



## Artigo Original

### PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*HEALTH PROMOTION IN THE PERCEPTION OF THE STRATEGY OF FAMILY HEALTH NURSING PROFESSIONALS*

*PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE LA ESTRATEGÍA SALUD DE LA FAMILIA*

Maria do Socorro Vieira Lopes<sup>1</sup>, Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>2</sup>, Léa Maria Moura Barroso<sup>3</sup>, Eline Mara Tavares Macêdo<sup>4</sup>, Rayane Portela da Costa<sup>4</sup>, Luiz Carlos de Sousa Furtado<sup>4</sup>

Objetivou-se conhecer a percepção de profissionais de saúde da família sobre promoção da saúde; identificar as práticas adotadas para promover saúde e as facilidades e dificuldades em realizar tais práticas. Pesquisa qualitativa, realizada em quatro Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE, Brasil. Foram sujeitos 11 profissionais das equipes. Os dados foram coletados mediante entrevistas e analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo os discursos coletados, a promoção da saúde configurava-se como repasse de conhecimento em sessões educativas, com vistas a prevenir e tratar doenças, melhorando a qualidade de vida. Das práticas utilizadas, tem-se o atendimento em programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Das dificuldades, o desinteresse tanto da clientela quanto de profissionais.

**Descritores:** Pessoal de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Família.

We aimed to know the family health professionals' perception on health promotion; identify the practices adopted to promote health; and identify the easiness and difficulties to carry out such practices. This is a qualitative research, carried out in four Family Health Units in Fortaleza, CE, Brazil. 11 nursing professionals of the teams were subjects of study; the data were collected by interviews and analyzed through the Discourse of Collective Subject – DCS. According to the collected speeches, health promotion means the transmission of knowledge in educational sessions, the prevention and treatment of diseases, improving the quality of life. The used practices followed the programs recommended by the Health Department. Among the difficulties we verified the lack of interest both from the patients as well as from the nursing professionals.

**Descriptors:** Health Personnel; Health Promotion; Family Health.

El objetivo fue conocer la percepción de profesionales de salud de la familia acerca de la promoción; identificar las prácticas adoptadas para promover la salud y las facilidades y dificultades de tales prácticas. Investigación cualitativa, en cuatro Centros de Salud de la Familia en Fortaleza, Ceará, Brasil. Fueron sujetos 11 profesionales del equipo. Los datos fueron colectados a través de entrevistas y analizados a través del Discurso del Sujeto Colectivo. Según los discursos, la promoción de la salud es la transferencia de conocimientos en las sesiones educativas, para prevenir y tratar las enfermedades, mejorando la calidad de vida. De las prácticas, se tiene el cumplimiento de los programas establecidos por el Ministerio de Salud. De las dificultades, hay la falta de interés tanto para la clientela como para los profesionales.

**Descriptores:** Personal de Salud; Promoción de la Salud; Salud de la Familia.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e da Universidade Regional do Cariri/URCA. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: socorrovieira@unifor.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora da Universidade Regional do Cariri - URCA. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em enfermagem pela UFC. Professora da UNIFOR. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: leammbarroso@gmail.com

<sup>4</sup>Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE). Brasil. E-mail: elinemara@bol.com.br

<sup>5</sup>Enfermeiro pela UNIFOR. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: rayaneportela@yahoo.com.br; furtadoluz@ig.com.br

## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde pode ser compreendida como estratégia para o enfrentamento de diversos problemas que afetam a saúde das populações, considerando a concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado e os diversos fatores determinantes. Ademais, é uma das quatro tarefas essenciais da saúde, dentre a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação.

Ter saúde representa deter de condições de vida decente, de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, necessitando de esforço coordenado dos setores políticos, sindicais e empresariais, educadores e profissionais da saúde. A estes, caberia definir normas e fixar padrões<sup>(1)</sup>.

