

# A ARTICULAÇÃO DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS COMUNIDADES LOCAIS\*

ARTICULATION OF WORKERS IN FAMILY HEALTH AND THE LOCAL COMMUNITIES

ARTICULACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA Y DE LAS COMUNIDADES LOCALES

Sibele da Rocha Martins<sup>1</sup>  
Marta Regina Cezar-Vaz<sup>2</sup>

## RESUMO

Promover melhores condições de saúde e vida para a população é um compromisso dos profissionais que trabalham na estratégia de Saúde da Família. Desenvolver um trabalho articulado com as famílias é fundamental, pois elas passam a ser objeto da atenção entendida no ambiente em que vivem, em seus múltiplos espaços de relações. Assim, com este estudo teve-se como objetivo compreender como ocorre a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com as comunidades de abrangência do seu trabalho. Trata-se de um estudo qualitativo que se originou de um banco de dados, montado pelos pesquisadores do LAMSA, por meio de entrevistas semiestruturadas com 74 trabalhadores das 20 equipes de Saúde da Família que o município possuía no período da coleta de dados. Foram analisados três subtemas: A articulação do trabalho na comunidade; As atividades utilizadas pela equipe para articular o trabalho; A finalidade da articulação do trabalhador com a comunidade. A articulação ocorre com os moradores assistidos em seus domicílios, ou que procuram a unidade de saúde, e nos espaços comunitários, como rádios, igrejas, dentre outros. As atividades utilizadas para a articulação são as consultas e os procedimentos ambulatoriais, além das visitas, grupos, reuniões e atividades de lazer. A finalidade com essa articulação é promover a saúde, educar para a saúde e criar vínculo. Conclui-se que os trabalhadores das equipes de Saúde da Família têm buscado promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das famílias sob sua responsabilidade mediante o atendimento das necessidades de saúde das comunidades.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Vínculo.

## ABSTRACT

The promotion of the population's health and living conditions is a commitment made by professionals that work with Family Health Care. It is fundamental to build up an interconnected work with the families since healthcare encompasses their environment and their many relationship areas. Therefore, this paper aims at comprehending how the work implemented by family health teams is articulated in local communities. This quantitative study derived from a database whose facts were collected by LAMSA's professionals in semi-structured interviews with 74 workers who take part in 20 family health teams in a city South of Brazil. We analyzed three sub themes: the work organization in the community, the activities engaged by the health team to structure the work, the purpose of the cooperative work between members of the staff and the community. Articulation happens when people are visited at home or when they go directly to the health care unity and in mutual spaces such as radio stations, churches and others. The activities employed are doctors' appointments, clinical procedures, as well as visits, meetings, and leisure activities. The objective of such joint actions is to promote health and to improve the quality of life of families under the staff responsibility by focusing on the community health needs.

**Key words:** Family Health; Health Promotion; Health Education; Ties.

## RESUMEN

Los profesionales que trabajan con la estrategia Salud de la Familia tienen el compromiso de promocionar mejores condiciones de salud y vida para la población. Es fundamental desarrollar un trabajo articulado con las familias pues ellas pasan a ser objeto de la atención entendida a partir del ambiente en que viven, en sus múltiples espacios y relaciones. Luego, este estudio tuvo como objetivo comprender como ocurre la articulación del trabajo llevado a cabo por los equipos de Salud de la Familia con las comunidades locales. Se trata de un estudio cualitativo que se originó de un banco de datos elaborado por los investigadores del LAMSA, por medio de entrevistas semiestructuradas con 74 trabajadores de los 20 equipos de salud de la familia que tenía el municipio en el período de la recogida de datos. Se analizaron tres subdivisiones: articulación del trabajo en la comunidad; actividades utilizadas por el equipo para la articulación del trabajo y finalidad de la articulación del trabajador con la comunidad. Se observó que la articulación ocurre con

\* Estudo proveniente da pesquisa intitulada "Promoção da Saúde e Educação Ambiental não formal: um estudo com trabalhadores das equipes de Saúde da Família e as comunidades locais".

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora da Escola de Enfermagem da mesma instituição.

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Endereço para correspondência – Rua República de Cuba, 368, bairro Buchoolz. Rio Grande-RS. CEP: 96.212-060. E-mail: sibeleda\_rmartins@vetorial.net.

los habitantes atendidos en sus domicilios o que buscaron el centro de salud y en los espacios comunitarios como radios e iglesias, entre otros. Las actividades utilizadas para la articulación fueron las consultas y los procedimientos de ambulatorio, a parte de las visitas, grupos, reuniones y actividades de ocio. La finalidad de esta articulación es promover la salud, educar en salud y crear un vínculo. Concluimos que el trabajo de los equipos de salud familiar, con acciones dirigidas a los individuos y a la comunidad, intenta promover la salud y mejorar la calidad de vida de las familias bajo su responsabilidad atendiendo a las necesidades de salud de las comunidades.

**Palabras clave:** Salud de la Familia; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Vínculo.

## INTRODUÇÃO

A construção da estratégia de Saúde da Família surgiu no Brasil para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população, mediante um novo modelo de atenção à saúde, pensado para reorganizar as políticas de saúde no país e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de superar a prática tradicional de assistência à saúde estritamente voltada para as ações individuais, centrada na figura do médico e da medicalização, a estratégia incorporou recursos humanos e tecnológicos capazes de provocar mudanças, “ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para junto à comunidade”.<sup>1:114</sup>

A comunidade, então, foco das ações da estratégia, é entendida nesse contexto como um território delimitado, no qual suas famílias (adscritas) são cadastradas e acompanhadas por profissionais capacitados para o planejamento conjunto de atividades que prevê não somente cuidar do indivíduo, mas da família.<sup>2</sup> O objetivo desses profissionais, ao atenderem as famílias na comunidade, é não tratar apenas a doença, mas prevenir os riscos dela decorrentes e, principalmente, promover a saúde por meio da interação, das experiências compartilhadas e do diálogo com as famílias, objetivando sempre uma vida mais saudável.

