

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**MARCELA MONTEIRO DE OLIVEIRA LASMAR**

**Promoção da saúde:  
percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2010**

MARCELA MONTEIRO DE OLIVEIRA LASMAR

Promoção da saúde:

percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de mestre em Saúde na  
Comunidade

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Ribeirão Preto

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação Médica  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

LASMAR, Marcela Monteiro De Oliveira

Promoção da saúde: percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Marcela Monteiro De Oliveira Lasmar; Orientador Laércio Joel Franco. – Ribeirão Preto, 2010.

106 f.: il

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2010.

Orientador: FRANCO, Laércio Joel

1. Promoção da Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Prática Profissional. 4. Concepção de Saúde. 5. Equipe.

Nome: LASMAR, Marcela Monteiro de Oliveira

Título: Promoção da saúde – percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde na Comunidade

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. Laércio Joel Franco

Instituição: FMRP – USP

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

A meus pais, melhores professores que a vida  
poderia me dar! Devo o que hoje sou a vocês!

Ao meu esposo Patric, presente de Deus em  
minha vida, que foi pedra angular nesse  
trabalho!

## AGRADECIMENTOS

“O que diremos depois disso? Se Deus é por nós quem será contra nós?” Agradeço a Deus, fonte de inspiração e sabedoria maior, que de forma tão concreta e tão sublime me sustentou durante esse período! Obrigada por me permitir viver tudo isso!

Ao meu esposo Patric, companheiro amado, que se fez consolo e motivação a cada momento e me fez acreditar em mim mesma quando a incerteza me fez duvidar! Sua presença foi fundamental nesse processo amor!

Aos meus pais, José e Dilene, por todo amor gratuito recebido durante esses anos, que me fizeram acreditar em meus sonhos e querer ser uma pessoa melhor! Obrigada por tudo!

Aos meus irmãos Tarcísio e José Lúcio, por toda amizade e alegria compartilhadas também distantes, vocês me inspiraram mesmo sem saber!

À minha cunhada Iana que, compartilhando momento semelhante, me fez buscar mais pelo seu exemplo de “desejo de saber”, sua garra e competência!

À minha nova família: minhas cunhadas Bianca e Sabrina, pelo apoio e amizade, e meus sogros Wilson e Tuca, que se fizeram como pais, me motivaram, acreditaram em mim e souberam compreender as ausências!

À minha família (vovó Nicinha, tios e primos) que desde o começo vibrou e se alegrou comigo, mesmo longe!

Aos meus amigos, os “antigos” e os que tive a graça de conhecer nesse tempo, obrigada pelo ouvido, pelas palavras sábias e por cada palavra de incentivo! Vocês foram essenciais!

Aos meus eternos e queridos alunos, que foram como “combustível” nessa etapa!

À Ivana, que compartilhou de modo tão singular essa vitória! Essa conquista é sua também! Seu trabalho e competência me souberam acolher e ensinaram a transformar as “pedras” em crescimento!

Ao Telmo, que me abriu essa porta e incendiou minha paixão pela comunitária! Levarei isso sempre comigo!

Ao meu orientador, prof. Laercio, que acolheu minhas limitações e minhas idéias, me fazendo livre para criar!

À prof. Maria do Carmo que, com sua generosidade e sugestões, me ajudou a amadurecer esse trabalho!

Ao Mário, pela disponibilidade e gratuidade sem tamanho! Jamais esquecerei!

Aos profissionais dos Núcleos de Saúde da Família da USP, que com sua simplicidade e sinceridade, contribuíram de modo essencial para meu crescimento! Obrigada pela confiança!

Enfim, sou grata por ter pessoas tão especiais à minha volta que me ajudam a significar minha existência e tornar o caminho mais colorido!

Amo vocês!

Há pessoas que desejam saber só por saber, e isso é curiosidade; outras, para alcançarem fama, e isso é vaidade; outras, para enriquecerem com a sua ciência, e isso é um negócio torpe; outras, para serem edificadas, e isso é prudência; outras, para edificarem os outros, e isso é caridade.

