

INTERAÇÃO DAS LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS E DA COMUNIDADE COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MARAJOARA

INTERACTION OF COMMUNITY LEADERS AND COMMUNITY HEALTH TEAM WITH A FAMILY MARAJOARA

INTERACCIÓN DE LOS LÍDERES DE LA COMUNIDAD Y DEL EQUIPO DE SALUD DE LA COMUNIDAD CON UNA FAMILIA MARAJOARA

Lígia Helen Souza Anjos¹ Rosane Maria Andrade Vasconcelos² Franciely Maria Carrijo Campos³
Danyella Rodrigues de Almeida⁴ Eva Couto Garcia⁵ Vânia Deluque Aguilar⁶ Mariana Lenina Menezes Aleixo⁷

Resumo

Introdução: A interação dos líderes comunitários, comunidade e equipe de saúde da família representam conduta necessária e favorável para o desenvolvimento integral da sociedade.

Objetivo: Analisar a interação de lideranças comunitárias e da comunidade com a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marajoara, Cáceres, Mato Grosso.

Metodologia: Estudo quali-quantitativo de caráter descritivo, realizado através de pesquisa de campo, durante o período entre fevereiro e maio de 2008, o público-alvo foram chefes de famílias, lideranças comunitárias e a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF).

Resultado: A maioria dos chefes de família refere usufruir dos benefícios da USF, 45% deles desconheciam a liderança. A maior parte dos líderes costuma ir a USF apenas quando precisa, o restante frequentam semanalmente. Todos os líderes conhecem a Equipe de Saúde da Família (ESF). Todos os profissionais afirmaram realizar as Visitas Domiciliares (VDs). Há um problema que dificulta a articulação entre os dirigentes comunitários e os programas realizados pela equipe. **Conclusão:** Conclui-se que a mobilização comunitária pelos líderes dos bairros foi baixa, e a participação popular em saúde na área de abrangência da USB Marajoara deve ser repensada.

Descritores: Equipe de Saúde da Família; Lideranças Comunitárias; Participação Popular.

¹Enfermeira formada pela Universidade Estadual de Mato Grosso-UNEMAT E-mail: ligia_anjos@hotmail.com. Autora da monografia.

²Enfermeira Especialista em Didática do Ensino Superior pela Universidade do Estado de Mato Grosso e Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: wanrofe@gmail.com

³Acadêmica do curso de bacharelado em Enfermagem, pela Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT, campus de Cáceres e Especializando em Obstetrícia pela Pós-graduação/Unicamp. E-mail: francielycampos1@hotmail.com

⁴Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência, Enfermagem do Trabalho e Mestranda em Saúde Coletiva pelo INSES, Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: dannypirelli@hotmail.com

⁵Enfermeira Especialista em Gestão Saúde da Família e Mestranda em Saúde Coletiva pelo INSES, Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: evacougar@hotmail.com

⁶Enfermeira Especialista em Docência e Gestão do Ensino Superior, Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: vaniaenfer@hotmail.com

⁷Enfermeira e Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT, Campus de Cáceres.

Abstract The interaction of community leaders, community and family health team represent conduct necessary and conducive to the overall development of society. **Objective:** To examine the interaction of community leaders and the community with family health team's Basic Health Unit (BHU) Marajoara, Cáceres, Mato Grosso. **Methodology:** qualitative and quantitative, descriptive, conducted through field research, during the period February to May 2008, the audiences were heads of families, community leaders and staff of the Family Health Unit (FHU). **Result:** The majority of householders refer enjoy the benefits of USF, 45% of them were unaware of leadership. Most often leading to go USF need only when the rest attend weekly. All leaders know the Family Health Team (ESF). All the professionals reported receiving home visits (VDs). There is a problem that hinders the articulation between community leaders and programs carried out by the team. **Conclusion:** It is concluded that community mobilization by leaders of the districts was low, and popular participation in health in the area covered by the USB Marajoara should be rethought.

Key words: Family Health Team; Community Leaders; Popular Participation.