Promover melhores condições de saúde e de vida para a comunidade é um compromisso dos profissionais que trabalham na estratégia. As ações desenvolvidas exigem de cada profissional mais atenção às reais condições de vida da população sob sua responsabilidade, pois trata-se de uma população que está inserida em uma comunidade com características ambientais e de saúde específicas. Ao planejar suas ações, a equipe deve levar em consideração essas características, além de ser criativa e ter iniciativa no desenvolvimento do trabalho, estendendo suas ações para fora dos muros da Unidade, o que facilita a percepção das necessidades das famílias<sup>3</sup> e proporciona o desenvolvimento de um trabalho integrado com a comunidade mediante a conscientização sobre as medidas de prevenção e higiene, importância da igualdade de oportunidades com relação ao trabalho, à cultura e ao lazer, bem como a valorização da participação da comunidade nas decisões locais.

Desenvolver um trabalho articulado com as famílias é fundamental, pois elas passam a ser objeto da atenção no ambiente em que vivem, em seus múltiplos espaços de relações. Sendo assim, a questão que norteia este

estudo foi: Como se dá a articulação dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família com as famílias residentes na zona adscrita a unidade básica? O objetivo com este estudo foi compreender a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com a comunidade de abrangência do seu trabalho.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que se originou de um banco de dados montado pelos pesquisadores do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), por meio de entrevistas semiestruturadas, para o macroprojeto de pesquisa “Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção à Saúde da Família: uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde”.

Os dados foram coletados na Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), sendo selecionado, para esta etapa do estudo, o município de Rio Grande, no extremo sul do Rio Grande do Sul, por ser o mais antigo (maio/1998) da 3ª CRS/RS em adesão à estratégia de Saúde da Família.

Selecionou-se um profissional de cada uma das categorias de trabalhadores (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem) das 20 equipes de Saúde da Família que o município possuía em 2006, período em que os dados foram coletados, totalizando 80 sujeitos. Alguns critérios contextuais e representativos serviram de orientação para a escolha desses profissionais, ou seja, o tempo de atuação de cada um dos trabalhadores nas equipes de Saúde da Família deveria ser de no mínimo seis meses, e, nas categorias com mais de um profissional (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), os participantes foram selecionados por sorteio simples.<sup>4</sup>

Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (Protocolo CEPAS-FURG nº 02/2004) e da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde – 3ª CRS (Ofício nº 1299) –, responsável pela coordenação regional das equipes da estratégia de Saúde da Família.<sup>4</sup> Respeitando as diretrizes e normas que regulam as pesquisas com os seres humanos, estabelecida por meio da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicado a cada um dos trabalhadores, informando o objetivo geral da pesquisa, sua finalidade e a explicitação

do respeito ao anonimato dos participantes, além da possibilidade de deixar de fazer parte da pesquisa em qualquer momento que desejassem.

O conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi transcrito e organizado em arquivos, no programa Word. Os dados específicos do município de Rio Grande/RS foram ainda organizados por categoria profissional, para facilitar a análise. Os dados qualitativos foram tratados de acordo com as etapas da análise temática: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.<sup>5</sup>

Com o objetivo de evitar a identificação dos trabalhadores, bem como das equipes, os trechos das falas, apresentadas durante a análise das entrevistas, seguiram o seguinte esquema de codificação, adotado pelos pesquisadores do LAMSA em suas publicações: 1º) o código referente ao município – “M”; 2º) o código referente à equipe – “Eq”; 3º) a sigla referente à categoria do trabalhador (Enfermeiro – “Ef”; Médico – “Md”; Auxiliar de Enfermagem – “AE”; Agente Comunitário de Saúde – ACS); 4º) número da entrevista correspondente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender como se processa a articulação do trabalho desenvolvido pelos diferentes trabalhadores das equipes de Saúde da Família com a comunidade, foram analisados três subtemas: A articulação do trabalho na comunidade; As atividades utilizadas pela equipe para articular o trabalho; A finalidade da articulação do trabalhador com a comunidade.

### Articulação do trabalho na comunidade

Os trabalhadores destacam que essa articulação ocorre com os diferentes *moradores* que são assistidos no domicílio ou com aqueles que procuram a unidade de saúde – por exemplo, mulheres que levam seus filhos para consulta por algum problema de doença (diarreia, verminoses, infecções respiratórias, bronquites, entre outras) ou que procuram a unidade para algum tipo de atendimento para si próprias (coleta para a realização do exame Citopatológico); gestantes que fazem acompanhamento regular na unidade, ou mesmo os participantes dos grupos educativos (hipertensos, diabéticos e outros) desenvolvidos pelos trabalhadores na UBS como pode ser visualizado na fala abaixo:

*Através dos próprios moradores da comunidade, das famílias: da mãe que traz a criança, da gestante, do idoso; da mulher que vem consultar para mostrar o CP, para alguma queixa ginecológica; do adulto que vem consultar por um problema de saúde ocupacional; dentro das reuniões de comunidade, com a comunidade que a gente faz para esclarecer o funcionamento do posto, para esclarecer alguma mudança que vá se fazer no posto, alguma mudança de agendamento, alguma mudança diretamente com eles; nos grupos, quando estou nos grupos. (M<sub>08</sub>Eq<sub>46</sub>Md<sub>18</sub>).*

