem barreiras ou dificuldades para o desenvolvimento dessas iniciativas? Se sim, quais? Como estão sendo enfrentadas?
10. Existem pessoas com HA que frequentam essas atividades?
11. Existem controles específicos para as pessoas que têm HA?
12. Que resultados tem sido identificados para essas pessoas com HA?

B) Corpo de Bombeiros (idem A);

C) Sistema Municipal Saúde Escola:

1. O que é o SMSE?
2. Quais são as instituições que fazem parte desse Sistema?
3. Que tipo de atividades são realizadas pelo SMSE?
4. E quais dessas atividades são direcionadas aos profissionais que atuam nos CS?
5. Existe alguma atividade de formação específica para o controle da HA?
6. Como se dá o monitoramento a avaliação dessas atividades realizadas pelo SMSE nos CS?
7. Quais os principais facilitadores com o desenvolvimento dessa iniciativa?
8. Existem barreiras ou dificuldades para o desenvolvimento dessas iniciativas?
Se sim, quais? Como estão sendo enfrentadas?

D) Residência Saúde da Família:

1. Como surgiu a iniciativa da RSF?
2. Quem foram os idealizadores, a quem se destina e quais os objetivos dessa formação para os profissionais?
3. Qual a instituição de ensino responsável por esta residência?
4. Qual o currículo da Residência?
5. A PS faz parte desse currículo?
 - a. Que conteúdos são ministrados e qual a metodologia utilizada para formação dos estudantes?
6. O controle da HA faz parte desse currículo?
 - a. Que conteúdos são ministrados e qual a metodologia utilizada para formação dos estudantes?
7. Como se dá a avaliação dos estudantes ao longo do processo de formação na RSF?
8. Quais os locais de trabalho desses residentes?
9. Qual o critério de escolha desses locais, especialmente dos CS?
10. Quais os principais facilitadores com o desenvolvimento dessa iniciativa?
11. Existem barreiras ou dificuldades para o desenvolvimento dessas iniciativas?
 - a. Se sim, quais?
 - b. Como estão sendo enfrentadas?

E) Curso Técnico Agente de Saúde;

1. Como está o currículo do Curso Técnico dos Agentes Comunitários de Saúde de Fortaleza?
2. Qual a duração do curso?
3. Quais os principais objetivos do curso?
4. Quais as estratégias utilizadas para o alcance desses objetivos?
5. Quem são os professores responsáveis em formar os ACS?
6. A PS faz parte desse currículo?
 - a. Que conteúdos são ministrados e qual a metodologia (concentração e dispersão) utilizada para formação dos estudantes?
7. O controle da HA faz parte desse currículo?
 - a. Que conteúdos são ministrados e qual a metodologia (concentração e dispersão) utilizada para formação dos estudantes?

8. Como se dá a avaliação dos estudantes ao longo do processo de formação dos ACS?
9. Quais os principais facilitadores com o desenvolvimento dessa iniciativa?
10. Existem barreiras ou dificuldades para o desenvolvimento dessas iniciativas?
 - a. Se sim, quais?
 - b. Como estão sendo enfrentadas?

V. Centros de Saúde que mais se aproximam da perspectiva sócio-ambiental

A) Médico ou enfermeiro que atenda pacientes do Programa de Hipertensão Arterial

1. No questionário respondido pelo Coordenador do Posto sobre as práticas de Promoção da Saúde relativas ao controle da Hipertensão Arterial, foram citadas algumas iniciativas como, por exemplo, a (Atividade física, educação nutricional, tabagismo, álcool, reciclagem de lixo, artesanato, trabalhos em escolas, dança, caminhadas, hidroginástica, terapia comunitária). Esse Centro de Saúde faz alguma dessas atividades?
 - a. Como surgiu essa iniciativa?
2. A partir de quando vocês começaram a fazer essas atividades?
3. Você já ouviu falar na Política Nacional de Promoção da Saúde?
 - a. Se sim: qual a relação dessa iniciativa com a Promoção da Saúde?
4. Quais os profissionais envolvidos nessas iniciativas?
5. Como se dá o envolvimento deles?
6. Os profissionais envolvidos passaram por alguma capacitação para desenvolver essa atividade?
 - a. Se sim, qual?
7. Como são planejadas e divulgadas essas atividades na comunidade?
8. Quais os critérios de inclusão da clientela para participarem das iniciativas (são cadastradas, frequência controlada, colocam informações no prontuário)?
9. Quais os principais facilitadores com o desenvolvimento dessa iniciativa?
10. Quais as principais dificuldades?
 - a. Elas foram superadas?
 - b. Se sim de que maneira?
11. Como essas atividades são contabilizadas (qual item) na produção do Centro de Saúde? (SIAB, Pacto de Atenção Básica...).
12. Essa iniciativa tem sido avaliada?
 - a. Como?
 - b. Qual resultado?
13. Como é feita a supervisão dessas atividades?
14. Qual a visão dos coordenadores (Posto, Atenção Básica das SER e do município) sobre essas iniciativas?
15. Existe alguma forma de apoio concreta desses coordenadores a essas iniciativas?
16. Qual a visão da comunidade em relação a essas iniciativas?
17. Qual o tipo de envolvimento da comunidade nessas iniciativas?
18. Você gostaria de falar mais alguma coisa que possa nos ajudar com a análise dessas questões, algo que não foi perguntado?

