

# CARACTERIZANDO AS AÇÕES DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA

ACTIONS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAMS IN THE CITY OF MARILIA

CARACTERIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE MARÍLIA

Maria José Sanches Marin<sup>1</sup>

Elanir Morro<sup>2</sup>

Elza de Fátima Ribeiro Higa<sup>3</sup>

Mércia Ilias<sup>4</sup>

## RESUMO

Considerando o esforço despendido para desenvolver o Sistema Único de Saúde (SUS) na lógica da vigilância à saúde e a relevância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta para mudança no modelo de atenção, neste estudo busca-se caracterizar as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Marília. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com características quantiquantitativas, por meio do qual são apresentadas e discutidas as atividades desenvolvidas por meio de três temáticas: *promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações e participação social*. Os resultados mostraram que as equipes estão propondo estratégias coerentes com os propósitos do SUS. Entretanto, há necessidade de ampliar a oferta, abrangendo outros setores da sociedade, mobilizar a comunidade para envolver-se nas atividades propostas e ampliar a participação social nas decisões do trabalho em equipe, visando ao exercício da cidadania e à promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Saúde Pública; Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

The Brazilian Public Health System developed a health surveillance policy and the Family Health Strategy (FHS) represents a way to change the usual healthcare model. This study aims to characterize the healthcare actions carried out by the Family Health Units of Marília, São Paulo. It is a descriptive and analytical study, with a quantitative and qualitative approach, based on three main subjects: health promotion, prevention of diseases and complications, and social participation. The results show that the teams propose strategies that are consistent with the Public Health System, although it is necessary to offer more activities, to get the community involved and to broaden social participation in order to promote health and an active citizenship.

**Key words:** Family Health; Public Health; Health Promotion.

## RESUMEN

Considerando el esfuerzo realizado para desarrollar el Sistema Único de Salud (SUS) desde la lógica de la vigilancia a la salud y la relevancia de la Estrategia de Salud de la Familia (PSF) como propuesta de cambio en el modelo de atención, este estudio busca caracterizar las acciones desarrolladas en las Unidades de Salud de la Familia (USFs) de la ciudad de Marília. Se trata de un trabajo descriptivo analítico, con características cuantitativas y cualitativas, que presenta y discute las actividades desarrolladas en tres temáticas: *promoción de la salud, prevención de las enfermedades y complicaciones y participación social*. Los resultados muestran que los equipos proponen estrategias coherentes con los propósitos del SUS; sin embargo, habría que ampliar la oferta involucrando otros sectores de la sociedad, movilizar a la comunidad para que se comprometa con las actividades propuestas y ampliar la participación social en las decisiones del trabajo en equipo, con miras al ejercicio de la ciudadanía y promoción de la salud.

**Palabras clave:** Salud de la Familia; Salud Pública; Promoción de la Salud.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Marília. Professora colaboradora da Faculdade de Medicina de Marília.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Psicopedagogia. Docente da Disciplina de Educação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Marília.

<sup>4</sup> Médica. Mestre em Saúde Pública. Docente da Disciplina de Infectologia do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília.

Endereço para correspondência - Maria José Sanches Marin: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1886, Jardim Itamarati, Cep: 17514-000, Marília/SP.  
E-mail: marnadia@terra.com.br.

## INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde em nosso país, por muitas décadas, esteve organizado para atender à doença, tendo como foco principal o hospital e sua complexa tecnologia; a atenção básica, voltada para o atendimento à demanda e centrada na queixa principal; além de algumas ações programáticas. Com tais características, esse modelo não tem atendido às reais necessidades da população e demandado alto custo na sua operacionalização.