Com o modelo da história natural da doença de Leavell e Clark, descreveram-se três níveis de medidas preventivas, em que se classificou a promoção da saúde como o primeiro nível de atenção<sup>(2)</sup>. *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe de Lalonde, foi o primeiro documento a utilizar o termo, baseado no conceito de campo da saúde, e a introduzir os determinantes de saúde. Esse conceito considerou quatro componentes: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde, dentre os quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde<sup>(1-2)</sup>.

Ao longo dos últimos 25 anos, movimentos internacionais vêm contribuindo para o surgimento do conceito e dos princípios da promoção da saúde, incentivando o desenvolvimento de forma concreta, mediado pela prática. Três importantes conferências internacionais estabeleceram as bases conceituais e políticas sobre o tema, a que aconteceu em Ottawa, em 1986; Adelaide, em 1988; e Sundsväl, em 1991. No entanto, as de Bogotá, em 1992; Jacarta, em 1997; e México, em 2000, apresentaram o tema para discussão

formal e ampliada. Dessa maneira, o termo vem influenciando a saúde mundialmente<sup>(2)</sup>.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo"<sup>(3:19)</sup>. Desta forma, responsabiliza também a comunidade pela promoção da saúde. Promover saúde é compartilhar com a sociedade a responsabilidade do cuidar.

Nesse sentido, é necessário, além de cooperação inter e multissetorial, a utilização de estratégias educativas, sendo fundamental a realização da educação em saúde para capacitar a população para atuar como promotora da saúde. A promoção da saúde se diferencia da prevenção, pois tem como meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença, porque busca atingir as causas básicas e não somente evitar que as patologias se manifestem em indivíduos<sup>(4)</sup>.

O conceito de promoção da saúde vem se ampliando ao longo dos anos. Contudo, cogita-se: será que os profissionais acompanharam esse processo, assimilando o significado da promoção da saúde como adotado nas políticas públicas de saúde? Ou será que ainda o compreendem como sinônimo de prevenção de doenças? Qual a concepção que os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família – ESF têm a respeito do que seja promoção da saúde? Estes profissionais se veem como promotores de Saúde? Que práticas realizam e consideram ser ações de promoção da saúde?

Logo, este estudo objetivou conhecer a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre promoção da saúde, identificar as práticas adotadas para promover a saúde da população e as facilidades e dificuldades encontradas para realizar tais práticas.

Considera-se importante que profissionais da Estratégia Saúde da Família reconheçam sua responsabilidade sobre as repercussões das políticas públicas sobre a saúde e as condições de vida da população. Neste contexto, os profissionais devem estar preparados para enfrentar a realidade, sendo primordial conhecer o significado de promoção da saúde, permitindo reflexão sobre o tema.

## MÉTODO

Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em quatro Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI-SER VI, de Fortaleza-CE, Brasil. As unidades foram selecionadas por serem campos de estágio para acadêmicos de Enfermagem.

Dos dezenove Centros de Saúde da Família, foram selecionados quatro da referida regional, utilizando como critérios de inclusão: possuir mais de duas equipes de saúde da família, mesmo que não estivessem completas, mas constituídas por médicos e enfermeiros, atuando pelo menos há seis meses na unidade de saúde e que aceitassem participar da pesquisa.

Os sujeitos foram onze profissionais, quatro médicos e sete enfermeiras que compunham as equipes. A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2009, através de entrevista com questões norteadoras sobre promoção da saúde. Realizou-se caracterização dos sujeitos quanto à faixa etária, ao tempo de formação, à realização de especialização ou residência em Saúde da Família e ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família - ESF. Como recurso para registro das informações, foi utilizado gravador, após permissão dos sujeitos.

Os dados foram analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conjunto de dados apresentados através de discurso síntese, escrito na primeira pessoa do singular, relacionando manifestações linguísticas de

variados pensamentos sobre uma ideia central. O DSC fornece fidelidade ao que foi recolhido nas entrevistas, o que permite qualidade ao conteúdo, proporcionando o desenvolvimento do "eu" coletivo através do emprego de duas figuras metodológicas: a Ideia Central (IC) e as Expressões-Chave (ECH)<sup>(5)</sup>.