B) Agente de Saúde que acompanha pacientes do Programa de Hipertensão Arterial

1. No questionário respondido pelo Coordenador do Posto sobre as práticas de Promoção da Saúde relativas ao controle da Hipertensão Arterial, foram citadas algumas iniciativas como, por exemplo, a (Atividade física, educação nutricional, tabagismo, álcool, reciclagem de lixo, artesanato, trabalhos em escolas, dança, caminhadas, hidroginástica, terapia comunitária). Esse Centro de Saúde faz alguma dessas atividades?
 - a. Como surgiu essa iniciativa?
2. A partir de quando começaram essas atividades?
3. Como é a participação do Agente de Saúde nessa atividade?
4. Os ACS envolvidos passaram por alguma capacitação para desenvolver essa atividade? Se sim, qual?
5. Que outros profissionais estão envolvidos nessas iniciativas?
 - a. Como se dá o envolvimento deles?
6. Como são planejadas e divulgadas essas atividades na comunidade?
7. Quais os critérios de inclusão para as pessoas participarem das iniciativas (são cadastradas, frequência controlada, colocam informações no prontuário)?
8. Quem é o responsável por isso?
9. Quais os principais facilitadores com o desenvolvimento dessa iniciativa?
10. Quais as principais dificuldades?
 - a. Elas foram superadas?
 - b. Se sim de que maneira?
11. Você saberia dizer como essas atividades são registradas na produção do Centro de Saúde? (SIAB, Hiperdia, etc.)
12. Essa iniciativa tem sido avaliada?
 - a. Como?
 - b. Qual resultado?
13. Como é feita a supervisão dessas atividades?
14. Na sua opinião, o que os médicos e enfermeiros acham dessas atividades?
15. Existe alguma forma de apoio concreta desses profissionais ou dos coordenadores a essas iniciativas?
16. O que a comunidade pensa sobre essas atividades?
17. Qual o tipo de envolvimento da comunidade nessas iniciativas?
18. Você poderia me dizer o que entende pelo Conceito de Promoção da Saúde?
19. Na sua opinião, qual a relação dessas iniciativas com a Promoção da Saúde?
20. Você gostaria de falar mais alguma coisa que possa nos ajudar com a análise dessas questões, algo que não foi perguntado?

VI. Centros de Saúde que mais se afastam da perspectiva sócio-ambiental

A) Médico ou enfermeiro que atenda pacientes do Programa de Hipertensão Arterial

21. Nós verificamos com cuidado o questionário respondido pelo coordenador do posto sobre as práticas de Promoção da Saúde relativas ao controle da Hipertensão Arterial e percebemos que não foram mencionadas parcerias, nem ações de PS que não estivessem exclusivamente relacionadas com o tratamento

e/ou prevenção de doenças específicas, além de ações de PS ou de PS no controle da HA e seus fatores e condições de risco. Qual sua opinião sobre isso?

22. Já foram desenvolvidas iniciativas como esta na sua Unidade?
 - a. Porque foram/são interrompidas?
23. Que tipo de barreiras ou dificuldades estão sendo encontradas para o desenvolvimento dessas iniciativas?
24. Existe algum espaço ou momento em que essas dificuldades podem ser compartilhadas? (quais, de que forma, ajudam a dar encaminhamentos para superação das dificuldades)
25. Qual sua opinião sobre o envolvimento da comunidade nas atividades propostas pelo posto?
26. Nos processos de capacitação que vem sendo desenvolvidos pela Secretaria essas questões estão sendo abordadas?
 - a. Se sim, como?
27. Na sua opinião, o que seria necessário ser feito pelos CS na tentativa de diminuir a morbidade decorrente da HA e suas conseqüências como AVC?
28. Você já ouviu falar da Política Nacional de Promoção da Saúde?
29. Você poderia me dizer o que entende pelo conceito de Promoção da Saúde?
30. Qual a relação dessas iniciativas com a Promoção da Saúde?
31. Você gostaria de falar mais alguma coisa que possa nos ajudar com a análise dessas questões, algo que não foi perguntado?