**São Tomás de Aquino**

## RESUMO

LASMAR, M. M. O. **Promoção da saúde: percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, a partir do movimento da Reforma Sanitária, como uma necessidade do país em atender às novas demandas em saúde colocadas pelo contexto social. A Estratégia Saúde da Família surgiu como um meio de avançar na construção dos princípios do novo sistema, na busca de romper com antigas concepções na área que centravam na doença, em detrimento de uma visão integral dos sujeitos e comunidades. Neste cenário, a promoção da saúde aparece como um conceito inovador das práticas sanitárias, lançando um novo paradigma com o foco nos aspectos saudáveis dos indivíduos e ambientes, ou seja, o foco na saúde. O presente estudo, de natureza qualitativa, investigou as concepções e práticas de promoção da saúde de profissionais dos Núcleos de Saúde da Família (NSF) da Universidade de São Paulo (USP). Foram entrevistados treze sujeitos de três equipes, a saber: três enfermeiros, três médicos, dois auxiliares e um técnico de enfermagem, dois dentistas e dois agentes comunitários de saúde (ACS). Foi utilizada entrevista semi-estruturada. Foi feita uma descrição das comunidades atendidas pelas respectivas equipes. Ficou evidente a importância do vínculo entre equipe e usuários como subsídio para o trabalho. As atividades denominadas como ações de promoção da saúde, com ênfase para os trabalhos em grupo, mostraram-se entrelaçadas à concepção de saúde do profissional, o que sinalizou para uma dificuldade de consolidação da ESF no que diz respeito à promoção da saúde em sua amplitude. A participação comunitária apareceu como algo distante da realidade, e a intersetorialidade foi apontada como um meio de buscar atender às demandas do contexto. O trabalho em equipe mostrou-se como um ponto marcante do fazer em promoção da saúde, com seus aspectos positivos e desafiadores. Os resultados apontaram para uma lacuna entre a concepção teórica e a implementação do conceito no cotidiano dos profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família; Prática Profissional; Concepção de Saúde; Equipe.

## **ABSTRACT**

LASMAR, M. M. O. Health promotion: perceptions and practice of professionals in the Family Health Strategy. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The National Health System (NHS) was created from the Sanitary Reform movement, as a need to meet the new demands placed on health by the country social context. The Family Health Strategy (FHS) has emerged as a means of advancing in the construction of the principles of the new system, seeking to break with old conceptions in the area that focused on disease, rather than a comprehensive view of individuals and communities. In this scenario, health promotion appears as an innovative concept of sanitary practices, launching a new paradigm with the focus on health aspects of individuals and environments, in the focus on health. This study was qualitative and investigated the concepts and practices of health promotion of professionals from the Nucleus for Family Health (NFH) of the University of São Paulo (USP). Thirteen individuals by team were interviewed, namely: three nurses, three doctors, two assistants and a practical nurse, two dentists and two community health agents (CHA). IT was used semi-structured interview and a description of the communities served by the respective teams was made. It was evident the importance of the link between staff and users as a tool for the job. The activities referred to as actions to promote health, with emphasis on group work, were intertwined with the concept of health professional, which signaled a difficulty in consolidating the FHS in respect to health promotion in its amplitude . Community participation appeared as something distant from reality, and intersectionality was identified as a means of seeking to meet the demands of context. Teamwork proved to be a turning point of doing in health promotion, with its positive and challenging. The results point to a gap between design theory and implementation of the concept in the everyday work of the professionals.

**KEYWORDS:** Health Promotion; Family Health Strategy; Professional Practice; Health Conception; Team.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 .....	57
----------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
DAERP	Departamento de Água e Esgoto de Ribeirão Preto
DENT	Dentista
ENF	Enfermeiro (a)
ESF	Estratégia Saúde da Família
MED	Médico (a)
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PS	Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico (a) de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES</b>	17
<b>2.1 Um breve passeio no tempo: revisitando a história</b> .....	17
<b>2.2 O PSF como possibilidade de reorganização do sistema de saúde brasileiro</b> .....	19
<b>2.3 A equipe profissional e o processo de trabalho na ESF</b> .....	25
2.3.1 O trabalho em equipe e as relações grupais .....	25
2.3.2 Trabalho em equipe na ESF .....	26
2.3.3 A formação de recursos humanos em saúde .....	31
<b>2.4 A Estratégia Saúde da Família: lócus propício para promoção da saúde..</b>	31
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS</b> .....	33
<b>3.1 A necessidade de um novo pensar em saúde: caminhos da promoção da saúde</b> .....	33
<b>3.2 Definindo a promoção da saúde</b> .....	38
<b>3.3 Emaranhado de conceitos</b> .....	40
3.3.1 Equidade .....	41
3.3.2 Participação popular .....	41
3.3.3 Comportamento/estilo de vida .....	42
3.3.4 Integralidade .....	43
3.3.5 Intersetorialidade .....	44
<b>3.4 Pensando a prática</b> .....	45
<b>3.5 Críticas e reflexões</b> .....	46
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	49
<b>4.1 Objetivo geral</b> .....	49
<b>4.2 Objetivos específicos</b> .....	49
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	50
<b>5.1 Sujeitos da pesquisa</b> .....	51
<b>5.2 Instrumento de coleta</b> .....	51