De acordo com a fala desse trabalhador, pode-se refletir sobre o modo como está sendo desenvolvido o trabalho na estratégia, pois o atendimento da comunidade dessa forma, como o atendimento em consultas, pode fazer com que a atenção à saúde tenha como foco o pronto atendimento da população, suprimindo a demanda, sem que a unidade de fato consiga assistir as necessidades de saúde. Isso demonstra que é preciso que a articulação seja feita, também, com a população que não procura ou necessita diretamente dos serviços da unidade, pois mesmo sem procurar a unidade torna-se objeto de ação. Verificou-se que os moradores da comunidade aderem ao trabalho oferecido pela equipe quando têm algum problema de saúde, sendo necessária a criação de vínculos com todos os usuários no sentido de propiciar a prevenção em saúde.

Os trabalhadores da estratégia Saúde da Família desenvolvem suas atividades em diferentes *espaços comunitários*, com vista a melhorar a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes com a comunidade, como a rádio comunitária, as igrejas, as escolas e as associações de bairro:

*Inclusive assim, eu tenho me utilizado muito de uma rádio comunitária que tem me dado apoio. Então, eu divulgo as nossas campanhas, as nossas atividades, os nossos programas. Ai eu divulgo na rádio e através da associação, da coordenadoria, enfim, desses órgãos, através das igrejas. Nós temos muitas igrejas aqui. (M<sub>08</sub>Eq<sub>25</sub>Ef<sub>21</sub>).*

O papel dessas organizações na articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes pode estar relacionado à facilidade em agregar um número maior de usuários na realização de uma atividade planejada pela equipe. Nessa direção, quando o processo de trabalho atinge certo desenvolvimento, são necessárias intervenções sobre os instrumentos de trabalho para a criação de novos,<sup>6</sup> como no caso das organizações sociais, que, articuladas com as unidades de Saúde da Família, auxiliam nas ações da saúde desenvolvidas nas comunidades. Assim, “os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho.”<sup>6:204</sup>

Por fim, a utilização de espaços comunitários no desenvolvimento do trabalho educativo propicia a construção de uma parceria entre a unidade de saúde e a comunidade no desenvolvimento das ações, favorecendo o diálogo, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e compromisso para a melhoria da qualidade de vida de toda a população.

### Atividades utilizadas para articular o trabalho

As atividades educativas relatadas pelos trabalhadores foram classificadas de acordo com o ambiente em que são desenvolvidas, ou seja, trata-se de atividades realizadas no próprio ambiente de trabalho/unidade e no ambiente da comunidade.

As atividades desenvolvidas no *ambiente de trabalho/unidade* relatadas pelos entrevistados, que possibilitam a articulação do trabalhador com a comunidade, compreendem as *consultas clínicas* e os *procedimentos ambulatoriais*.

Na estratégia de Saúde da Família, as consultas são realizadas de acordo com a programação do serviço (consulta do pré-natal, puericultura, pacientes crônicos, dentre outros) ou por demanda espontânea, quando a população agenda o atendimento, buscando o serviço para o diagnóstico e o tratamento de um agravo ou de uma doença preestabelecida – são as chamadas *consultas clínicas ambulatoriais*.<sup>7</sup> As consultas clínicas ambulatoriais, conforme constatado nesta investigação, são realizadas pelos médicos, que ressaltaram a importância do trabalho clínico desenvolvido no ambiente de trabalho/unidade para estabelecer um contato mais individual com os moradores, articulando, assim, o trabalho com a comunidade, o que, para esses profissionais, proporcionaria o desenvolvimento de ações educativas voltadas para o indivíduo.

*Através das consultas individuais, também é um modo de atingir a comunidade de alguma forma. Fazer até atividade preventiva nessa consulta individual, também. Basicamente é isso.* (M<sub>08</sub>Eq<sub>163</sub>Md<sub>13</sub>)

Estudo anterior apontou a predominância das consultas clínicas médicas para a população que procura a unidade de Saúde da Família. Muitos usuários ainda procuram as unidades para o atendimento médico, buscando satisfazer uma necessidade imediata, pois “a forma como está organizada a maioria dos processos de trabalho em saúde tem reforçado, no ideário da população, que o único profissional capacitado para prestar cuidados ao sujeito doente é o médico, principalmente no que se refere ao diagnóstico e à terapêutica”.

Outra atividade relatada pelos trabalhadores para a articulação com a comunidade foi a realização dos *procedimentos ambulatoriais*, como administração de medicamentos (por via oral, intramuscular ou endovenosa), verificação de sinais vitais, como o nível de pressão arterial (PA), curativos simples, dentre outros procedimentos realizados na unidade básica, foram identificados predominantemente na prática diária do auxiliar de enfermagem. Esse fato justifica-se, pois esse trabalhador é quem recebe o usuário na unidade, prestando o primeiro atendimento, seja realizando a triagem dos casos para o encaminhamento às consultas médicas ou de enfermagem, seja realizando um procedimento técnico:

*Em quase todas. Todos os procedimentos que eles vêm fazer aqui. É entrega de receita, é entrega de medicamento, é consulta médica.* (M<sub>08</sub>Eq<sub>84</sub>AE<sub>07</sub>)

*Nos grupos, num curativo, numa verificação de PA, tu já está tendo contato com eles.* (M<sub>08</sub>Eq<sub>73</sub>AE<sub>12</sub>)

As consultas clínicas e os procedimentos ambulatoriais podem ser considerados favoráveis para o desenvolvi-

mento de processos educativos no momento em que são utilizados para orientar as famílias sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde e doença associados às condições socioambientais em que vivem.<sup>7</sup> No entanto, questiona-se se as consultas clínicas e os procedimentos ambulatoriais, realizados no ambiente de trabalho/unidade da estratégia de Saúde da Família, têm sido instrumentos concretos para articular o trabalho desenvolvido com as comunidades, no sentido de apreender a realidade vivenciada pelas famílias que procuram a unidade no momento do atendimento, ou são simplesmente espaços clínicos e ambulatoriais de atendimento de demanda.