B) Agentes de Saúde que acompanham pacientes do Programa de Hipertensão Arterial

1. Nós verificamos com cuidado o questionário respondido pelo coordenador do posto sobre as práticas de Promoção da Saúde relativas ao controle da Hipertensão Arterial e percebemos que não foram mencionadas parcerias, nem ações de Promoção da Saúde que não estivessem ligadas com o tratamento e/ou prevenção de doenças específicas. Qual sua opinião sobre isso?
2. Já foram desenvolvidas iniciativas como esta na sua Unidade?
 - a. Porque foram interrompidas?
3. Que tipo de barreiras ou dificuldades estão sendo encontradas para o desenvolvimento dessas iniciativas?
4. Existe algum espaço ou momento em que essas dificuldades podem ser compartilhadas? (quais, de que forma, ajudam a dar encaminhamentos para superação das dificuldades)
5. Como você acha que os médicos, enfermeiros e dentistas incentivam a participação nessas atividades?
6. Qual sua opinião sobre o envolvimento da comunidade nas atividades propostas pelo posto?
7. Existe algum trabalho sendo realizado com os familiares sobre o controle da Hipertensão Arterial?
8. Porque você acha que eles tem dificuldades em participar das atividades?
9. Nos processos de capacitação que vem sendo desenvolvidos pela Secretaria essas questões estão sendo abordadas?

- a. Se sim, como?
10. Na sua opinião, o que seria necessário ser feito pelos CS na tentativa de diminuir a as doenças e agravos decorrente da Hipertensão Arterial e suas conseqüências como AVC?
 11. Você poderia me dizer o que entende pelo Conceito de Promoção da Saúde?
 12. Na sua opinião, qual a relação dessas iniciativas com a Promoção da Saúde?
 13. Você gostaria de falar mais alguma coisa que possa nos ajudar com a análise dessas questões, algo que não foi perguntado?

ANEXO 04 - RELATÓRIO ESTATÍSTICO

I. Análise C1: Atividades que objetivam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças através de intervenções biomédicas;

CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS C1:

			Agrupamento ACM 1				Total
			1	2	3	4	
31. Consulta Médica	diário	n	56	5	2	0	63
		%	88,9%	7,9%	3,2%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,7	,5	,3	-6,6	
	mensal	n	1	0	0	0	1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,4	-,3	-,2	-,2	
	faz,mas não apontou freq.	n	0	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,6	-,4	-,3	8,1	
Total	n	57	5	2	2	66	
EF p=0,003	%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%	

			Agrupamento ACM 1				Total
			1	2	3	4	
32. Consulta de Enfermagem	diário	n	56	4	2	0	62
		%	90,3%	6,5%	3,2%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	3,7	-,4	,4	-5,7	
	mensal	n	1	0	0	0	1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,4	-,3	-,2	-,2	
	faz,mas não apontou freq.	n	0	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,6	-,4	-,3	8,1	
	sem padrão	n	0	1	0	0	1
		%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,5	3,5	-,2	-,2	
	Total	n	57	5	2	2	66
	EF p=0,001	%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%

			Agrupamento ACM 1				Total
			1	2	3	4	
33. Consulta Odontologica	nunca	n	1	0	0	0	1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,4	-,3	-,2	-,2	
	diário	n	54	5	2	0	61
		%	88,5%	8,2%	3,3%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,8	,7	,4	-5,0	
	mensal	n	1	0	0	0	1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%

		Resíduo ajustado	,4	-,3	-,2	-,2	
faz,mas não apontou freq.	n	0	0	0	2	2	
	%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	-3,6	-,4	-,3	8,1		
sem padrão	n	1	0	0	0	1	
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	,4	-,3	-,2	-,2		
Total EF, p=0,017	n	57	5	2	2	66	
	%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%	

			Agrupamento ACM 1				Total
			1	2	3	4	
40. Visita domiciliar do Medico	diário	n	9	0	0	0	9
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,3	-,9	-,6	-,6	
	semanal	n	46	5	1	0	52
		%	88,5%	9,6%	1,9%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,0	1,2	-1,0	-2,8	
	mensal	n	1	0	1	0	2
		%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,5	-,4	3,9	-,3	
	trimestral	n	1	0	0	0	1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,4	-,3	-,2	-,2	
	faz,mas não apontou freq.	n	0	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,6	-,4	-,3	8,1	
	Total EF, p = 0,004	n	57	5	2	2	66
		%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%