Em 1988, a Constituição brasileira estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) e com ele um novo foco para a assistência à saúde, incluindo as condições de vida e de trabalho como determinantes significativos na relação dos estados de saúde e doença:<sup>1</sup> A saúde passa a ser considerada como “direito de todos e dever do Estado”, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.<sup>1</sup>

Diante de tal proposta, o SUS busca, em sua estruturação, implementar o modelo da vigilância à saúde, caracterizado por intervenção sobre os problemas de saúde; ênfase em problemas que requeiram atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre as ações curativas, preventivas e promocionais; e atuação intersetorial que abrange ações sobre o território. Saliente-se, ainda, a necessidade de transformação das relações de trabalho da equipe e de incorporação da comunidade ao conjunto de profissionais da saúde, entendendo que a população organizada amplia a visão sobre as determinações sociais do processo saúde/doença.<sup>2</sup>

Dessa maneira, a vigilância em saúde também admite diferentes espaços sociais de estruturação e propõe nova dimensão para o desenvolvimento das ações, incorporando o conceito de promoção da saúde e a noção de integralidade, que busca a superação das práticas sanitárias fragmentadas, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas.<sup>3</sup>

A promoção da saúde, mais especificamente, representa uma estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. Ao propor articulação entre os saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, a promoção da saúde chega ao enfrentamento e à resolução dos problemas citados.<sup>4</sup> Já a integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.<sup>5</sup>

Diante da necessidade de mudança, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada, em todo território nacional, como estratégia de superação do modelo biologicista. Representa uma forma de reorientação da atenção básica e do atual modelo de

atenção à saúde do País e está estruturado na lógica do trabalho em equipe, composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, assumindo a responsabilidade por até 4.500 pessoas por Unidade de Saúde da Família (USF).<sup>6</sup>

Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial, buscando uma compreensão ampliada das necessidades de saúde da população mediante intervenções, além das práticas curativas. Nessa lógica de organização, na ESF o trabalho é desenvolvido em equipes multiprofissional e interdisciplinar. Com a atenção centrada na família, considera o ambiente físico e social, buscando melhorar as relações da equipe com o usuário, promove o acesso e a participação da comunidade e possibilita aos profissionais da equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção.<sup>2</sup>

Espera-se da equipe de saúde da família, ao atuar em uma área adstrita, que desenvolva ações de saúde, dirigidas às famílias e ao seu ambiente, com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, articulada a outros setores que contribuem para melhoria das condições de saúde.<sup>7</sup>

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Marília, no período de 1998 a 2005, implantou 28 USFs em áreas nas quais a população apresenta menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde, tem maior carência socioeconômica e, conseqüentemente, maior exposição aos riscos de adoecer e morrer.<sup>8</sup>

Considerando o momento de transição vivenciado pelo sistema de saúde e o esforço que tem sido dispensado com a finalidade de efetivar um modelo de atenção que atenda às necessidades da população, de forma a melhorar-lhe a qualidade de vida, e a importância das atividades desenvolvidas no País e no município, propomos, neste estudo, caracterizar as ações de atenção à saúde desenvolvidas pelas USFs da cidade de Marília.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, cuja intenção é descrever e analisar os fenômenos de uma realidade e subsidiar pesquisas futuras.<sup>9</sup> Foi realizada nas USFs implantadas no município de Marília, constituindo uma totalidade de 28 USFs.

De maneira geral, as unidades cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS) em relação à estrutura física, à composição da equipe mínima e ao desenvolvimento dos programas nacionais básicos. São realizadas reuniões semanais com a equipe e mensais com a comunidade. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas

marcadas com o médico, o dentista e o enfermeiro, com visitas domiciliares dos profissionais aos usuários incapacitados e atividades grupais.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário, no qual foi solicitada a descrição das atividades realizadas na unidade, o número de usuários participantes e a categoria profissional envolvida no desenvolvimento dessas atividades mesmas. Não foram consideradas as consultas médicas, consultas de enfermagem e visitas domiciliares pelo agente comunitário de saúde (ACS), considerando que se trata de ações rotineiras e realizadas por todas as unidades. Os pesquisadores realizaram contato com a equipe, ocasião em que o questionário foi entregue com um período de 15 dias para devolução. Das 28 unidades, obteve-se retorno de 19, o que representa um percentual de 64% das USFs contatadas.