Resumen La interacción de los líderes de la comunidad, la comunidad y el equipo de salud de la familia representan una conducta necesaria y conducente al desarrollo general de la sociedad. **Objetivo:** Analizar la interacción de los líderes comunitarios y la comunidad con la unidad del equipo de salud familiar del Básico de Salud (UBS) Marajoara, Cáceres, Mato Grosso. **Metodología:** cualitativa y cuantitativa, descriptiva, realizada a través de la investigación de campo, durante el período de febrero a mayo de 2008, el público se encontraban los jefes de familia, líderes comunitarios y personal de la Unidad de Salud de la Familia (USF). **Resultados:** La mayoría de los jefes de familia se refiere disfrutar de los beneficios de la USF, el 45% de ellos no tenían conocimiento de la dirección. Muy a menudo conduce a ir USF necesita sólo cuando el resto asistir semanalmente. Todos los líderes saben el Equipo de Salud de la Familia (ESF). Todos los profesionales informaron que recibieron visitas domiciliarias (VDS). Hay un problema que dificulta la articulación entre los líderes comunitarios y los programas ejecutados por el equipo. **Conclusión:** Se concluye que la movilización de la comunidad por los líderes de los distritos era baja, y la participación popular en salud en el área cubierta por el Marajoara USB debe ser repensada.

Descritores: Família del Equipo de Salud; Líderes de la Comunidad; La Participación Popular.

Introdução

Segundo orientações do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta ações estruturadas no trabalho em equipe e busca humanizar as práticas de saúde, com objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade ⁽¹⁾.

O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, alicerçam-se sobre três grandes pilares: família, território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe ⁽²⁾.

Diante dos ótimos resultados alcançados, o MS estimula a ampliação do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) no Brasil, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades, líderes comunitários, gestores de saúde e prefeitos ⁽¹⁾.

A criação de compromisso e estabelecimento de vínculos entre a população, profissionais de saúde, e atenção à família no ambiente onde vive, constituem o ponto central da estratégia ⁽³⁾.

O conhecimento técnico-científico dos integrantes engajados em programas que buscam resultados coletivos facilita a abordagem da participação e inclusão das famílias, evita intervenções sobre os agravos à saúde, trabalha com riscos sanitários presentes nos “modos de vida” – condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos ⁽⁴⁾.

Os profissionais de saúde devem envolver a população na identificação, explicação e compreensão de problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas, sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades ⁽⁵⁾.

O objetivo deste trabalho é analisar a interação de lideranças comunitárias e comunidade com a Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marajoara, Cáceres, Mato Grosso.

Revisão da Literatura

Trabalho em equipe: desafio e estratégia para a consolidação do Programa de Saúde da Família

A Saúde da Família expande além do trabalho técnico hierarquizado, através da interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes. O trabalho coletivo possibilita autonomia, criatividade e integração da equipe. Este caracteriza o grande desafio da equipe, quando não se ocorre a integração, pode correr o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual, rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos ⁽⁶⁾.

As atribuições técnicas de cada profissional previsto no PSF – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, encontram-se arroladas no documento do MS, sendo inclusive enfatizado que estes devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários em grupo ⁽⁷⁾.

A promoção da saúde visa o trabalho compartilhado, humanizado e responsável com a comunidade e lideranças locais, as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado devem se sustentar no conhecimento que contemple as esferas biopsicossociais da saúde com interdisciplinaridade e multiprofissionalíssimo presentes.

O trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes trabalhos, o qual flexibiliza a divisão do trabalho, preserva diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados, arguir a desigualdade na valoração de distintos serviços e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios de autonomia profissional para qualidade da intervenção em saúde ⁽⁸⁾.

Estudo recente realizado no PSF aponta a ausência do usuário como protagonista do seu próprio viver, e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito.

Este tipo de problema traz implícita a necessidade de lidar com as diferenças, tanto no que se refere aos vários tipos de conhecimento científico, quanto àquelas de cunho pessoal ⁽³⁾.

Além dos fatores interpessoais, certamente há os de cunho objetivos, também imprescindíveis como a competência teórica e técnica de cada profissional, divisão e organização do trabalho, planejamento e programação de todas as atividades, dentre outros. O profissional necessita acompanhar a convivência interdisciplinar, realizar o balanço sobre

quais fatores impedem o caminhar da equipe, quais os pontos fortes que permitem serviço de qualidade à população, e reflexão sobre a contribuição no processo de melhoria ⁽⁹⁾.

Saúde na atualidade: Qualidade de vida

Os conceitos de saúde são frutos do processo de construção coletiva, forma de pensar e agir da sociedade, incorporados pela população ⁽¹⁰⁾.