Não que tal fato não seja importante diante das necessidades de atendimento das pessoas. O que se pode salientar é que há necessidade de diferenciar as atividades que articulam a comunidade de forma diversa da referida pelos trabalhadores, de forma a quebrar com o paradigma meramente curativo em detrimento da proposta da Saúde da Família de implantação de um modelo epidemiológico que desenvolva na comunidade a busca pela prevenção de doenças e suas sequelas.

Verifica-se que o uso do *ambiente comunitário* para desenvolver atividades educativas, na busca de maior articulação do trabalhador com a comunidade, auxilia na identificação da competência da comunidade, estimulando sua participação e corresponsabilidade sobre seu próprio processo saúde doença. Assim, essa competência comunitária faz-se presente, quer como produto do trabalho, quer como instrumento para o desenvolvimento do trabalho em si. Nesse ambiente, predominam as atividades de *visitas domiciliares, grupos educativos, reuniões e atividades de lazer*.

Nas equipes de Saúde da Família, a *visita domiciliar* é a atividade externa à unidade mais realizada. Acredita-se que, por meio da visita domiciliar, os trabalhadores das equipes de Saúde da Família podem avaliar as condições socioambientais e de saúde da população, além de planejar e executar ações que promovam melhor qualidade de vida para as famílias sob sua responsabilidade.

Não se trata de uma atividade exclusiva de uma categoria profissional. É realizada por todos os trabalhadores, de acordo com a organização do trabalho nas equipes de saúde. No entanto, para os agentes comunitários de saúde, essa atividade se destaca, pois são eles que realizam a visita domiciliar com maior frequência, ou seja, diariamente, pois uma de suas atribuições é utilizar as visitas domiciliares para “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e vigilância à saúde”,<sup>8:45</sup> como se pode verificar nas falas a seguir:

*Nas visitas domiciliares. E no convívio. A gente mora, vive na comunidade.* (M<sub>08</sub>Eq<sub>102</sub>ACS<sub>16</sub>)

*Nas minhas próprias visitas. As minhas visitas são realizadas todos os dias; todos os dias tem visita, então todos os dias estou em contato com eles.* (M<sub>08</sub>Eq<sub>84</sub>ACS<sub>07</sub>)



O acompanhamento das famílias por meio da visita domiciliária permite que o agente comunitário identifique as necessidades apresentadas pelas famílias, mediante a observação da situação no domicílio e do comportamento dos moradores.<sup>9</sup> É por meio do trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde, ou seja, da identificação das necessidades durante a visita, que os demais profissionais das equipes ficam conhecendo as reais condições de vida das famílias sob sua responsabilidade, facilitando a organização do trabalho nas unidades.

Outra atividade realizada pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, na maioria das vezes desenvolvida em espaços fora do ambiente de trabalho/unidade, com o objetivo de articular o seu trabalho com a comunidade, são os *grupos educativos* desenvolvidos com diferentes sujeitos da comunidade: grupo de gestantes, grupo de planejamento familiar (realizado com a participação de mulheres em idade fértil), grupo de hipertensos e diabéticos (realizado com os portadores de doenças crônicas degenerativas), como pode ser observado nas falas seguintes:

*Mais nesses trabalhos de grupo que a gente tem trabalhado, nesses trabalhos de grupo porque tu trabalhas com uma quantidade maior de pessoas no mesmo momento. De repente, até em uma consulta tu consegues trabalhar e expor o Programa e como funciona, mas daí é individual. Onde a gente trabalharia com uma maior quantidade de pessoas seria nos grupos mesmo. (M<sub>08</sub>Eq<sub>03</sub>Md<sub>17</sub>)*

*É no próprio grupo de planejamento familiar que a gente já vê, tenta vê, quais são aquelas que estão com os preventivos atrasados, que faz tempo que não usam. A gente já pega uma lista, depois eu já mando pelas próprias agentes comunitárias. Pego as listas, vejo a data de menstruação delas e tento agendar mais ou menos conforme as datas de menstruação e, depois, as agentes comunitárias dão um retorno para as mulheres e depois elas já vêm direto na consulta. Através do atendimento, atendimento através dos grupos, a gente tenta conversar expor as medidas preventivas com palestras, teatro. (M<sub>08</sub>Eq<sub>135</sub>Ef<sub>05</sub>)*

Pode-se apreender, com base nas falas, que o trabalho desenvolvido com os grupos educativos, além de proporcionar o contato do trabalhador com um número maior de indivíduos, o que representa para os entrevistados um aspecto positivo com relação ao desenvolvimento dos temas que serão trabalhados e das orientações repassadas sobre o funcionamento do programa, é uma oportunidade para que estes possam atender às necessidades imediatas apresentadas pelos participantes. Um exemplo citado pelos entrevistados é o grupo de planejamento familiar em que o trabalhador utiliza o espaço do grupo, as características das participantes, para desenvolver atividades preventivas – por exemplo, o agendamento do exame citopatológico para as mulheres que ainda não o realizaram.