O projeto foi autorizado pelo secretário de saúde do município, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Os participantes foram esclarecidos a respeito do propósito dessa investigação, garantido anonimato, e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados obtidos fundamentou-se em características da abordagem quantitativa, as quais são perspectivas complementares para se aproximar de uma realidade.<sup>10</sup>

Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo que Bardin<sup>11</sup> conceitua como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obtenção, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Entre as técnicas de análise de conteúdo optou-se pela modalidade temática, a qual foi desenvolvida em três

etapas, compreendendo a pré-análise, decomposta em leitura flutuante do conjunto das comunicações; organização do material de forma a responder a algumas normas de validade como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Na segunda etapa, realizou-se a codificação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na sequência, propôs-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação com base em inferências previstas no seu quadro teórico ou abertura de outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas na leitura do material.<sup>11</sup>

Na abordagem quantitativa, foi utilizada a estatística descritiva na caracterização das atividades realizadas e a média aritmética para identificar os participantes por atividade.

## RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa, que se referem às atividades desenvolvidas nas unidades estudadas, classificadas em três áreas temáticas: "Promoção da saúde", "Prevenção de doenças e complicações" e "Participação social", seguidas da respectiva média de participantes e os profissionais que as realizam, encontram-se dispostos no QUADRO I.

Referindo-se à promoção da saúde, a maioria das unidades – 15 – (83%) proporciona atividade física e 14 (78%) desenvolvem trabalhos manuais; dois terços delas implementam ações recreativas e educativas com crianças e ações educativas com famílias que recebem o Bolsa-Família. As demais atividades constantes no QUADRO I são realizadas por poucas unidades, porém com um número significativo de participantes, como é o caso das atividades que visam à qualidade de vida e envolvem 30 pessoas, o curso de higiene e beleza com 30 participantes e de futebol com 23.

Constata-se, ainda, que, nas ações de promoção da saúde estão envolvidos todos os profissionais da equipe, porém com predomínio dos ACS, os quais participam do desenvolvimento de todas as atividades.

**QUADRO I – Distribuição das atividades desenvolvidas nas USFs de Marília, agrupadas nas temáticas: promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações e participação social, de acordo com número de unidades, profissionais que as realizaram e média de participantes. Marília, 2006**

Atividades	Unidades que realizam		Média de participantes	Profissionais que realizam
	N.	%		
<b>Promoção da saúde</b>				
Exercícios físicos	15	83	17	Auxiliar de consultório dentário (ACD), auxiliar de enfermagem (AE) e auxiliar de serviços gerais (ASG), agente comunitário de saúde (ACS).
Trabalhos manuais	14	78	9.2	ACS, ASG, AD e enfermeira.
Ações educativo-recreativas com crianças	06	33	21.6	ACS, dentista, auxiliar de dentista, enfermeira, AE e ASG.
Ações educativas com famílias contempladas com a bolsa família	06	33	33.3	Enfermeira, médico, dentista, ACS e AE.
Reeducação alimentar	03	17	12	ACS
Alfabetização	02	11	20.5	ACS
Higiene e beleza	01	5,5	30	ACS
Música	01	5,5	20	Dentista
Futebol	01	5,5	23	ACS
Qualidade de vida	01	5,5	35	ACS
<b>Atividades de prevenção de doenças e complicações</b>				
Hipertensos e diabéticos	11	57,3	24.5	Médico, enfermeira, dentista, ACS e profissional convidado.
Gestante	10	52,2	8.2	Enfermeira, médico, dentista e AE.
Bebê dente	09	47,3	16.1	ACD e dentista.
Papanicolaou	08	42,1	9.75	Enfermeira
<b>Atividade de participação social</b>				
Reunião da comunidade	18	94%	8.9	Todos os componentes da equipe.