<b>5.3 Caminho metodológico</b> .....	52
<b>5.4 Instrumento de análise</b> .....	53
<b>5.5 Abordagem Teórica</b> .....	55
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	57
<b>6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa</b> .....	57
<b>6.2 Caracterização das comunidades atendidas a partir da percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família</b> .....	58
6.2.1 Núcleo X .....	58
6.2.1.1 Aspectos físicos .....	58
6.2.1.2 Aspectos familiares .....	60
6.2.1.3 Aspectos psicológicos .....	61
6.2.1.4 Aspectos sócio-políticos .....	62
6.2.1.5 Aspectos econômicos .....	63
6.2.2 Núcleo Y .....	63
6.2.2.1 Aspectos físicos .....	63
6.2.2.2 Aspectos familiares .....	65
6.2.2.3 Aspectos psicológicos .....	66
6.2.2.4 Aspectos sócio-políticos .....	68
6.2.2.5 Aspectos econômicos .....	69
6.2.3 Núcleo Z .....	70
6.2.3.1 Aspectos físicos .....	70
6.2.3.2 Aspectos familiares .....	71
6.2.3.3 Aspectos psicológicos .....	72
6.2.3.4 Aspectos sócio-políticos .....	74
6.2.3.5 Aspectos econômicos .....	74
<b>6.3 O vínculo com a comunidade: o acolhimento como porta de entrada</b> .....	76
<b>6.4 Os desafios para a consolidação de um novo modelo em saúde: pólos diferentes de um mesmo processo</b> .....	77
6.4.1 Promoção da saúde: o conceito de saúde em questão .....	79
6.4.2 Responsabilização da produção da saúde .....	80
6.4.3 A participação comunitária como algo distante da realidade .....	82
<b>6.5 A promoção da saúde no dia-a-dia</b> .....	83
<b>6.6 Construindo pontes: a intersetorialidade como caminho</b> .....	87

<b>6.7 Equipe: a arte do encontro ou do desencontro?</b> .....	89
6.7.1 A equipe como ponto de apoio: considerando a interdisciplinaridade .....	90
6.7.2 A árdua construção do trabalho em equipe: o desafio do relacionamento interpessoal e do compartilhamento dos saberes .....	91
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	94
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	98
<b>APÊNDICES</b> .....	103
<b>ANEXO</b> .....	106

## 1. INTRODUÇÃO

O contexto social atual, marcado pela globalização e as políticas neoliberais apresenta, apesar dos inegáveis avanços em inúmeros setores (como na tecnologia, comunicação, indústria farmacêutica e alimentícia, etc), também ao longo dos anos, conseqüências graves, como o empobrecimento e a exclusão de grandes setores da população. Tais efeitos trazem a necessidade de respostas à população em geral que solucionem ou minimizem seus efeitos, uma vez que estas situações globais de risco são de difícil enfrentamento e têm marcado gerações com doenças, criminalidade, deterioração pessoal, familiar e social (MELILLO, 2005).

Neste cenário, as demandas do setor saúde passam a serem vistas em uma trama social na qual os sujeitos precisam, portanto, serem vistos em sua integralidade, ou seja, quais os diversos determinantes estão presentes no seu processo saúde-adoecimento. Logo, fazia-se necessário pensar e repensar as práticas e sistemas vigentes.

O Ministério da Saúde, ao falar do novo modelo de assistência à saúde implantado no Brasil a partir da Constituição de 1988, discute sobre a relevância do caráter preventivo. Afirma que se trata de um modelo de atenção focado na qualidade de vida da população e na relação das equipes de saúde junto à comunidade, com destaque para a abordagem familiar (BRASIL, 1996).