No entanto, pode-se pensar que o enfoque dado aos grupos educativos não potencializa o trabalho das equipes em prol da promoção da saúde, um dos pressupostos da Saúde da Família, consistindo apenas em uma estratégia de racionalização do trabalho, como o agendamento de exames citado pelos entrevistados, em que o trabalhador utiliza o espaço do grupo para organizar e facilitar o seu trabalho diário no momento em que consegue abranger o número maior de pessoas em determinada atividade.

Dando continuidade às atividades desenvolvidas pelos trabalhadores no ambiente comunitário, destacam-se, também, as *reuniões* com a comunidade. Essa atividade tem proporcionado a participação da população adstrita na organização do trabalho das equipes:

*A gente se reúne. Faz reuniões com a comunidade. Tudo é acordo. A gente não pode impor, não chega e impõe pra eles como vai ser, o desenvolvimento do meu trabalho. (M<sub>08</sub>Eq<sub>04</sub>Ef<sub>19</sub>)*

Percebe-se que as reuniões realizadas com a participação da comunidade constituem um importante espaço de troca de experiências e informações, o qual possibilita a articulação do trabalhador com a comunidade, pois é possível discutir questões comuns a todos os participantes, suas crenças, seus valores, seus desejos, respeitando as diversidades e as necessidades expressas pelos participantes. Os objetivos com essas reuniões são estimular a reflexão e proporcionar uma participação responsável da comunidade nas decisões sobre os problemas socioambientais do bairro, podendo ser a equipe de Saúde da Família a incentivadora desse processo.

No ambiente comunitário, ainda são desenvolvidas *atividades de lazer* pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família com a comunidade – por exemplo, caminhadas, passeios e oficinas:

*A gente faz passeio. Faz os passeios uma vez por ano para os hipertensos. No ano passado, nós fizemos bingo, fizemos rifas. Agora a gente está promovendo uma rifa com bolsa de alimentação, e eles mesmos sugeriram dar a alimentação. A gente não vai comprar a bolsa, sacola de alimentação. Eles sugeriram cada um trazer, e a gente vai fazer uma sacola que vai ser rifada. Foi ideia deles. A gente vai rifar para arrecadar recursos para alugar o ônibus e fazer o passeio este ano. Ano passado foi para São Lourenço. Este ano a gente vai para um lugar, nem lembro direito o nome do lugar que a gente vai ir, nem conheço. (M<sub>08</sub>Eq<sub>88</sub>ACS<sub>10</sub>)*

As atividades de lazer são realizadas com os participantes dos grupos educativos – por exemplo, com o grupo de hipertensos. Essas atividades são capazes de “resgatar valores e sentimentos, deixando de ser apenas mais uma atividade da equipe para ser uma ação voltada ao resgate da cidadania, da autoestima, do cuidado de si e da compreensão da saúde que vai além das práticas médicas”<sup>10:74</sup>

## Finalidade da articulação do trabalhador com a comunidade

Ao analisar este subtema, foi possível identificar três categorias que representam essa intenção, ou seja, os trabalhadores se articulam com a comunidade com o objetivo de *promover a saúde, educar para a saúde e criar vínculo com a comunidade*.

*Promover a saúde* envolve um conjunto de ações com o objetivo de atender a determinadas necessidades apresentadas pela população, indo além da assistência médica curativa, que restringe a saúde à ausência de doença. Essas ações devem ser intersetoriais, envolvendo a “educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, dentre outros determinantes sociais da saúde.”<sup>11:102</sup> Os dados mostram que um dos campos estratégicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, propostas na Carta de Ottawa, é o desenvolvimento de habilidades pessoais para o enfrentamento dos problemas. Como pode ser observado na fala a seguir, o profissional utiliza o momento da realização de atividades com os moradores para divulgar informações referentes à saúde, orientando e esclarecendo as dúvidas dos usuários:

*Se não houver essa ponte, fica muito difícil eles virem, eles seguem aquilo que a gente diz, as nossas orientações. Facilita, porque nesses cursos a gente reforça aquilo que a gente coloca aqui. É um momento de troca de experiências [pois], eles colocam muitas dúvidas, e a gente aproveita para falar. Então é um ambiente de troca nesses momentos; é a melhor coisa que tem. (M<sub>08</sub>Eq<sub>102</sub>Ef<sub>16</sub>)*

Desenvolver as habilidades pessoais significa capacitar os usuários para que organizem o próprio cuidado com a saúde. Esse cuidado só será viabilizado por meio de estratégias educativas que possibilitem o desenvolvimento de autonomia e habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.<sup>12,13</sup>

Foi possível identificar nas falas, também, que as ações de promoção da saúde estão relacionadas à promoção da autoestima dos usuários. Para os profissionais, no momento em que desenvolvem uma atividade, em que conseguem estimular a comunidade a participar, influenciam na autoestima dos usuários e, por consequência, na adoção de estilos de vida saudáveis:

*A nossa caminhada aqui é um sucesso [...]; ela é uma festa da saúde, e é isso que a gente tem que fazer. Tem que fazer uma coisa prazerosa, no momento em que ele sente prazer em participar, pode ter certeza que ele retorna. A nossa caminhada começa cedo, entre 7 e 8 horas da manhã, e já com foguete na praça. Então, é um foguetório, um foguetório, chamando o povo [...]: ‘Venha buscar a sua saúde, venha se gostar. [...] Vem um professor de educação física pra fazer o alongamento inicial e o alongamento final. Tem os nossos diabéticos, os nossos hipertensos, os nossos obesos, os nossos*

*idosos. E ainda, no final, nós temos sorteio de brindes [...]’. Então, é uma festa que a gente faz para estimular eles a se gostarem mais um pouco. (M<sub>08</sub>Eq<sub>44</sub>Ef<sub>08</sub>)*

O trabalho desenvolvido com o objetivo de promover a saúde é, também, terapêutico, realizado com a finalidade de facilitar o enfrentamento das situações de crise vivenciadas pelos usuários, favorecendo a melhoria da qualidade de vida. Ao participarem coletivamente de uma atividade, é possível desenvolver o sentimento de pertença, a comunidade melhorando a autoestima e a consciência de que juntos podem ser mais saudáveis. Se podem fazer isso juntos, talvez percebam que podem fazer muito mais por si mesmos e pelos outros moradores.