			Agrupamento ACM 1				Total
			1	2	3	4	
41. Visita domiciliar do Enfermeiro	diário	n	8	0	0	0	8
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,2	-,9	-,5	-,5	
	semanal	n	48	4	1	0	53
		%	90,6%	7,5%	1,9%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,0	,0	-1,1	-2,9	
	mensal	n	1	0	1	0	2
		%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,5	-,4	3,9	-,3	
	faz,mas não apontou freq.	n	0	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,6	-,4	-,3	8,1	
	sem padrão	n	0	1	0	0	1
		%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,5	3,5	-,2	-,2	
	Total	n	57	5	2	2	66

EF, p < 0,001	%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%
---------------	---	-------	------	------	------	--------

			Agrupamento ACM 1				Total
			1	2	3	4	
43. Visita domiciliar do Agente Com	diário	n	52	3	2	0	57
		%	91,2%	5,3%	3,5%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,9	-1,8	,6	-3,6	
	semanal	n	3	2	0	0	5
		%	60,0%	40,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,8	2,9	-,4	-,4	
	mensal	n	2	0	0	0	2
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,6	-,4	-,3	-,3	
	faz,mas não apontou freq.	n	0	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,6	-,4	-,3	8,1	
Total		n	57	5	2	2	66
EF p < 0,001		%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%

			Agrupamento ACM 1				Total	
			1	2	3	4		
45. Atividades de grupo	nunca	n	0	0	2	0	2	
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	-3,6	-,4	8,1	-,3		
	diário	n	6	0	0	0	6	
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	1,0	-,7	-,5	-,5		
	semanal	n	35	2	0	0	37	
		%	94,6%	5,4%	,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	2,2	-,8	-1,6	-1,6		
	mensal	n	11	0	0	0	11	
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	1,4	-1,0	-,6	-,6		
	faz,mas não apontou freq.	n	3	0	0	2	5	
		%	60,0%	,0%	,0%	40,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	-1,8	-,7	-,4	5,0		
	sem padrão	n	2	3	0	0	5	
		%	40,0%	60,0%	,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	-3,1	4,6	-,4	-,4		
	Total		n	57	5	2	2	66
	EF, p < 0,001		%	86,4%	7,6%	3,0%	3,0%	100,0%

Análise C2: - Atividades que objetivam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis;

CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS:

			Grupo ACM2 - 4 grupos				
			1	2	3	4	Total
50. Aconselhamento individual	nunca	n	2			2	4
		%	50,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,7	-,8	-,5	2,0	
	diário	n	35	5	2	5	47
		%	74,5%	10,6%	4,3%	10,6%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,1	-,6	-1,0	-1,6	
	semanal	n	3		1	1	5
		%	60,0%	,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,3	-,9	1,4	,3	
	faz,mas não apontou freq.	n	1	1	1	1	4
		%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,8	,8	1,6	,6	
	sem padrão	n	2				2
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,0	-,5	-,4	-,6	
	ns	n	1	2		1	4
		%	25,0%	50,0%	,0%	25,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,8	2,4	-,5	,6	
Total	n	44	8	4	10	66	
	EF p<0,001	%	66,7%	12,1%	6,1%	15,2%	100,0%

			Grupo ACM2 - 4 grupos				
			1,00	2,00	3,00	4,00	Total
51. Realizacao e/ou veiculacao de c	nunca	n	1		2		3
		%	33,3%	,0%	66,7%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,3	-,7	4,5	-,7	
	diário	n		2			2
		%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,0	3,9	-,4	-,6	
	semanal	n	1	1			2
		%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,5	1,7	-,4	-,6	
	mensal	n	8	1		2	11
		%	72,7%	9,1%	,0%	18,2%	100,0%
		Resíduo ajustado	,5	-,3	-,9	,3	
	trimestral	n	18				18
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	3,5	-1,8	-1,3	-2,1	
	semestral	n	2	1			3
		%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,0	1,2	-,5	-,7	
anual	n		1			1	
	%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	

	Resíduo ajustado	-1,4	2,7	-,3	-,4	
faz,mas não apontou freq.	n	1	1		2	4
	%	25,0%	25,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-1,8	,8	-,5	2,0	
sem padrão	n	12	1	1	5	19
	%	63,2%	5,3%	5,3%	26,3%	100,0%
	Resíduo ajustado	-,4	-1,1	-,2	1,6	
ns	n	1		1	1	3
	%	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%
	Resíduo ajustado	-1,3	-,7	2,0	,9	
Total	n	44	8	4	10	66
EF p < 0,001	%	66,7%	12,1%	6,1%	15,2%	100,0%

Análise C3 Atividades que objetivam estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais;