Seguiram-se os seis passos do DSC: organização do material, quando as respostas dos sujeitos foram transcritas através do "Instrumento de Análise de Discurso (IAD)", dividido em grupos: ECH e IC; identificação e retirada das ECH, ou seja, de trechos do discurso que identificavam as ideias centrais; transposição das IC para as IADs correspondentes; rotulação com letras A, B e C para cada grupo de IC com mesmo sentido; denominação de cada um dos grupos de IC, conferindo-lhes uma IC síntese que expressassem todos os outros; e construção do DSC<sup>(5)</sup>.

Para preservação do anonimato dos profissionais, utilizou-se no IAD a sigla "P", de Profissional, seguida da ordem da entrevista. Atendendo à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(6)</sup>, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê e Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, conforme parecer nº 008/2009.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos sujeitos do estudo

Considerou-se pertinente breve apresentação dos sujeitos do estudo para a visualização da categoria profissional (médico ou enfermeiro da ESF), tempo de formação, especialização ou residência em saúde pública ou saúde da família. A caracterização poderá contribuir para identificação da compreensão dos profissionais de saúde sobre promoção da saúde.

Os sujeitos deste estudo foram constituídos por onze profissionais que atuavam na ESF, quatro médicos

e sete enfermeiros, com faixa etária de 25 a 60 anos. Oito profissionais atuavam na ESF em período superior a dez anos e três, em período inferior a cinco anos. Dos onze profissionais, nove concluíram o curso de especialização em saúde da família e dois estavam cursando residência em saúde da família.

O tempo de inserção na ESF, bem como a capacitação nessa área, pode contribuir para concepções a respeito do que seja promoção da saúde.

### Discursos do Sujeito Coletivo – DSC

Enfatizou-se a análise da percepção dos profissionais (médicos e enfermeiros) que atuavam na Estratégia de Saúde da Família - ESF acerca da promoção da saúde.

**Quadro 1** - Instrumento de Análise de Discurso (IAD) - Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros acerca da promoção da saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2009.

Expressões-chave	Ideias centrais
P1: <i>Estratégia de repasse à nossa clientela de como fazer para melhorar, garantir a permanência da saúde, através de sessões educativas, de uma forma bem prática, bem direta. Não mais aquele negócio de falar, falar, mas sim um diálogo entre profissional e comunidade.</i>	Repasse de conhecimentos para melhorar a saúde. (A) Sessões educativas. (A) Diálogo entre profissionais e comunidade. (A)
P2: <i>Estratégia para tratar as doenças.</i>	Tratar doenças. (B)
P3: <i>Conjunto de ações que facilitam na melhoria da qualidade de vida das pessoas.</i>	Ações para melhorar a qualidade de vida. (C)
P4: <i>São ações que a gente pode desenvolver para que as pessoas tenham uma vida mais saudável, evitar doenças e tratá-las também.</i>	Conjunto de ações para ter uma vida saudável. (C)
P5: <i>Evitar com que a doença apareça, melhorando o estado geral da pessoa.</i>	Prevenção de doenças. (B)
P6: <i>São ações que devemos adotar para melhorar qualidade de vida dos usuários.</i>	Ações para melhorar qualidade de vida. (C)
P7: <i>Prevenção das doenças.</i>	Prevenção das doenças. (B)
P8: <i>Promoção é a parte que o médico promove palestras para os pacientes prevenir as doenças, essa é o conceito básico de promoção.</i>	Promove palestras para os pacientes prevenir as doenças. (B)
P9: <i>A gente utiliza um grupo de gestante, hipertenso e diabetes. São oportunidades de a gente conhecer vários dos nossos clientes da unidade para poder estar conversando sobre a prevenção desta doença, acompanhamento do pré-natal completo, para evitar problemas no parto, puerpério, de alguns idosos perguntando como está a saúde dele para evitar possíveis complicações.</i>	Grupo para prevenção de doenças e complicações. (B)
P10: <i>condições para que não ocorra a doença</i>	Condições para que não ocorra a doença. (B)
P11: <i>Promover saúde é você prevenir antes que a doença se instale.</i>	Prevenir antes que a doença se instale. (B)

As Ideias Centrais (IC) apresentavam o mesmo sentido: repasse de conhecimentos (A); sessões educativas (A); diálogo entre profissionais e comunidade (A), tendo como Ideia Central Síntese a promoção da saúde como repasse de conhecimento em sessões educativas e diálogo entre profissional e comunidade.