As atividades referentes à temática de “Prevenção de doenças e complicações” são realizadas por mais da metade das unidades, sendo que 11 (57,3%) das unidades desenvolvem grupos de diabéticos e hipertensos; 10 (52,2%) delas trabalham com grupo de gestante, dentre outras. Quanto ao número de participantes, destaca-se que participam do grupo de diabéticos e hipertensos uma média de 24,5 pessoas e no grupo de prevenção de cárie infantil, em média, 16,1 pessoas. Tais atividades contam com a participação de quase todos os elementos da equipe, no entanto destaca-se, nessa temática, maior envolvimento dos profissionais graduados (médico, enfermeiro e dentista).

Quanto à temática “Participação social”, que inclui as reuniões de comunidade, constata-se que elas são promovidas por quase a totalidade das unidades - 18 (94,5%) delas - com a participação de todos os elementos da equipe. No entanto, houve baixa presença da comunidade - em média 8,9 pessoas.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

### Temática I – Promoção da saúde

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 uma maior participação no controle deste processo”.<sup>12</sup>

Referindo-se às atividades desenvolvidas nas unidades estudadas, observa-se que muitas delas têm buscado desenvolver atividades visando à promoção da saúde. Chama a atenção o desenvolvimento da prática de atividade física em 15 (83%) das unidades. Os benefícios da atividade física são conhecidos de longa data, sendo que, confirmadamente, sua falta representa importante fator de risco no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como diabetes *mellitus* não insulino-dependente, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer, como o de cólon e o de mama.<sup>13</sup>

Os trabalhos manuais realizados por 14 (78%) das unidades, além do desenvolvimento de habilidades específicas, como pintura, bordado, crochê, *biscuit*, visam manter a pessoa ativa e produtiva, além de propiciar o convívio social e a troca de experiências.

Já as ações educativas e recreativas com crianças são realizadas por um terço das unidades, deixando entrever uma lacuna importante no que diz respeito à atenção à saúde da criança e também dos adolescentes, que se constituem em grupos etários de grande vulnerabilidade pela falta de opção de educação para saúde e lazer que possibilite um crescimento e desenvolvimento saudável. A importância e interesse da população por tais atividades revelam-se na quantidade de pessoas que delas participam, sendo, em média, 21,6 participantes por unidade.

As ações desenvolvidas com as famílias que recebem a Bolsa-Família, também realizadas por um terço das unidades, representam um momento oportuno de diálogo entre profissional de saúde e comunidade, uma vez que a equipe tem a possibilidade de contato com grande número de participantes – em média 33,3 por unidade.

As demais atividades, incluídas na temática promoção da saúde, como grupo de qualidade de vida, reeducação alimentar, alfabetização, higiene e beleza, música e outros, apesar de serem realizadas por poucas unidades, contam com um número significativo de pessoas, o que leva a crer que a oferta de tais atividades por um número maior de unidades pode ser significativa para as condições de vida e saúde das pessoas.

Fatores de risco, como o sedentarismo, o tabagismo e a alimentação inadequada, diretamente relacionados ao estilo de vida, são responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolvimento de algum tipo de doença crônica, mostrando-se, nessa relação causal, mais decisivos que a combinação de fatores genéticos e ambientais.<sup>13</sup>

Nesse sentido, o desenvolvimento de orientações em grupo visando à aquisição de hábitos saudáveis representa importante estratégia de promoção da saúde e deve ser proporcionada pelas unidades e incentivada entre as pessoas.

As atividades de promoção da saúde, realizadas pelas unidades, revelam que as equipes estão preocupadas com o desenvolvimento de ações que vão além da simples medicalização da vida e que visam à melhoria dos níveis de saúde, dada a grande porcentagem de unidades que as realizam. Conforme se observa no QUADRO 1, elas são centradas na educação para saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e atividades físicas, buscando transformar os comportamentos, focando o estilo de vida.

Ao referir-se à promoção da saúde, a educação e a informação passam a ser fundamentais, uma vez que possibilitam reflexões que conduzem a modificações

nas atitudes e comportamentos. As ações educativas em saúde também visam aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo-saúde, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida.<sup>14</sup>

Outro aspecto relevante a ser considerado é a contribuição dos ACSs nas ações de promoção da saúde, uma vez que eles estão envolvidos em todas as atividades e realizam sozinhos muitas delas. Para nossa realidade, esse é um elemento que vem sendo introduzido nas equipes juntamente com a implantação da ESF com a finalidade de servir como elo entre equipe e comunidade, mas sem uma definição muito clara do seu papel e de suas possibilidades de realização. Revela-se, no entanto, que, além das atividades rotineiras, eles vêm desenvolvendo ações de acordo com a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde.