		Grupo ACM3 - 4 grupos				
		1,00	2,00	3,00	4,00	Total
58. Realizacao de grupos	n	1	1	8		10
	%	10,0%	10,0%	80,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-1,8	-1,3	4,5	-1,4	
nunca	n	1	5			6
	%	16,7%	83,3%	,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-1,0	3,2	-1,5	-1,0	
diário	n	12	9	1		22
	%	54,5%	40,9%	4,5%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	2,4	1,8	-2,6	-2,3	
semanal	n	3	1	4	2	10
	%	30,0%	10,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-,3	-1,3	1,3	,6	
mensal	n		1			1
	%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-,7	1,6	-,6	-,4	
trimestral	n		1			1
	%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-,7	1,6	-,6	-,4	
anual	n	3		1		4
	%	75,0%	,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	1,7	-1,3	,0	-,8	
sem padrão	n	3		1	4	8

	%	37,5%	,0%	12,5%	50,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	,2	-1,8	-,8	3,2	
ns	n			1	3	4
	%	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-1,5	-1,3	,0	3,7	
Total	n	23	18	16	9	66
EF p < 0,001	%	34,8%	27,3%	24,2%	13,6%	100,0%

IV. Análise C4: Atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhoria da saúde e qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou resolução de problemas locais;

CARACTERIZAÇÃO DOS 4 GRUPOS:

			Grupos (ACM C4)				
			1,00	2,00	3,00	4,00	Total
63. Terapia comunitaria	nunca	n	6	6	4	3	19
		%	31,6%	31,6%	21,1%	15,8%	100,0%
	diário	n	1		1		2
		%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
	semanal	n	14	3	1	4	22
		%	63,6%	13,6%	4,5%	18,2%	100,0%
	mensal	n	2				2
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	trimestral	n	1				1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	anual	n	1				1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	faz, não freq	n	1		1	2	4
		%	25,0%	,0%	25,0%	50,0%	100,0%
sem padrão	n	2	2		1	5	
	%	40,0%	40,0%	,0%	20,0%	100,0%	
não sabe	n	2	1	2	5	10	
	%	20,0%	10,0%	20,0%	50,0%	100,0%	
Total	n	30	12	9	15	66	
EF p=0,291	%	45,5%	18,2%	13,6%	22,7%	100,0%	

			Grupos (ACM C4)				
			1,00	2,00	3,00	4,00	Total
vulnerabilidades locais	nunca	n		8		3	11
		%	,0%	72,7%	,0%	27,3%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,3	5,1	-1,4	,4	
	diário	n	14		1		15
		%	93,3%	,0%	6,7%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	4,2	-2,1	-,9	-2,4	
	semanal	n	7		5		12
		%	58,3%	,0%	41,7%	,0%	100,0%

		Resíduo ajustado	1,0	-1,8	3,1	-2,1	
mensal	n		6	1	1		8
	%		75,0%	12,5%	12,5%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		1,8	-,4	-,1	-1,6	
trimestral	n		2				2
	%		100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		1,6	-,7	-,6	-,8	
faz, não freq	n		1		1		2
	%		50,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		,1	-,7	1,5	-,8	
sem padrão	n			3	1	2	6
	%		,0%	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
	Resíduo ajustado		-2,3	2,1	,2	,7	
não sabe	n					10	10
	%		,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		-3,1	-1,6	-1,4	6,3	
Total	n		30	12	9	15	66
	%		45,5%	18,2%	13,6%	22,7%	100,0%

			Grupos (ACM C4)					
			1,00	2,00	3,00	4,00	Total	
66. Atividades de educacao	nunca	n		7			7	
		%		,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado		-2,6	5,9	-1,1	-1,5	
diário	n		8	2	3		13	
	%		61,5%	15,4%	23,1%	,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado		1,3	-,3	1,1	-2,2		
semanal	n		15	2	1	2	20	
	%		75,0%	10,0%	5,0%	10,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado		3,2	-1,1	-1,3	-1,6		
mensal	n		5		3	1	9	
	%		55,6%	,0%	33,3%	11,1%	100,0%	
	Resíduo ajustado		,7	-1,5	1,9	-,9		
trimestral	n		1				1	
	%		100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado		1,1	-,5	-,4	-,5		
faz, não freq	n				1	3	4	
	%		,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado		-1,9	-1,0	,7	2,6		
sem padrão	n		1	1		4	6	
	%		16,7%	16,7%	,0%	66,7%	100,0%	
	Resíduo ajustado		-1,5	-,1	-1,0	2,7		
não sabe	n				1	5	6	
	%		,0%	,0%	16,7%	83,3%	100,0%	
	Resíduo ajustado		-2,3	-1,2	,2	3,7		
Total	n		30	12	9	15	66	
	%		45,5%	18,2%	13,6%	22,7%	100,0%	