Apreenderam-se, também, as outras IC: tratamento de doenças (B); prevenção de doenças (B); promoção de palestras para pacientes prevenirem doenças (B); grupo para prevenção de doenças e complicações (B); condições para que não ocorra a doença (B); prevenção antes que a doença se instale (B); cuja Idéia Central Síntese foi a promoção da saúde como prevenção e tratamento de doenças no indivíduo e na família através de palestras e grupos.

Obtiveram-se, ainda, outras IC: ações para melhorar a qualidade de vida (C); conjunto de ações para ter vida saudável, tendo como Ideia Central Síntese a promoção da saúde relacionada a ações que melhoram a qualidade de vida.

A partir das ideias centrais sínteses, agrupam-se as expressões-chave, formando o DSC que expressam as ideias dos sujeitos em estudo. Tendo o seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: *promoção da saúde é uma estratégia de repasse de conhecimento a nossa clientela através de sessões educativas de uma forma bem prática, bem direta, com diálogo entre profissional e comunidade para melhorar e garantir a permanência da saúde. Também é entendida como prevenir e tratar doenças através de palestras, de grupos, melhorando o estado geral da pessoa e para evitar possíveis complicações. São ações que a gente pode desenvolver para que as pessoas tenham uma vida mais saudável, ações que facilitam na melhoria da qualidade de vida das pessoas.*

O primeiro discurso do sujeito coletivo revelou a compreensão dos sujeitos quanto à promoção de saúde associada ao repasse de informação, prevenção e tratamento de doenças, referindo-se também à qualidade de vida.

O uso inadequado de promoção, quando utilizada como sinônimo de prevenção, advém da ênfase às modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de risco para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde. Esse foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico. A promoção da saúde apresenta-se como estratégia de mediação entre as pessoas e o ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde<sup>(3)</sup>.

Solidariedade, prestação de cuidados, abordagem holística e ecologia, são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Em consequência, o envolvido neste processo deve considerar como princípio orientador que mulheres, homens, adolescentes e idosos devem ser tratados como parceiros iguais em todas as fases de planejamento, implementação e avaliação da atividade de promoção da saúde<sup>(2)</sup>.

A percepção dos profissionais pesquisados em relação à promoção da saúde foi limitada quando referiram promoção associada à prevenção e ao tratamento de doenças, porém se aproximam do conceito de promoção da saúde como adotado na carta de Ottawa, quando destacaram a questão da qualidade de vida. Assim, urge discutir tal conceito com os profissionais, para que este seja compreendido de modo eficaz, influenciando, pois, a clientela assistida com as ideias da promoção da saúde.

A promoção da saúde é considerada campo teórico-prático-político e suas ações devem permear os níveis de complexidade da atenção à saúde, sendo ferramenta para as ações da ESF, nas quais deve ocorrer o deslocamento do olhar dos profissionais da doença para a saúde. Nesta perspectiva, é preciso que

profissionais repensem acerca das práticas, se aproximem dos preceitos de promoção da saúde, como definido nas políticas públicas, envolvendo, no processo de cuidar e assistir os usuários, estratégias que

possibilitem a interação entre famílias e profissionais de saúde, no sentido de buscar alternativas que melhorem a qualidade de vida das pessoas<sup>(2,7)</sup>.