No modelo biomédico, o conceito de saúde estava associado à ausência de saúde. Neste modelo de atenção à saúde, as doenças eram explicadas com ênfase em uma perspectiva biológica, não levando em conta a interação dinâmica entre fatores sociopsicológicos, além de fatores físicos, que influenciam a saúde e a doença das pessoas ⁽¹¹⁾.

A promoção da saúde tem sido definida como processo que capacita a população exercer e aumentar o controle sobre saúde, sendo relativa ao bem-estar individual e coletivo ⁽¹²⁾. A promoção da saúde implica em um processo abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitem a efetividade da educação em saúde ⁽¹³⁾.

A incorporação da ideia de promoção da saúde e prática de promovê-la no campo da saúde pública foi influenciada especialmente pela reforma iniciada no Canadá, em 1974. Refletiram-se então os anseios de muitos que estavam preocupados com a influência do meio físico e social na saúde ⁽¹³⁾.

O ponto de partida dessas reflexões foi constituído pelas discussões iniciais a propósito de promoção à saúde, assentadas nas determinações da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em 1978, na Alma Ata (URSS), da qual resultou a Declaração de Alma Ata. Após este período, várias conferências foram organizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), começando com a Conferência Internacional em Promoção da Saúde (Conferência de Ottawa), sediada no Canadá, em 1986, da qual derivou o primeiro documento internacional em promoção de saúde: a Carta de Ottawa. A Carta de Ottawa define este campo de conhecimentos e práticas como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo” ⁽⁷⁾.

A esta conferência sucederam-se várias outras, nas últimas duas décadas, que seguiram trabalhando e mobilizando temas como capacitação da comunidade para melhoria da qualidade de vida, participação decisória, políticas saudáveis, abordagem setorial,

ambiente favoráveis, habilidades pessoais. A reconversão dos sistemas de saúde com ênfase na equidade, na atenção sobre os determinantes do processo saúde/doença e na extensão da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação foram também temas recorrentes, assim como a questão da sustentabilidade social com base em macrofunções sociais de trabalho e renda, infraestrutura, desenvolvimento social e saúde e nutrição ⁽¹¹⁾.

Nos países onde a desigualdade social e econômica prevalece à promoção de saúde tem pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país, isso ocorre em vários países da América Latina e Brasil. Fatores como interesse, manipulação e instabilidade política em muitas regiões também prejudicam o desenvolvimento ⁽¹³⁾.

Uma das maiores contribuições da promoção da saúde tem sido ampliar o entendimento sobre saúde. Aplicado à saúde coletiva, isto significa mudança de ideologia. No movimento de promoção da saúde coletiva, a função do profissional é repensada. Deixa-se de exercer papel de especialista que avalia, define as necessidades da comunidade e fornece solução através de estratégias profissionalmente orientadas, para estabelecer parceria com a comunidade, aprender e contribuir com apoio moral e técnico ⁽¹²⁾. Assume o papel de provedor de serviço e beneficiário, os profissionais e as pessoas da comunidade são parceiros na tomada de decisões sobre o desenvolvimento e saúde da comunidade ⁽¹⁶⁾. Propõe a melhoria da qualidade de vida como necessidade de vitalidade física aliada à participação de grupos, associações comunitárias para usufruir boas relações pessoais e sociais ⁽¹²⁾.

Participação Popular: um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS

O PSF está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e participação social/controle social. Entende-se que ambas diretrizes estão relacionadas a medidas que decorrem e expressam relações entre a população de referência e o serviço. Ambas, supõem processo de democratização das instituições ⁽³⁾.

Muitos programas de saúde têm sido desenhados e executados, seria adequado elaborar planejamento e garantir participação da comunidade no processo diálogo e negociação ⁽³⁾. Vale ressaltar que em suas diretrizes o PSF orienta a participação comunitária e o controle social, como estratégia para alcançar os princípios do SUS, cabe à enfermeira criar condições e estimular a participação dos usuários nos processos educativos, planejamento e avaliação da assistência ⁽¹⁾.

A baixa adesão da comunidade é preocupante, a participação popular compreende múltiplas ações sociais que influenciam na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas nas áreas sociais, de saúde, transporte, entre outras, este é o primeiro passo para garantir os direitos de cidadãos perante aos governantes ⁽¹⁸⁾. Quando a população se posiciona no processo, sem ação ativa, ou mesmo receptiva, também é responsável pelos agravos relacionados à qualidade de vida e ainda compromete a reestruturação da saúde pública ⁽¹⁸⁾.