## **Temática II – Prevenção de doenças e complicações**

A prevenção dos riscos de adoecimento, proposto no modelo de vigilância da saúde, encontra-se voltada para a intervenção em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, segundo os grupos sociais imersos em seu território.<sup>15</sup>

Nas USFs estudadas, a intervenção nos grupos de hipertensos e diabéticos é realizada por 11 (61%) das unidades, além de ser a atividade com maior número de participantes, variando de 10 a 60 pessoas/unidade. No entanto, ao considerar que 20% da população adulta é portadora de hipertensão e 5% de diabetes, podemos afirmar que ainda é pequena a participação das pessoas nas atividades grupais. As demais atividades, apesar de terem um número menor de participantes, contaram com uma adesão proporcionalmente maior, dado o número de pessoas que estavam incluídas em tal grupo de risco.

Na atualidade, em decorrência do acentuado processo de envelhecimento, as doenças crônico-degenerativas vêm ganhando notoriedade, dado o aumento das interferências na qualidade de vida das pessoas e a quantidade de recurso despendido no tratamento. Nesse contexto, prevenir riscos e complicações representa uma meta importante dos serviços de saúde.

A falta de adesão às ações de saúde, que visam tanto à promoção da saúde como à prevenção de doenças e complicações, é um aspecto que desafia os profissionais de saúde, uma vez que a valorização da cura, do uso de medicamento e do aspecto biológico como a única forma de obter melhora nas condições de saúde está presente no imaginário das pessoas, podendo ser um aspecto que dificulta a adesão às medidas citadas.

Na literatura, a maioria dos estudos que trata de adesão refere-se ao processo de adoecimento e ao tratamento medicamentoso, dificultando a maior compreensão das condições que podem estar envolvidas com a

adesão às ações de prevenção como as propostas pelas unidades.

As atividades voltadas para a prevenção de doenças e complicações desenvolvidas pelas unidades em estudo envolveram os profissionais graduados, sendo essas as situações que demandam maior complexidade no seu manejo. No entanto, constata-se que outros integrantes da equipe também demonstraram estar participando dessas atividades, o que representa a possibilidade de maior envolvimento e compreensão das necessidades da comunidade e busca de solução dos problemas.

### **Temática III – Participação social**

Essa temática refere-se às reuniões com a comunidade, destacando-se que elas são realizadas em 94,4% das unidades estudadas, sendo que delas participam os profissionais de nível superior, além dos demais elementos da equipe. Quanto ao número de usuários participantes, constatou-se uma média de 8,9 pessoas.

Observa-se, nesse contexto, o esforço dispensado para se obter a participação da comunidade nas políticas de saúde e na construção do SUS, o que vem sendo preconizado como uma forma de controle sobre a própria situação e projeto de vida, mediante intervenções em decisões, iniciativas e gestões nas quais ações se desenvolvem e afetam as condições de vida.<sup>16</sup>

As USFs, portanto, vêm buscando uma alternativa para modificar a relação entre o cidadão e a equipe, promovendo um conceito de saúde como um direito de cidadania e possibilitando a inserção ativa dos indivíduos nos processos de melhoria da qualidade da atenção.

Estudo sobre a ESF<sup>17</sup> aponta para a ausência do usuário como protagonista do seu próprio viver e da produção de cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões.

É possível que a população ainda não tenha consciência clara da sua força como sujeito capaz de transformar as práticas de saúde e, especialmente, o sentido da saúde como qualidade de vida, visto que, na maioria das vezes, reivindica medicamentos, especialistas e exames específicos, com pouca valorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações. As reuniões de equipe constituem-se em espaço de troca de saberes, crenças e necessidades entre profissionais e comunidade, além de ampliar a cumplicidade entre ambos.