**Quadro 2** - Práticas utilizadas pelos profissionais para promover a saúde dos usuários. Fortaleza, CE, Brasil, 2009.

<b>Expressões-chave</b>	<b>Ideias centrais</b>
P1: <i>Em todos os programas, todas as faixas etárias dos programas: DM, HAS e gestantes.</i>	Programas de DM, HAS e gestantes. (A)
P2: <i>No atendimento clínico orientando os pacientes.</i>	Orientação no atendimento clínico aos pacientes. (B)
P3: <i>Conversar com eles, esclarecendo sobre ações que eles devem ter, os cuidados, o autocuidado com a saúde pessoal, da família, meio ambiente, cuidados com a alimentação e uso abusivo de medicamentos.</i>	Diálogos sobre os cuidados com a saúde pessoal, da família e do meio ambiente. (B)
P4: <i>Através de palestras educativas, teatro envolvendo a comunidade, grupos, pegar os atores sociais, desenvolver isso através de peças teatrais e fazer a educação da comunidade junto conosco, nos colégios também. Através de campanhas sobre a dengue, das imunizações, de ações em grupos e individuais também.</i>	Palestras educativas, teatro, grupos envolvendo a comunidade. (B)  Campanhas sobre a dengue, das imunizações. (A)
P5: <i>Vacinação, palestra para gestante, até uma criança com verminose.</i>	Vacinação. (A) Palestra. (B)
P6: <i>Educação em saúde.</i>	Educação em saúde. (B)
P7: <i>Educação continuada, palestras e consultas de enfermagem.</i>	Educação continuada, palestras. (B) Consultas de enfermagem. (A)
P8: <i>As práticas utilizadas são grupos, palestras, gincanas, para o entendimento geral da população.</i>	São grupos, palestras, gincanas. (B)
P9: <i>A gente desenvolve ações mais preventivas, tenta trabalhar no PSF na estratégia mesmo que é mais a prevenção atendendo uma demanda livre mais espontânea, mais curativa, terapêutica.</i>	Atendimento a uma demanda livre. (A)
P10: <i>Utilizamos programas para hipertensos, diabéticos, DST, prevenção de câncer, puericultura e visita domiciliar com idosos. Atendemos também Tuberculose e Hanseníase.</i>	Utilização de programas e visita domiciliar. (A)
P11: <i>Grupos e palestra de higiene, planejamento familiar.</i>	Grupos e palestra. (B)

Dentre as práticas utilizadas pelos profissionais para promover a saúde, destacaram-se as ICI: Programas de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Gestantes (A); consultas de enfermagem (A); atendimento a demanda livre (A); utilização de programas e visita domiciliar (A); campanhas sobre a dengue e imunizações (A); vacinação (A). Para essas práticas, apresenta-se a Ideia Central Síntese: as práticas utilizadas pelos profissionais referiram-se aos atendimentos de demanda livre, às

consultas, aos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e à visita domiciliar.

Outras IC foram expressas pelos sujeitos: orientação no atendimento clínico aos pacientes (B); diálogo sobre os cuidados com a saúde pessoal, da família e do meio ambiente (B); palestras educativas, teatro, grupos envolvendo a comunidade (A); palestras (B); atendimento de grupo (B); palestras educativas (B); educação em saúde (B); educação continuada, palestras. (B); grupos, palestras, gincanas (B); grupos e

palestras (B). Essas tiveram como Ideia Central Síntese a educação em saúde mediada por palestras, teatros, gincanas individual ou por grupos, práticas utilizadas pelos profissionais.

Para as ideias A e B do Quadro 2, foi construído o seguinte DSC: *a gente desenvolve ações mais preventivas, a gente trabalha no PSF mais a prevenção atendendo uma demanda livre e consultas através dos programas tais como diabetes e hipertensão, com as visitas domiciliares e também através de campanhas sobre a dengue, das imunizações, de ações em grupos e individuais. Utilizo palestras, gincanas para promover a saúde através da educação em saúde com teatros envolvendo a comunidade, realizando as orientações sobre os cuidados pessoais, com família e o meio ambiente.*

O discurso do sujeito coletivo confirma a ideia de promoção da saúde como prevenção de doenças, visão equivocada, pois a prevenção diferencia-se da promoção, esta se relaciona à orientação das ações que detectam maior controle sobre o enfraquecimento dos possíveis fatores de risco ou causais de grupos de enfermidades, ou de enfermidade específica<sup>(2)</sup>.