A participação popular é a forte arma da comunidade, acadêmicos e profissionais de saúde para melhorar os serviços e qualidade de vida da população, portanto, não pode ser negligenciada, deve ser estimulada por esforços comuns, da sociedade civil, profissionais de saúde, que estão próximos da comunidade e desempenham papel essencial na construção da consciência sanitária ⁽¹⁸⁾.

Líderes Comunitários: análise do seu potencial na perspectiva da promoção a saúde

Proposta para atuação da ESF com foco na organização do cuidado e base nos problemas vem sendo veiculada no Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, também aparece como destaque à relação da equipe com a comunidade. O documento assinala a introdução de novas questões de poder, concentradas nos membros da equipe e moradores, estes serões interlocutores privilegiados da equipe. A presença desses mediadores comunitários poderá facilitar a relação da equipe com a comunidade ⁽¹⁾.

A função deliberativa do conselho é importante, pois usuários, trabalhadores de saúde e administração são a representação da comunidade no espaço deliberativo de gestão, constituindo política compartilhada ⁽³⁾.

A identidade da liderança de movimentos popular é resultado da diversidade dos grupos por ela liderados, cada grupo fornece um "fragmento" de identidade, isso influencia o grupo no qual está inserida. Para que a conscientização da participação popular se desenvolva no setor da saúde, é fundamental a localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social. Desta forma, é possível que as pessoas deixem de ser simples beneficiadas e tornem-se corresponsáveis pelo desenvolvimento pessoal e comunitário ⁽¹⁸⁾.

Metodologia

A pesquisa foi realizada no município de Cáceres, estado de Mato Grosso, população de 87.942 habitantes sendo 76.568 na área urbana e 11.374 na área rural ⁽¹⁹⁾.

A cidade possui 11 unidades de PSFs, localizadas em bairros distintos atendendo diversas famílias. O PSF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria n° 648/GM, deve ser composto de equipe multiprofissional. Esta equipe é responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada 3.000 habitantes, no qual os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem o papel de inter-relação da população com a UBS ⁽²⁰⁾. O número de ACS suficiente para cobrir 100% da população no máximo de 750 pessoas por ACS, requer divisão territorial da área total em microáreas do PSF para, assim possibilitar visitas domiciliares mensais do ACS. Estes que acompanham a família, inicialmente cadastrando os integrantes, orientando-os quanto à utilização dos serviços de saúde disponível, desenvolve atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças, agravos e vigilância à saúde, sempre buscando a integração entre equipe de saúde e população.

O experimento foi realizado na área de abrangência do PSF Marajoara. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de caráter descritiva, através de pesquisa de campo, conduzida no período de fevereiro a maio de 2008, no qual analisou a interação dos líderes comunitários e comunidade com a equipe de saúde da família no PSF.

A realização deste estudo constituiu-se em duas etapas: revisão bibliográfica e pesquisa a campo. A revisão bibliográfica abordou os seguintes temas: trabalho em equipe, definição de liderança e definições de saúde: qualidade de vida, participação popular, potencialidades do líder de bairro e agente comunitário de saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram os chefes de famílias cadastradas, lideranças comunitárias, e equipe da unidade da saúde da família do PSF Marajoara. Os chefes de famílias foram escolhidos aleatoriamente através de um sorteio, após sorteado a pesquisadora junto com o ACS foi à casa do chefe, que aceitava ou não participar da pesquisa, foram, 04 (quatro) chefes de cada bairro, totalizando 20. Os ACS identificaram 05 lideranças comunitárias no bairro Marajoara, Vila Mariana, Jardim do Trevo, Junco, Maracanãzinho. Foram definidas como liderança comunitária pessoas formadoras de opinião e integrantes de entidades como associação de moradores, sindicatos e conselho de saúde, que residem em um dos bairros coberto pelo PSF. Toda equipe de saúde do PSF participou do estudo.

Foram distribuídos questionários aos que aceitarem participar da pesquisa, o roteiro foi preenchido pelos participantes acompanhados da pesquisadora para esclarecer qualquer dúvida, mas teste piloto foi aplicado antes da realização do mesmo, tempo médio de 20 (vinte) minutos. As respostas transcritas no roteiro foram posteriormente agrupadas e analisadas.