Outra finalidade da articulação do trabalho dos entrevistados com a comunidade é a *educação para a saúde*, considerada pelos trabalhadores uma das funções da estratégia de Saúde da Família, devendo a equipe estar articulada para o seu exercício:

*Isso, a função do PSF é isso, a gente educar para a saúde. E precisa desse contato, precisa dessa ligação entre o agente, entre o médico, entre o enfermeiro, enfim toda a equipe, porque se não a gente não consegue educar, entendeu? (M<sub>08</sub>Eq<sub>76</sub>Md<sub>07</sub>)*

O trabalho educativo desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família “apoia-se na ideia de que se pode educar para a saúde”, uma vez que se considera a hipótese de que a maioria dos problemas de saúde enfrentados na comunidade é resultado da “precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas”.<sup>14:26</sup> Muitos profissionais consideram o usuário como objeto a ser transformado, e não a situação de desigualdade e carência em que se encontram. Nesse contexto, as ações educativas desenvolvidas são específicas “para” mudar algum comportamento, uma atitude, que poderá representar um risco para a sua saúde.

Assim, é necessário repensar a prática educativa, a importância de se buscar a construção de um trabalho educativo compartilhado, ou seja, com ações de educação em saúde planejadas com o objetivo de contribuir para “formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, com base na sua realidade”, estimulando, assim, “a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva.”<sup>15:20</sup> Essa prática é construída em conjunto com todos os seres envolvidos (trabalhador e comunidade) pelos mesmos objetivos, o que “possibilita uma relação de cooperação, de valorização e crescimento mútuo num processo contínuo do cuidar/educar, dividindo responsabilidades.”<sup>16:45</sup>

Por outro lado, percebeu-se que, na prática desenvolvida por alguns profissionais entrevistados, o trabalho educativo está centrado na mera transmissão de conhecimento, no momento em que eles utilizam o espaço educativo para repassar informações referentes

ao serviço desenvolvido nas unidades de saúde e controlar as ações dos usuários, exercendo o papel de detentor do saber, como pode ser percebido nas falas seguintes:

*A prevenção. Até orientação de alimentação, de grupos [...]. Tem o grupo de diabético, tem o grupo de hipertenso, tem o planejamento familiar, tudo é passado. A puericultura, a vacina, qual é a vantagem da mãe trazer a criança para ela saber se ela está crescendo dentro do normal, tudo isso é passado. É a prevenção que é passada para eles; [...] o que eles podem e não podem comer. Doces, o que pode, o que não pode. Frutas, o diabético, o que pode? Tem umas frutas que têm bastante doce, então tudo isso é passado para eles. (M<sub>08</sub>Eq<sub>72</sub>AE<sub>22</sub>)*

*É de o cliente estar bem orientado. Orientação para ele saber avaliar as suas necessidades e procurar a unidade de saúde. Porque, às vezes, ele vem e tira o espaço de alguém que está precisando mais [...]. (M<sub>08</sub>Eq<sub>88</sub>AE<sub>10</sub>)*

Ao visualizar as falas dos trabalhadores, foi possível verificar que as ações de educação em saúde estão diretamente relacionadas à prevenção de doenças ou agravos, ou seja, para cada doença ou agravo o profissional estabelece um conjunto de medidas cujas orientações repassadas aos usuários deveriam ser incorporadas no seu cotidiano, com o objetivo de garantir uma vida mais saudável. A ênfase dessas orientações está na transmissão de normas e atitudes que devem ser seguidas pelos usuários, facilitando o controle dos seus corpos individuais pelos trabalhadores, repassando a ideia de que o conhecimento científico é o único que pode dar respostas efetivas à saúde dos usuários e das famílias.<sup>17</sup>

Esse tipo de abordagem de educação em saúde demonstra a dificuldade de alguns profissionais em desenvolver atividades educativas, levando em consideração questões ligadas aos contextos socioambiental, econômico e cultural das comunidades, fato que pode estar relacionado ao processo de ensino-aprendizagem vivenciado durante sua formação e que o profissional reproduz no seu cotidiano de trabalho.<sup>16</sup> Para mudar essa realidade, é necessário que o profissional entenda que a educação não ocorre de uma só vez. A mudança no modo de vida das pessoas só acontece no momento que elas estão abertas à possibilidade de modificar sua existência, sendo necessário “sensibilizar a pessoa para que encontre em si razões próprias que a levem a mudar seu comportamento. A ação educativa é, então, processual e vai se concretizando por meio de sucessivas aproximações”.<sup>16:49</sup>

Outra finalidade relatada pelos entrevistados, resultante da articulação do seu trabalho com a comunidade, foi a *criação de vínculo* entre os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e os usuários. Ao analisar as entrevistas, percebeu-se que a criação de um vínculo de confiança com os usuários, com base na articulação e na aderência destes ao serviço, apresenta-se como um aspecto positivo, pois facilitaria a assistência prestada,

gerando um sentimento de satisfação por parte do usuário no momento em que ele consegue resolver seu problema:

*Eu acho que aí é gratificante, porque ele confia na gente. Além de ele confiar na gente, então, ele sabe que ele vai no grupo, ele vai resolver. Se for a visita da enfermeira, vai resolver; se for a visita só do agente comunitário, vai resolver. Então, ele se sente, assim, gratificado. Ele vem no posto e vai ser atendido, então ele vai se sentir assim: Ah! Eu tenho o que eu quero no bairro. Mesmo que não tenha tudo, já grande parte do problema dele é solucionado. (M<sub>08</sub>Eq<sub>62</sub>ACS<sub>13</sub>)*

O vínculo estabelecido com o usuário faz com que ele procure cada vez mais a unidade de saúde, facilitando a aproximação e a convivência com os profissionais e, com isso, favorecendo o enfrentamento dos problemas. Os resultados positivos alcançados na resolução de um problema enfrentado pelo usuário dá credibilidade à equipe, tornando-a referência para a população<sup>16</sup>:

*Tem que haver um vínculo. Tem que haver uma confiança para eles procurarem mais a unidade, para eles chegar mais em nós. Então, acho que as ações fazem com que ocorra o vínculo. Eles vão chegar até mim, eles vão conhecer minha pessoa. Eles vão saber que, quando precisarem, eles podem chegar à unidade e me procurar. (M<sub>08</sub>Eq<sub>73</sub>Ef<sub>12</sub>)*

O vínculo criado por meio da confiança, do envolvimento, do carinho e da atenção prestada pelos trabalhadores, das equipes de Saúde da Família aos usuários só é possível por meio do diálogo, identificado como o facilitador de uma relação de respeito e de reconhecimento das necessidades e dos sofrimentos apresentados pelos moradores que procuram atendimento nas unidades.<sup>18</sup>

Esse diálogo, no entanto, deve ser precedido pela escuta, que implica a responsabilidade dos profissionais em atender às queixas, aos problemas e às necessidades manifestadas pelos usuários. Saber escutar o que os usuários estão manifestando é muito importante para o cuidado, pois “saber ouvir vai além do ato de escutar o que o outro fala, procurando compreender o que está sendo dito e compartilhar do sentimento que está sendo colocado naquele momento especial de relação”.<sup>19:309</sup>

Um dos trabalhadores que se destacaram no estabelecimento de vínculos de confiança com os usuários, por meio da escuta, foi o agente comunitário de saúde. Essa facilidade, provavelmente, ocorre por meio sua atuação direta com as famílias, nas visitas domiciliares e por ser considerado a ponte entre as equipes e a comunidade, como pode ser observado nos trechos das entrevistas a seguir:

*Se não tivesse esse elo, esse carisma, essa afinidade, se eu não tivesse essa afinidade com minha família, eu não iria conseguir fazer um bom trabalho, uma boa visita. Porque, claro, tudo é conquistado aos poucos. Eu tive que ir, eu fiz o cadastro, eu comecei a fazer as visitas frequentemente, eu expus o programa, eu expus*



os nossos objetivos, e aquilo tem que ser conquistado, não sei se eu te respondi. (M<sub>08</sub>Eq<sub>35</sub>ACS<sub>14</sub>)

Isso aí acho que o agente continua sendo, como eu disse, aquela ponte entre o posto e a comunidade. É um vínculo, sabe, entre a comunidade e o posto. Eles acham que a gente é daqui, que é um membro daqui, eles confiam na gente. A gente tem que passar essa confiança para eles, por causa de quê? Para que eles possam contar quais são as suas dores, entre aspas, para a gente tentar resolver. (M<sub>08</sub>Eq<sub>44</sub>ACS<sub>08</sub>)

Foi possível observar, ainda, pelas análises das entrevistas dos agentes comunitários, a importância que esses profissionais dão à sua ação de escuta. Achado semelhante foi encontrado em outro trabalho,<sup>20</sup> quando destacam a satisfação manifestada pelo agente comunitário quando o usuário expressa a confiança no profissional ao desabafar seus anseios e problemas, contando fatos importantes de sua vida e pedindo orientações que podem ou não estar relacionadas a uma situação de enfermidade:

*Eu acho que a gente ajuda, querendo ou não. E a finalidade é de, às vezes, tu deixar a pessoa desabafar, porque às vezes ela só tem que conversar. Hoje em dia, ninguém escuta ninguém, entendeu? E eu acho que as agentes servem pra isso também, pra eles desabafarem, porque a gente está mais esperando o serviço deles, o retorno deles. (M<sub>08</sub>Eq<sub>47</sub>ACS<sub>03</sub>)*

*Pra mim, é como eu te disse, ajudar eles. Porque tu tem que tratar bem eles. As pessoas precisam de carinho, de atenção, ainda mais num programa aqui também, que a gente vê uma área bem carente. Então, eles precisam de atenção, às vezes vêm, às vezes estão meio agitados, coisas assim, por causa dos problemas. A gente tem que sentar, conversar com eles. Ajudar e tranquilizar. Deixar eles te contarem um pouco o que está acontecendo. Ser os ouvidos deles. Eu acho importante. (M<sub>08</sub>Eq<sub>44</sub>AE<sub>08</sub>)*

Uma das exigências do Ministério da Saúde (MS) é que o agente comunitário seja morador de sua área de atuação, o que facilita o desenvolvimento de suas atividades e, conseqüentemente, a criação de vínculo com a comunidade. A facilidade em desenvolver uma relação de confiança e cumplicidade com a comunidade é uma característica desse profissional, que pode estar relacionada a uma das atribuições que fazem parte da rotina diária do seu trabalho – a visita domiciliária. Por meio dessa atividade, realizada para o cadastramento e o diagnóstico das famílias nas áreas adscritas à unidade básica, esse trabalhador consegue manter uma aproximação com as famílias, identificando-se com seus costumes, sua cultura e sua linguagem.