			Grupos (ACM C4)				
			1,00	2,00	3,00	4,00	Total
68. Atividades de lazer	nunca	n	7	7		3	17
		%	41,2%	41,2%	,0%	17,6%	100,0%
		Resíduo ajustado	-4	2,9	-1,9	-6	
	diário	n	2				2
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,6	-7	-6	-8	
	semanal	n	3			1	4
		%	75,0%	,0%	,0%	25,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,2	-1,0	-8	,1	
	mensal	n	6				6
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,8	-1,2	-1,0	-1,4	
	trimestral	n	5	2			7
		%	71,4%	28,6%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,5	,8	-1,1	-1,5	
	semestral	n	1	1			2
		%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,1	1,2	-6	-8	
	anual	n	1				1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Resíduo ajustado		1,1	-5	-4	-5		
faz, não freq	n				4	4	
	%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	-1,9	-1,0	-8	3,8		
sem padrão	n	5	2		4	11	
	%	45,5%	18,2%	,0%	36,4%	100,0%	
	Resíduo ajustado	,0	,0	-1,4	1,2		
não sabe	n			9	3	12	
	%	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	-3,5	-1,8	6,8	,2		
Total	n	30	12	9	15	66	
EF p < 0,001	%	45,5%	18,2%	13,6%	22,7%	100,0%	

			Grupos (ACM C4)				
			1,00	2,00	3,00	4,00	Total
70. Atividades de geracao de renda	nunca	n	19	12		7	38
		%	50,0%	31,6%	,0%	18,4%	100,0%
		Resíduo ajustado	,9	3,3	-3,8	-1,0	
	diário	n	1				1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,1	-5	-4	-5	
	semanal	n	1				1
		%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,1	-5	-4	-5	
	mensal	n	2				2

	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	1,6	-7	-6	-8	
anual	n	1				1
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	1,1	-5	-4	-5	
faz, não freq	n				1	1
	%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-,9	-5	-4	1,9	
sem padrão	n	3			2	5
	%	60,0%	,0%	,0%	40,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	,7	-1,1	-,9	1,0	
não sabe	n	3		9	5	17
	%	17,6%	,0%	52,9%	29,4%	100,0%
	Resíduo ajustado	-2,7	-2,3	5,5	,8	
Total	n	30	12	9	15	66
EF p < 0,001	%	45,5%	18,2%	13,6%	22,7%	100,0%

V. Análise C5 Atividades que objetivam a elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interfiram na saúde e/ou qualidade de vida da população

CARACTERIZAÇÃO DOS 6 GRUPOS:

			Grupo ACM5 - 6 grupos						Total
			1	2	3	4	5	6	
75.de promocao da saude	nunca	n						2	2
		%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,9	-,6	-1,1	-,5	-,3	5,0	
	diário	n			2	1	1		4
		%	,0%	,0%	50,0%	25,0%	25,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,3	-,9	,7	1,0	2,6	-,6	
	semanal	n	11	6	8	5		1	31
		%	35,5%	19,4%	25,8%	16,1%	,0%	3,2%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,4	,6	-1,5	1,4	-1,4	-1,3	
	mensal	n	3	3	9				15
		%	20,0%	20,0%	60,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,7	,4	2,3	-1,5	-,8	-1,3	
	trimestral	n			1				1
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,6	-,5	1,4	-,3	-,2	-,3	
	semestral	n			1				1
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,6	-,5	1,4	-,3	-,2	-,3	
	anual	n	1		2				3
		%	33,3%	,0%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	,2	-,8	1,2	-,6	-,3	-,5	

faz, não freq	n						2	2
	%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	-,9	-,6	-1,1	-,5	-,3	5,0	
sem padrão	n	3	2		1	1		7
	%	42,9%	28,6%	,0%	14,3%	14,3%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado	1,0	,9	-2,0	,3	1,8	-,8	
Total	n	18	11	23	7	2	5	66
	%	27,3%	16,7%	34,8%	10,6%	3,0%	7,6%	100,0%