Os dados foram analisados de acordo com os dados alcançados pelo instrumento proposto para coleta de dados, recebendo tratamento estatístico com recurso do Excel 2007, sendo as informações agrupadas e analisadas a luz de referencial bibliográfico. As respostas abertas foram transcritas nas falas dos entrevistados.

Trata-se de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). A Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres/MT autorizou a pesquisa através de documento assinado pelo secretário municipal de Saúde em gestão no ano de 2008. Solicitou de todos os participantes da amostra, o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme previsto na Resolução 196/196 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Chefes de família

A amostra do presente estudo foi constituída por 20 (vinte) chefes de família, a maioria do sexo feminino (60%), 55% tinham entre 46 (quarenta e seis) e 50 (cinquenta) anos de idade. Os bairros de abrangência foram à área do PSF Marajoara em Cáceres, MT.

O estudo mostrou que entre os entrevistados 30% não possuía nenhum grau de instrução, 30% ensino fundamental completo; 20% ensino médio incompleto; 15% ensino médio completo e 5% ensino superior incompleto.

O baixo nível de escolaridade mostrou-se estatisticamente significativo, esses valores reproduzem o cenário nacional no qual existem diversas fontes de desigualdades, como acesso e a permanência no sistema escolar, região da residência, condição étnica e necessidade de trabalho precoce nas famílias ⁽²¹⁾.

O elevado número de chefes de famílias com pouco ou nenhum nível de escolaridade tem implicação direta na qualidade de vida e saúde da comunidade, visto que, a educação é um dos elementos chaves para melhorar as condições diárias. O desemprego e o subemprego

estão diretamente ligados ao baixo grau de escolaridade, sendo fatores de exclusão social. Percebe-se que a renda familiar é insuficiente para o sustento de toda a família⁽²²⁾.

Em relação ao domicílio, evidencia-se que 50% das casas foram construídas com material de alvenaria e os outros 50% de madeira. O número de famílias que vivem insatisfeitos com a moradia ultrapassa 50%. Muitas destas residem em casas sem instalações sanitárias, loteamentos clandestinos, áreas de invasão, aglomerações de pessoas e espaços reduzidos.

Condições de saúde da população são fortemente influenciadas pela evolução das condições ambientais, em particular no que se refere à adequação das moradias e saneamento básico⁽²¹⁾. A aglomeração é extremamente comum entre famílias de baixa renda, devido à elevada taxa de natalidade. Esse fator, aliado a precárias condições de moradia, leva ao aumento na incidência de doenças, atinge principalmente o sistema respiratório em especial a asma brônquica⁽²¹⁾.

A média de moradores por residência foi de 06 (seis) pessoas por casa. A pesquisa evidencia que 60% dos chefes de família entrevistados trabalham. A renda mensal familiar em 85% dos casos é de 01 (um) a 03 (três) salários mínimos.

Estudo realizado em São Paulo entre 1984- 1996 revelaram que o número de moradores por cômodo apresentou associação significativa com a letalidade. Como indicador de condição socioeconômica, pode ter-se mostrado mais sensível que os demais indicadores; como indicador de aglomeração, por si sugere ser um fator de risco de infecção por determinados agentes, os quais apresentam maior letalidade como rotavírus do que agentes menos intensamente relacionados com aglomeração como as bactérias fecais⁽²³⁾.

Crianças que moram em domicílios com quatro ou mais moradores por cômodo, apresentam letalidade hospitalar 3,5 vezes maior do que aqueles residentes em casas com menos de dois moradores por cômodo e fumante, havendo relação linear entre aglomeração e letalidade⁽²⁴⁾.

Referente à variável lazer, 60% dos entrevistados relata não possuírem nenhum tipo de lazer, 30% utilizam a pescaria como uma atividade recreativa e econômica e os 10% restante referem jogar bola e assistir televisão. Nestes bairros há carência de lugares públicos recreativos como parques, praças e quadras de esportes. A preocupação com o conceito de “qualidade de vida” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida⁽²⁵⁾.