Assim, os profissionais pesquisados apresentavam visão restrita acerca da promoção da saúde, evidenciado no discurso quando apontaram que promoviam a saúde mediante ações de prevenção e tratamento de doenças nos atendimentos em unidades de saúde, conforme programas pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A compreensão pode estar associada ao antigo paradigma da saúde, cuja visão preventista, ainda, predomina e é assimilada por profissionais. Tal percepção se destaca, pois a maioria das pessoas entende que a proteção contra as doenças é possível através de medidas individuais como, por exemplo, o uso de vacinação<sup>(5)</sup>. A aceção adotada pelos sujeitos deste estudo pode resultar na não concretização de um modelo pautado na promoção da saúde, o qual valoriza o modo como as pessoas percebem e desejam ser saudáveis.

**Quadro 3** - Dificuldades e facilidades encontradas quando se pretende promover a saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2009.

<b>Expressões-chave</b>	<b>Ideias centrais</b>
P1: <i>A dificuldade é a falta de interesse da clientela, eles vêm no momento da consulta, mas quando a gente marca uma sessão educativa, eles acham uma besteira, eles não têm interesse. Facilidade tem sim, mas tem que ter interesse dos profissionais também.</i>	Falta de interesse da clientela. (A)  Ter interesse profissional. (B)
P2: <i>A dificuldade é a demanda grande de pacientes.</i>	Demanda grande de pacientes. (C)
P3: <i>Dificuldades com certeza porque nem sempre a gente obtém o resultado desejado, a gente faz educação em saúde, mas não encontra retorno.</i>	Não obtenção de resultado esperado da educação em saúde realizada. (A)
P4: <i>A dificuldade é o tempo, a gente tem uma demanda grande de pacientes e pouco tempo para promover a saúde. Tem a falta de interesse de certos profissionais.</i>	Demanda grande de pacientes e pouco tempo para promoção da saúde. (C)  Falta de interesse dos profissionais. (A)
P5: <i>Dificuldade é a adesão, palestras que marcamos e não aparecem, vão poucas pessoas. A escola é uma facilidade, o programa da bolsa família que também promove porque passa prevenção. Atendimento dos programas.</i>	Falta de adesão da clientela (A) A escola é uma facilidade, o programa da bolsa família também. (B)
P6: <i>Os vícios dos usuários quanto à medicação e consultas são as maiores dificuldades encontradas</i>	Vícios dos usuários quanto à medicação e consultas. (A)
P7: <i>Dinâmicas de grupo onde a comunidade participa e interage com toda a equipe</i>	Dinâmicas de grupo. (B)
P8: <i>As dificuldades são material e a divulgação. Facilidade é a motivação.</i>	As dificuldades é o material, a divulgação. (A) Motivação. (B)
P9: <i>A dificuldade é o próprio paciente achar que só procura o médico quando estiver doente, dificilmente ele vem para prevenção só vem mesmo na parte curativa. A dificuldade mesmo é com o paciente que ele entenda essa visão da promoção da saúde.</i>	Paciente achar que só procura o médico quando está doente. (A)
P10: <i>Dificuldades: a população inserida no programa de diabetes para a dieta porque o nível socioeconômico é baixo. Facilidades: cinco equipes que assistem a comunidade da área.</i>	Nível socioeconômico da população é baixo. (A)  Cinco equipes que assistem a comunidade da área. (B)
P11: <i>A dificuldade geralmente é a quantidade de pacientes para atender, atender todos os programas, hipertensão, fechamento de mapas. A facilidade em fazer promoção de saúde na sala de espera no próprio posto de saúde.</i>	Quantidade de pacientes para atender. (C) Sala de espera. (B)