O vínculo está diretamente relacionado com a

capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que levam os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais.<sup>21:469</sup>

## CONCLUSÃO

Neste estudo, a articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família com a comunidade ocorre com os diferentes usuários que procuram a unidade básica de saúde para atendimento ou que são assistidos em seus domicílios, refletindo o modo como a estratégia tem organizado o seu trabalho, ou seja, com ações voltadas para o atendimento das necessidades manifestadas pelos usuários. A articulação ainda ocorre nos diferentes espaços comunitários, como igrejas, escolas associação de bairro, auxiliando no desenvolvimento das ações de saúde realizadas na comunidade.

As atividades educativas desenvolvidas pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, no ambiente de trabalho/unidade ou no ambiente da comunidade, como as consultas, os procedimentos, as visitas domiciliárias, os grupos educativos, as reuniões e as atividades de lazer, permitem aos profissionais interagir com os diferentes usuários na comunidade. No entanto, são atividades que requerem dos profissionais um conhecimento prévio sobre as características pessoais e culturais dos usuários e de suas famílias, exigindo do trabalhador o domínio sobre a organização do seu trabalho.

Foi possível identificar, também, a finalidade da articulação do trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família com a comunidade, ou seja, a articulação ocorre com o objetivo de: *promover a saúde*, mediante o desenvolvimento de habilidades pessoais para a resolução dos problemas e promoção da autoestima; *educar para a saúde*, mediante a construção de um trabalho educativo compartilhado, construído em conjunto com todos os envolvidos (trabalhadores e comunidade); *criar vínculo* entre os trabalhadores e os usuários, destacando-se o agente comunitário de saúde por sua atuação com as famílias, por meio das visitas domiciliárias, o que facilitaria a aproximação, a confiança e a convivência para o enfrentamento dos problemas.

Os dados evidenciam que é necessária a implementação de estratégias que fomentem a aderência dos moradores que não têm o hábito de procurar os serviços oferecidos pelos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, divulgando melhor o trabalho desenvolvido e as potencialidades de atuação da equipe, de forma a desenvolver uma consciência preventiva em detrimento da curativa. Evidencia-se, ainda, a dificuldade do exercício de atividades educativas mais horizontais, baseadas na troca de informações entre profissionais e usuários em detrimento de relações ainda verticais em que o trabalhador é o detentor do conhecimento e o usuário, o receptor, contribuindo pouco para que ocorra mudança de conduta e aderência as informações repassadas.

Ao articular-se com a comunidade promovendo saúde, educando para a saúde e criando vínculos com esta, os trabalhadores da estratégia podem modificar as condições de saúde das comunidades e indivíduos, melhorando-lhes a qualidade de vida. Verifica-se que ainda há muito que fazer para melhorar a articulação



dos trabalhadores da estratégia com as comunidades nas quais estão inseridas. Nesse sentido, outros estudos que favoreçam a compreensão de formas efetivas de articulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de

Saúde da Família com as comunidades de abrangência do seu trabalho precisam ser realizados, instrumentalizando esses trabalhadores no desenvolvimento de um trabalho mais efetivo e satisfatório.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Materno-infant.* 2003; 3(1):113-25.
2. Costa EM, Carbone MH. *Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009.
3. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva, AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(1):71-9.
4. Cezar-Vaz MR. Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a Saúde da Família: uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde. Projeto Integrado de pesquisa Submetido à apreciação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; outubro de 2004.
5. Minayo MD. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Marx K. O capital: crítica da economia política. 10ª ed. São Paulo: Difel; 1985.
7. Bromberger SMT. O processo de trabalho em Saúde da Família: espaço possível para o desenvolvimento da educação ambiental não-formal [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília: MS; 2007.
9. Silva AC. O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002 [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
10. Branco ZP. Elementos Socioambientais Constitutivos do Acolhimento no Processo de Trabalho de Saúde da Família [dissertação]. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2005.
11. Sícile JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003; 7(12):101-22.
12. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman, M, Júnior, MD, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 635-67.
13. Cunha RR, Pereira LS, Gonçalves ASR, Santos EKA, Radunz, V, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no contexto Paroara: possibilidade de cuidado em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2009; 18(1):170-6.
14. Gazinelli MF, Penna C. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: Gazinelli MF, Reis, DC, Marques RC. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação.* Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 25-33.
15. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base. Brasília: Funasa; 2007. 70 p.
16. Villa E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: Gazinelli MF, Reis DC, Marques RC. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação.* Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 43-51.
17. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazinelli MF, Reis DC, Marques RC. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação.* Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 19-24.
18. Takemoto MLS, Silva, EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2002; 23(2):331-40.
19. Kerber NPC, Kirchof, ALC, Cezar-Vaz, MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto & Contexto Enferm.* 2008 abr./jun; 17(2):304-12.
20. Oliveira SF, Albuquerque, FJB. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Rev Psicossoc.* 2008; 20(2):237-46.
21. Santos AM, Assis, MMA, Nascimento, MAA, Jorge, MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3): 467-70.

Data de submissão: 17/11/2009

Data de aprovação: 22/10/2010