No segundo questionário, 80% dos entrevistados relatam usufruir dos benefícios da USF. A maioria das mulheres diz participar de encontros comunitários e projetos voluntários na comunidade, muito destes realizados pelos acadêmicos da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. O estudo ainda releva que 80% dos residentes tem ótimo relacionamento com a ESF, o restante refere não frequentar a unidade. A respeito das visitas domiciliares (VDs) 40% dizem que os agentes realizam-na semanalmente, 30% quando solicitam a presença dos ACS, e o restante refere visita mensalmente.

Na questão reivindicar, as famílias se mostram pouco ativas, 70% dos entrevistados nunca fizeram críticas a USF, prefeitura ou líder do bairro. A maioria dos entrevistados mora no bairro a mais de 10 (dez) anos, no decorrer deste período, 55% dizem que houve poucas mudanças, para 35% dos moradores não existiu mudança alguma e 10% dizem haver grandes mudanças. Os problemas prioritários mais citados foram o saneamento básico, asfalto e segurança.

Estudo realizado na microrregião geográfica de Catalão localizado no sudeste do estado de Goiás investigou as cidades de Ananguera, Campo Alegre de Goiás, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Nova Aurora, Ouvidor e Três Ranchos, estas também apontaram desigualdade social, saneamento básico, asfalto, segurança e outros fatores como problemas encontrados no município ⁽²⁶⁾.

Quando questionados sobre os líderes comunitários, 45% dos chefes de famílias desconheciam a liderança, e 55% disseram:

C10- *“... tem q ser uma pessoa interessada em trazer melhorias pras escolas, pras creche, tem que melhora as ruas, tem que ser de confiança, de respeito e saber liderar...”*

C18- *“... que coloque a mão na massa em busca de coisas boas pra toda comunidade...”*

C1- *“... tem que ser alguém estudado, que fale bonito, pra poder saber Conversar com os políticos sobre as coisas que o bairro precisa urgente...”*

C5- *“... não pode ser alguém muito ocupado, precisa ter tempo pra trabalhar pelo bairro...”*

C12- “...não pode ser um Zé-ninguém, tem que ser alguém influente, conhecido por todos do bairro...”

Lideranças comunitárias

A amostra do estudo foi constituída por 05(cinco) lideranças comunitárias. A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (60%), faixa etária entre 39 e 48 anos de idade, os líderes moram no bairro a mais de 10 (dez) anos. Todos são pessoas religiosas, 20% católico e 80% evangélicos. A maior parte dos líderes (60%) costuma ir a USF apenas quando precisa, o restante frequenta semanalmente. Todos os líderes conhecem a ESF, 40% disseram ter um ótimo relacionamento com a equipe, 20% razoável e o restante afirmam não ter vínculo algum.

Algumas estratégias são necessárias para fortalecer o papel do cuidado informal em nível local, entre elas estão: estimular a sociabilidade entre vizinhos; promover grupos de autoajuda em nível comunitário; mobilizar as redes de suporte social; descentralizar a subministração de assistência formal; reforçar a assistência formal em nível domiciliar e dar suporte a quem assiste.

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são órgãos permanentes e deliberativos que ajudam os líderes comunitários a implantar medidas auxiliadoras nos bairros. Os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros ⁽¹⁾.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Cáceres, criado em 1993, atua com 20 (vinte) conselheiros titulares, dos quais 10 (dez) representam o segmento dos usuários, 04 (quatro) gestores, 03 (três) trabalhadores de saúde e 03 (três) prestadores de serviço. Uma taxa relevante de líderes diz conhecer o CMS (80%), mas apenas 40% já participaram de alguma reunião.

Quando questionados sobre a realização de projetos comunitários, todos afirmaram realizar projetos junto à comunidade, como a distribuição de cestas básicas, trabalhos com idosos, grupos de alcoólicos e oficinas de artesanatos. Os líderes buscam parcerias com pessoas influentes ou no ambiente de trabalho, também foram citadas locais públicos com escolas, igrejas, praças e o centro de atenção à saúde mental (CAPS).

A opinião dos líderes quanto aos problemas prioritários do bairro foi compatível com a dos chefes de família, sendo os mais citados: saneamento básico, asfalto e educação, achados também encontrados na microrregião de Catalão – GO ⁽²⁶⁾.