Encontraram-se as IC que representaram as dificuldades para a realização de práticas de promoção da saúde, classificadas em A e C, conforme se apresenta: desinteresse da clientela (A); não obtenção de resultado esperado da educação em saúde realizada (A); desinteresse de profissionais (A); ausência de pacientes em palestras marcadas (A); vícios dos usuários quanto à medicação e consultas (A); paciente procura o médico quando está doente (A); nível

socioeconômico da população é baixo (A). Demanda grande de pacientes (C); demanda grande de pacientes e pouco tempo para promoção da saúde (C); quantidade de pacientes para atender (C). Estas IC foram sintetizadas como dificuldades encontradas devido ao desinteresse tanto da clientela quanto dos profissionais, à demanda excessiva de paciente e os vícios do usuário quanto à medicação e as consultas. Para as IC A e C, Quadro 3, foi construído o DSC: as

*dificuldades são relacionadas à falta de interesse da clientela, eles vêm no momento da consulta, mas quando a gente marca uma sessão educativa, eles acham uma besteira, eles não têm interesse, não aderem, marco palestras e não aparecem vão poucas pessoas, o próprio paciente acha que só procura atendimento quando estiver doente, então a gente faz educação em saúde, mas não encontra retorno, tem uma demanda grande de pacientes e pouco tempo para promover a saúde além da dificuldade com o material e a divulgação.*

O discurso evidencia que as dificuldades dos profissionais para desenvolverem atividades com foco na promoção da saúde se concentram em dois eixos: a organização do serviço, quando os sujeitos sinalizaram a demanda excessiva e o pouco tempo para atendê-la; valorização de processos educativos pela clientela ou profissionais.

A organização do serviço na ESF deveria ser avanço na eficiência do serviço de saúde pelo trabalho em equipe que predispõe, pois em sua organização destaca a visita domiciliária, longitudinalidade do acompanhamento dos usuários e famílias, relação dessas equipes com outros equipamentos da comunidade, a presença do agente comunitário de saúde<sup>(8)</sup>.

No entanto, a organização do serviço, ainda, não se apresenta como realidade, necessitando de organização entre profissionais e demanda, em parceria com as famílias assistidas para enfoque na promoção da saúde, posto que os pesquisados sinalizaram os processos educativos como forma de promover a saúde da população, porém a insuficiente organização do serviço pode estar contribuindo para que ações não aconteçam permanentemente.

Para haver promoção da saúde, é necessário reconhecer pessoas e populações como o principal recurso de saúde, apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis, através de sessões educativas; e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar, portanto é

preciso envolver a clientela em todas as atividades da unidade, uma vez que o desinteresse por participar pode estar associado ao não envolvimento da clientela com o planejamento e a execução das ações.

Portanto, as ações de promoção da saúde devem ser postas como prioridade pela equipe de saúde, além da busca de estratégias de envolvimento da equipe, bem como envolvimento da clientela assistida.

As IC referentes às facilidades foram agrupadas em: ter interesse profissional (B); a escola é uma facilidade, o programa Bolsa Família (B); dinâmica de grupos (B); motivação (B); cinco equipes que assistem a comunidade da área (B); sala de espera (B). Essas IC tiveram como Ideia Central Síntese a realização de ações de promoção da saúde como necessária para obtenção do interesse profissional, motivação, equipes atuantes e realização de ações em sala de espera, escolas e no programa Bolsa Família.

*Como Discurso do Sujeito Coletivo: para se promover a saúde, é necessário o interesse do profissional, motivação, realizando a educação em saúde nas escolas, no momento da sala de espera, no programa da bolsa família. É importante que haja equipes suficientes para assistir a população da área utilizando dinâmicas de grupo onde a comunidade participa e interage com toda a equipe.*

O discurso evidencia a necessidade de motivação por parte dos profissionais, bem como de saída da unidade para outros espaços, como a escola. A motivação é um processo mental positivo que estimula a iniciativa e determina o nível de entusiasmo e esforço que a pessoa aplica no desenvolvimento de suas atividades. O processo motivacional é responsável pela intensidade, direção e persistência desses esforços<sup>(9)</sup>. É pertinente que profissionais da ESF e usuários sintam-se motivados para que a prática aconteça.