			Grupo ACM5 - 6 grupos						Total
			1	2	3	4	5	6	
85. Organizacao de grupos de trabal	nunca	n	18	1		1		2	22
		%	81,8%	4,5%	,0%	4,5%	,0%	9,1%	100,0%
		Resíduo ajustado	7,0	-1,9	-4,2	-1,1	-1,0	,3	
	semanal	n		3	4				7
		%	,0%	42,9%	57,1%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,7	2,0	1,3	-1,0	-,5	-,8	
	mensal	n			9	2		1	12
		%	,0%	,0%	75,0%	16,7%	,0%	8,3%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,3	-1,7	3,2	,8	-,7	,1	
	trimestral	n			1				1
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,6	-,5	1,4	-,3	-,2	-,3	
	anual	n			5	1			6
		%	,0%	,0%	83,3%	16,7%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,6	-1,1	2,6	,5	-,5	-,7	
	faz, não freq	n			1			2	3
		%	,0%	,0%	33,3%	,0%	,0%	66,7%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,1	-,8	-,1	-,6	-,3	4,0	
	sem padrão	n		5	3	3			11
		%	,0%	45,5%	27,3%	27,3%	,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,2	2,8	-,6	2,0	-,6	-1,0	
	não sabe	n		2			2		4
		%	,0%	50,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,3	1,8	-1,5	-,7	5,7	-,6	
Total	n	18	11	23	7	2	5	66	
	%	27,3%	16,7%	34,8%	10,6%	3,0%	7,6%	100,0%	

EF p < 0,001

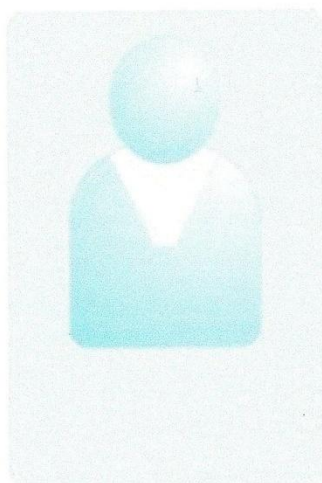
VII. Análise C7

CARACTERIZAÇÃO DOS 3 GRUPOS:

			Grupo ACM7 - 3 grupos			Total
			1,00	2,00	3,00	
128. Atividade Física	nunca	n	2	13	1	16
		%	12,5%	81,3%	6,3%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,5	2,2	-1,1	
	diário	n	4	6	0	10
		%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,0	,2	-1,5	
	semanal	n	6	7	2	15
		%	40,0%	46,7%	13,3%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,3	-1,0	-,2	
	mensal	n	2	2	0	4
		%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,1	-,3	-,9	
	trimestral	n	0	2	0	2
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,9	1,2	-,6	
semestral	n	0	3	0	3	
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	-1,1	1,5	-,7		
faz, não freq	n	1	1	0	2	
	%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	,7	-,2	-,6		
sem padrão	n	3	4	0	7	
	%	42,9%	57,1%	,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	1,0	,0	-1,2		
não sabe	n	0	0	7	7	
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	Resíduo ajustado	-1,7	-3,3	6,6		
Total	n	18	38	10	66	
EF p < 0,001	%	27,3%	57,6%	15,2%	100,0%	
			Grupo ACM7 - 3 grupos			Total
			1,00	2,00	3,00	
130. Nutricao	nunca	n	1	16	0	17
		%	5,9%	94,1%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,3	3,5	-2,0	
	diário	n	4	6	1	11
		%	36,4%	54,5%	9,1%	100,0%
		Resíduo ajustado	,7	-,2	-,6	
	semanal	n	5	3	0	8
		%	62,5%	37,5%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,4	-1,2	-1,3	
	mensal	n	5	2	0	7
		%	71,4%	28,6%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,8	-1,6	-1,2	
	trimestral	n	1	2	0	3
		%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,7	1,0	-,3	

	%		33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		,2	,3	-,7	
semestral	n		0	1	0	1
	%		,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		-,6	,9	-,4	
anual	n		0	2	0	2
	%		,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		-,9	1,2	-,6	
faz, não freq	n		0	3	1	4
	%		,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		-,1,3	,7	,6	
sem padrão	n		2	3	0	5
	%		40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		,7	,1	-1,0	
não sabe	n		0	0	8	8
	%		,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Resíduo ajustado		-1,8	-3,5	7,1	
Total	n		18	38	10	66
EF p < 0,001	%		27,3%	57,6%	15,2%	100,0%
			Grupo ACM7 - 3 grupos			
			1,00	2,00	3,00	Total
132. Tabagismo	nunca	n	1	23	0	24
		%	4,2%	95,8%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-3,2	4,8	-2,6	
	diário	n	5	2	0	7
		%	71,4%	28,6%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,8	-1,6	-1,2	
	semanal	n	5	1	0	6
		%	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	3,2	-2,1	-1,1	
	mensal	n	4	1	0	5
		%	80,0%	20,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	2,8	-1,8	-1,0	
	trimestral	n	0	1	0	1
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-,6	,9	-,4	
	anual	n	0	4	0	4
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,3	1,8	-,9	
	faz, não freq	n	0	2	1	3
		%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		Resíduo ajustado	-1,1	,3	,9	
	sem padrão	n	3	4	0	7
		%	42,9%	57,1%	,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	1,0	,0	-1,2	
	não sabe	n	0	0	9	9
		%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		Resíduo ajustado	-2,0	-3,8	7,6	
Total		n	18	38	10	66