As concepções dos líderes referentes à qualidade de vida são descritas abaixo:

L1- “ *É você ter uma vida saudável envolvendo tanto o físico, mental e o espiritual, viver ao lado de pessoas que você gosta, fazendo o que você gosta.*”

L2- “ *É estar bem de saúde, de bem com todas as pessoas e de bem com Deus.*”

L3- “ *É a pessoa ter saúde, engloba uma porção de coisas, tipo morar bem, ter uma boa alimentação e ter um bom salário.*”

L4- “ *É ter um bom lugar pra morar, ter um emprego que lhe pague um salário justo, ter acesso a educação, lazer, uma alimentação saudável, ter segurança, paz, tranquilidade, pagar as contas em dias, e acima de tudo ter Deus no coração.*”

L5- “ *É viver bem, tendo moradia, emprego, comida, segurança, saúde, ter uma religião, uma família, e quem sabe talvez, ate mesmo uma diversão se possível.*”

Profissionais da equipe de saúde da família

O estudo foi realizado com 10 (dez) profissionais de saúde. A maioria dos entrevistados 50% atuam há 03 (três) anos na unidade.

A pesquisa revelou que 65% dos profissionais normalmente discutem, argumentam e defendem suas ideias até chegar a um consenso, 20% não sentem a vontade para expressar opiniões e 15% são mediados por outras pessoas, estes confrontos podem estar relacionados à hierarquia existente na equipe. Os dados mostram que 55% dos entrevistados consideram o relacionamento entre a equipe amigável e respeitoso, 30% mantêm confiança mútua, 10% tecnicamente profissional e apenas 5% relação autoritária.

A posição ocupada na escala hierárquica geralmente evidencia a importância que é dada ao serviço de Enfermagem para alcance dos objetivos da instituição. Os diferentes níveis hierárquicos podem dificultar a comunicação entre a equipe e o papel do enfermeiro responsável facilitar a comunicação e evitar prováveis transtornos ⁽²⁷⁾.

Questionados sobre grau de satisfação no trabalho, 80% dos participantes disseram sentir satisfeito com o serviço, 20% não sentem motivados, portanto, executam a ação por necessidade.

Todos os profissionais de saúde afirmaram realizar as VDs, 10% fazem apenas em casos de pacientes graves, 35% semanalmente e 55% quinzenalmente. Vale ressaltar que 25% da ESF diz conhecer os líderes dos bairros, e a maioria 75% não sabem quem são esses líderes, essa informação contradiz a dos líderes comunitários.

Este problema dificulta a articulação entre os dirigentes comunitários e os programas realizados pela equipe. Trabalho em equipe refere-se à capacidade de lidar com diferenças, respeito à singularidade de cada pessoa, cooperação, comunicação, habilidade para trabalhar em grupo, humildade diante dos limites do próprio conhecimento, complementaridade e escuta, em busca de consenso entre profissionais, que traduzira qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela ⁽⁹⁾.

Promoção de saúde por profissionais de saúde:

P1- “É uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade.”

P2- “Dar assistência ao usuário, de modo a educar o mesmo quanto as condutas de bem estar, como : higiene, alimentação, dentre outros.”

P3- “Prestar uma assistência integral ao usuário promovendo assim a saúde da família.”

P4- “Saúde é direito de todos e promover essa saúde é dever da equipe do PSF, juntamente com o apoio da comunidade.”

P5- “É educar a população, fornecer medicamentos, dar assistência,

acolhimento, visitas domiciliares sempre que necessário. É ajudar a comunidade a ter uma vida com mais longevidade.”

Conclusão

Conclui-se que a mobilização comunitária pelos líderes dos bairros foi baixa, e a participação popular em saúde na área de abrangência da USB Marajoara deve ser repensada. É necessária a participação de líderes, profissionais de saúde e gestores na realização de ações que objetivem intervir, elaborar, executar e informar decisões na formulação de políticas públicas, através de diálogo que vise melhorar a qualidade de vida e a promoção da saúde na comunidade. A elaboração de estratégias metodológicas que desenvolvam as capacidades latentes dos indivíduos buscando despertar suas potencialidades pode auxiliar nas ações desejadas. Observou-se que conhecer a opinião de integrantes da comunidade é uma forma de ajudar no planejamento dos serviços, visto que o profissional não pode levar em consideração apenas suas concepções.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Guia prático do Programa de saúde da Família. Brasília; 2001.
2. Oliveira, Raquel. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná, Revista Escola Enfermagem USP, 2007 jan. fev. pag. 65-72.
3. Crevelim, M. Peduzzi, MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro abr./jun. 2005;10(2).
4. Teixeira, C. F. Formulação de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde: bases conceituais e proposta metodológica. Consultoria DAPE/ MS, novembro de 2003b, p.51.
5. Teixeira, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, D. F. dezembro de 2000, p. 261-281.