Nesta análise, os profissionais apontaram a motivação como facilidade para realização de práticas voltadas para promoção da saúde por meio de

atividades de educação em saúde em diferentes contextos, como escola e sala de espera.

As ações de educação em saúde devem ser realizadas pelas equipes de saúde como atividade interdisciplinar, sendo mais que uma atividade, pois se configura como atitude que implica em reunir sob uma mesma ação funções e realizações de atenção à saúde para atingir objetivos comuns, visando à qualidade de vida<sup>(10-13)</sup>.

A educação em saúde é qualquer atividade, relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar saúde. É, geralmente, desenvolvida através de aconselhamento interpessoal, em locais como consultórios, escolas, igrejas etc., assim como impessoalmente, por meio da comunicação de massas, utilizando-se diversas mídias. Ambos os mecanismos podem contribuir efetivamente para implementar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde<sup>(1,12-13)</sup>.

Aspecto importante para desenvolvimento de práticas educativas é a comunicação eficaz do profissional, isto é, utilização de mecanismos de mobilização na realidade na qual atua.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde é uma estratégia para propiciar qualidade de vida e saúde, através do enfrentamento e da resolução dos problemas de saúde e seus determinantes. Entende-se, ainda, que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade, estimulando-a para a participação no processo de promoção da sua saúde. Então, promoção da saúde não pode ser entendida como prevenção de doenças.

Com as percepções dos profissionais, de um lado promoção da saúde voltada para prevenção e tratamento de doenças; por outro, para a promoção,

associada ao repasse de conhecimento em sessões educativas com diálogo e interação, relacionados à qualidade de vida, sinaliza aproximação com os preceitos de promoção da saúde, tal como proposto nas cartas de promoção da saúde, defende-se o argumento que os profissionais de saúde devem substituir a prática de cura das doenças do modelo clínico por outra que amplie a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e grupos para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis e sociais, de agir no grupo para transformação social.

Diante do exposto, faz-se imperativo a formação de grupos de discussão acerca desse tema para envolver profissionais e usuários na construção de um processo de ensino-aprendizagem no que se refere às práticas de promoção da saúde, que devem ser intersetorial e multidisciplinar.

Há necessidade de retomar com os profissionais as questões propostas, no sentido de melhor capacitação e mediação para que se aproximem ao conceito de promoção da saúde em sua essência, posto que o uso do conceito de promoção da saúde como sinônimo de prevenção poderá desfocar a saúde como conceito positivo para a ausência de doenças e, sobretudo, modificar o foco da atuação apenas para os profissionais de saúde, enquanto que os usuários devem ser sujeitos ativos da estratégia de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da Promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(6):2305-16.
2. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p.39-53.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da saúde. As Cartas de Promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006; 10(20):517-24.
5. Duarte SJH, Mamede MV, Andrade SMO. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saúde Soc.* 2009; 18(4):620-6.
6. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2supl):15-25.
7. Budó MLD, Mattione FC, Machado TS, Ressel LB, Lopes LFD. Quality of life and health promotion through the perspective of the users of the family health strategy. *Online Braz J Nurs [Internet].* 2008 [citado 2009 May 17]; 7(1). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1104/291>.
8. Oliveira AMG, Siqueira MEP, Altéa PM, Saito RXS. Avaliação em saúde para organização do trabalho na perspectiva sujeito-sujeito. In: Saito RXS, organizadora. *Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito.* São Paulo: Martinari; 2008. p.81-116.
9. Santos BS, Stobaus CD, Mosquera JJM. Processos motivacionais em contextos educativos. *Educação.* 2007; 3(n esp.):297-306.
10. Renvato RD, Bagnato MHS. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3):554-62.
11. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev Enferm UERJ.* 2009; 17(1):111-7.
12. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ.* 2009; 17(2):273-7.
13. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev Rene.* 2008; 9(1):60-8.

Recebido: 02/08/2011  
Aceito: 11/04/2012