EF p < 0,001			%	27,3%	57,6%	15,2%	100,0%
			Grupo ACM7 - 3 grupos				
			1,00	2,00	3,00	Total	
134. Alcool	nunca	n	1	32	0	33	
		%	3,0%	97,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	-4,4	6,5	-3,4		
	diário	n	4	0	0	4	
		%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	3,4	-2,4	-,9		
	semanal	n	6	0	0	6	
		%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	4,2	-3,0	-1,1		
	mensal	n	4	2	0	6	
		%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	2,3	-1,3	-1,1		
	anual	n	0	1	0	1	
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	-,6	,9	-,4		
	faz, não freq	n	0	1	1	2	
		%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
		Resíduo ajustado	-,9	-,2	1,4		
sem padrão	n	3	2	0	5		
	%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%		
	Resíduo ajustado	1,7	-,8	-1,0			
não sabe	n	0	0	9	9		
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%		
	Resíduo ajustado	-2,0	-3,8	7,6			
Total		n	18	38	10	66	
EF p < 0,001		%	27,3%	57,6%	15,2%	100,0%	



Ana Mattos Brito de Almeida

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1996) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2001). Atualmente é doutoranda em Saúde Pública pela USP. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase na Atenção Primária e Promoção da Saúde. Trabalha ainda com consultorias na área da Infância.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 25/03/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4899711651204481>



**Certificado
pelo autor em
25/03/10**

Dados pessoais

Nome	Ana Mattos Brito de Almeida
Nome em citações bibliográficas	ANDRADE, Ana M. B. Almeida ou ALMEIDA, Ana. M. B.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Av Dr. Arnaldo, 715 Pinheiros 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil

Formação acadêmica/Titulação

2006	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Título:</i> Ações de promoção de saúde na estratégia saúde da família no município de Fortaleza com enfoque no controle da hipertensão arterial, <i>Orientador:</i> Márcia Faria Westphal.
1999 - 2001	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 4). Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil. <i>Título:</i> Resiliência enquanto modelo de atuação na estratégia de intervenção do Programa Saúde da Família (PSF), <i>Ano de Obtenção:</i> 2001. <i>Orientador:</i> Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher.
1992 - 1996	Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Formação complementar

2007 - 2007	Empoderamento, part. social e promoção da saúde. (Carga horária: 20h). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
2005 - 2005	Competências Municipais. (Carga horária: 40h). Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e Unicef.
2004 - 2005	Desenvolvimento de Lideranças em Saúde. (Carga horária: 120h). Escola de Saúde Pública do Ceará.
2004 - 2004	Reeditores Estaduais em Competências Familiares. (Carga horária: 40h). Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e Unicef.



Marcia Faria Westphal

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B

É professora titular da Universidade de São Paulo especialista em Saúde Coletiva/Saúde Pública com ênfase na Promoção da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, educação em saúde, cidades saudáveis, municípios saudáveis e participação popular. Possui graduação em Ciências Políticas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1965), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982). Foi Vice Presidente para a América Latina da International Union for Health Promotion and Education de 1998-2007. Atualmente é Presidente do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. (Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 25/10/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6103638507870970>



**Certificado
pelo autor em
25/10/09**

Dados pessoais

Nome	Marcia Faria Westphal
Nome em citações bibliográficas	WESTPHAL, M. F.; Westphal, Márcia Faria; Westphal, Marcia F.; Westphal, Marcia Faria; Westphal, Márcia F.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01242904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667766 Ramal: 7766 Fax: (11) 30854760 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

- 1992** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: PARTICIPAÇÃO POPULAR E POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: O CASO DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, *Ano de obtenção:* 1992.
Palavras-chave: Promoção da Saúde; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PARTICIPAÇÃO POPULAR.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Promoção de Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Educação Em Saúde.
Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
- 1990 - 1990** Pós-Doutorado .
United Nations University - Maastricht.
Bolsista do(a): Banco Interamericano de Desenvolvimento, , .
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Promoção de Saúde.
- 1990 - 1990** Pós-Doutorado .
École des Hautes Études en Sciences Sociales.
Bolsista do(a): Banco Interamericano de Desenvolvimento, , .
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Promoção de Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Educação Em Saúde.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)