6. Almeida, M. C. P, Mishima, S M. O desafio do trabalho em equipe na atenção a saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. Revista interface 2001, número 9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
8. Peduzzi, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. Seminário: O enfermeiro no Programa de Saúde da Família. São Paulo, 2000.
9. Cardoso, C. L. Relações Interpessoais da equipe no Programa de Saúde da Família. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, 2004;22(1):2-9.
10. Barreto, I. C. H. C. et al. A Estratégia Saúde da Família no Brasil e a superação da Medicina Familiar. Revista SANARE, Ano IV, n. 1, jan/fev/mar. 2003, p. 57 - 64.
11. Ferreira, J.R, Buss, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde – Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil.
12. Ministério da Saúde, 2001; Chiesa M. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde, 2004. In Blaxter M. Health and Lifestyles, New York: Routledge, 1990.
13. Grundy, E.; Souza, E. M. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad. Saúde Pública, 2004;5:1354-1360.
14. Lacerda, J. T. Programa de Saúde Bucal de Florianópolis. Revista do II Encontro Catarinense de Odontologia em Saúde Coletiva, Florianópolis, p. 14-17, junho, 1996.
15. Pinto, V. G. Saúde bucal coletiva. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 293-310.
16. Buischi, Y. P. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p.1-22.
17. Pinto, A. Scachetti, S. Oliveira, M. Almeida, N. Farinon, P. Morteau, ECM. Diagnóstico sobre mobilização de lideranças comunitárias: A enfermagem e a prevenção de acidentes. Rev. Saúde e Biol., Campo Mourão, 2007;2(2):9-15. <http://www.revista.grupointegrado.br/sabios/> In: Peruzzo, C.M.K. Comunicação nos movimentos populares: ser socialmente responsável é um diferencial de mercado. Petrópolis: Vozes, 1998.

18. Aranha, SC. Zollner, ACR. Cury, MCFS. Compri, PC. Condições ambientais como fator de risco para doenças em comunidade carente na zona sul de São Paulo, 2006. São Paulo. In: Zaman, K. et al. Acute respiratory infections in children: a community-based longitudinal study in rural Bangladesh. *Journal of Tropical Pediatrics*, London, 1997;43(2):133-137.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/gm de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/legislacao.php>
21. Serapioni, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc. Saúde coletiva* v.10 supl.0 Rio de Janeiro set./dez. 2005 In: Bulmer, M 1987. *The social basis of community care*. Allen & Unwin, Londres.
22. Gérson de Souza Santos, Álvaro da Silva Santos. Descrevendo as condições de vida de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família em um bairro de Guarulhos. *Saúde Coletiva: Editorial Bolina*, Brasil, vol. 3, núm. 13, bimestral, 2007.
23. Benicio MH, Cardoso MR, Gouveia N, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984- 1996). *Rev. Saúde Públ.*, 34(6): 91-101, 2000.
24. Post, CLA, Victoria, CG, Valente, JG, Leal, MC, Niobey, FML, Sabroza PC. Prognostic factors for hospital case-fatality due to diarrhea or pneumonia: a case-control study. *Rev. Saúde Públ.*, 26(6):1-10, 1992.
25. Fleck, MPA, Leal, OF, Louzada, S, Xavier, M, Chachamovich, E, Vieira, G, Santos, L, Pinzon, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, 21 (1), 1999.
26. Nágela AM, Soares, BR. Pequenas cidades: seus atributos, dilemas e cotidiano no contexto espacial da microrregião geográfica de Catalão (GO).
27. Kurcgant, P, et al. *Administração em enfermagem*. São Paulo. EPU, 1991.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013-04-15

Last received: 2013-07-17

Accepted: 2013-07-11

Publishing: 2013-09-30

Corresponding Address

Franciely Maria Carrijo Campos

Rua dos colhereiros, nº180, Bairro: Vila Mariana-MT. CEP: 78200-000

Telefone: (65) 9614-1949

E-mail: francielycampos1@hotmail.com