Acredita-se que esse seja um espaço a ser explorado, pois, na maioria das unidades, ainda é reduzida a participação da comunidade sendo necessário que seja desenvolvida, também a conscientização das pessoas quanto ao conceito saúde/doença e seu papel na transformação das práticas de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao buscarmos a caracterização das ações de saúde desenvolvidas nas USFs de Marília, foi possível classificá-las em três temáticas: “Promoção da saúde”, “Prevenção de doenças e complicações”, e “Participação social”. Referindo-se à *promoção da saúde*, identificamos que está havendo mobilização dos profissionais das unidades com a finalidade de ofertar atividades que venham ao encontro dela, como é o caso da atividade física e trabalhos manuais desenvolvidos em grande parte delas. Outras atividades, como grupos de futebol, música e de qualidade de vida, apesar de oferecidas por um número menor de unidades, demonstram seu papel agregador ao apontar para o número de participantes. Revela-se, portanto, a importância de expandir tais iniciativas para outras unidades, além da necessidade de incluir outros setores da comunidade.

Além disso, considerando que as USFs estão instaladas em áreas nas quais a população apresenta maior carência socioeconômica e, portanto, menor possibilidade de profissionalização, seria significativo proporcionar atividades que pudessem habilitá-la ao trabalho e, conseqüentemente, para a aquisição de renda, o que contribuiria para a melhoria de suas condições de vida.

Nas atividades de *prevenção de doenças e complicações*, as equipes estão desenvolvendo ações voltadas para os principais grupos de risco. No entanto, considera-se pequena a adesão deles, em especial nos grupos de hipertensos e diabéticos. O mesmo fato ocorre com as reuniões da comunidade que, apesar de serem realizadas por quase a totalidade das unidades, têm contado com reduzida participação das pessoas.

Considera-se, portanto, que há mobilização das equipes no sentido de desenvolver uma assistência pautada nos princípios norteadores do SUS e da ESF. Entretanto, grandes desafios ainda são colocados e não se pode afirmar que o sistema sofreu as transformações substanciais esperadas, tampouco que tenha correspondido aos anseios da população. No entanto, acreditamos que a perspectiva de vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde, deve ser o caminho a ser percorrido para a melhoria da assistência, considerando-se as necessidades de cada município e de cada unidade.

Além disso, é preciso considerar a necessidade de investimentos na formação e qualificação dos profissionais de saúde, por meio das mudanças curriculares nos cursos de graduação e da educação permanente e continuada, para que exista a possibilidade de enfrentamento da situação, podendo-se vislumbrar um novo contexto de atenção à saúde.

Dessa maneira, planejar e programar essa modalidade proposta para o sistema de saúde exige interesse e diálogo permanente por meio dos saberes e da tecnologia de gestão disponíveis no sentido da construção coletiva.<sup>2</sup>

Por fim, em busca desse diálogo, consideramos a necessidade de novas investigações, com vista a ampliar as variáveis que possam evidenciar o que a ESF está efetivamente proporcionando para a melhoria das condições de vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2007; 17(1):29-41.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):569-84.
3. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.233-300
4. Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Rev Adm Pública*. 1998 mar./abr; 32(2):49-60.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departametro de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático da Saúde da Família. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.
8. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. SUS em Marília [online]. Marília: SMHS; 2001. [Citado em 2006 fev. 20]. Disponível em: <http://www.famema.br/smhs/sus.htm>.
9. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
10. Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1999 jul./set; 9(3):239-48.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.13-24.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev Saúde Pública*. 2002 abr; 36(2):254-6.
14. Aerts D, Alves GG, Salvia MW, Abegg C. Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadão. *Cad Saúde Pública*. 2004 jul./ago; 20(4):1020-8.
15. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface Comum Saúde Educ*. 2000 fev; 4(6):117-20.
16. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
17. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.

Data de submissão: 3/4/2008

Data de aprovação: 23/11/2009