Assim, em 2006, a Portaria 648 do Ministério da Saúde vem, após alguns anos de desenvolvimento e crescimento da Atenção Básica no país, dentre outros, aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo em vista sua expansão como estratégia de abrangência nacional (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a abordagem de saúde da família passa a constituir uma estratégia inovadora no panorama dos serviços de saúde, dando ênfase às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto das pessoas quanto das famílias, buscando o fazer de forma integral e contínua (NORONHA et al, 2006).

Uma vez pensada e até mesmo demonstrada esta necessidade de se rever a concepção de saúde e conseqüentemente todo o fazer em saúde frente ao contexto que se coloca, a

promoção da saúde se apresenta como uma das propostas que visam ir ao encontro das questões emergentes acima mencionadas, porém de forma que se tenha uma visão geral dos macrodeterminantes do processo de saúde-adoecimento e que assim se consiga articular ações que respondam de maneira eficaz a tais problemas. Evidencia-se, nesta perspectiva, os aspectos saudáveis de uma população, ou seja, busca-se uma ampliação dos fatores de proteção e, como consequência, uma diminuição dos fatores de risco aos quais tais populações possam estar expostas.

Contudo, ao longo dos anos, percebeu-se a necessidade de investigar como estava se dando na prática a operacionalização do conceito de promoção da saúde. Apesar da PNAB existem diversos fatores que perpassam o cotidiano de trabalho em saúde que precisam ser revistos e repensados.

Tomando consciência de tal demanda para a consolidação de um novo paradigma em saúde, a presente proposta buscou verificar a percepção bem como a incorporação do conceito de promoção da saúde no cotidiano dos profissionais das equipes dos Núcleos de Saúde da Família da Universidade de São Paulo.

## **2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

A Estratégia Saúde da Família (ESF), mais conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), trouxe ao cenário de saúde brasileiro conquistas e avanços. Por outro lado, como todo “novo”, exigiu e continua exigindo adaptações e reflexões que façam a nova engrenagem girar de forma a produzir resultados que venham cada vez mais satisfazer, de fato, as necessidades de saúde da população. Neste sentido, os desafios são muitos e constantes, o que provoca, simultaneamente, um constante repensar e reaprender em saúde.

Para que se entenda o desfecho bem como a representatividade que tal estratégia possui nos dias atuais dentro da Atenção Básica, e de forma mais ampla, dentro sistema de saúde brasileiro, faz-se necessário uma contextualização histórica do processo de construção e consolidação deste sistema, para assim compreender a proposta do então PSF.

### **2.1 Um breve passeio no tempo: revisitando a história**

Revisitando a história, torna-se evidente e impossível não destacar alguns fatos que antecederam a implantação do Programa Saúde da Família, para se compreender e dar sentido ao caminho percorrido até os dias atuais.

O SUS, Sistema Único de Saúde, é hoje fruto da luta de setores da sociedade brasileira que reivindicavam por uma nova organização do sistema de saúde existente até então. Este movimento para consolidação do novo sistema ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O ideal da Reforma trouxe consigo a necessidade de repensar o antigo sistema, com ênfase para a dicotomia entre ações preventivas e curativas, a universalidade negligenciada e a crescente centralização dos serviços de saúde, entre outros (FRAIZ, 2007).

As ações de saúde se fragmentavam, no final da década de 70, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, o que dificultava a integralidade das mesmas. Fazia-se necessário, portanto, o que ficou conhecido como “Reviravolta na Saúde”.

Neste sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, caracterizou-se como passo fundamental. Ocorreu em Brasília e contou com a participação de representantes de vários setores interessados na questão da saúde. Nesta conferência as idéias do movimento sanitário prevaleceram, ficando reconhecida a determinação social do processo saúde-doença, sinalizando-se para a construção de um sistema único e de acesso universal, que fosse descentralizado com ações integrais (FRAIZ, 2007).

De acordo com o Relatório da 8ª Conferência, as mudanças que se faziam necessárias iam além do setor saúde, abarcando uma reforma administrativa e financeira, além de fazer-se preciso ampliar o próprio conceito de saúde e a legislação no que se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

Nos anos que se seguiram tal processo se desdobrou na criação legal do SUS na Constituição de 1988, na Lei Orgânica da Saúde de 1990, que estabeleceram os princípios e diretrizes do novo sistema. Portanto, pode-se dizer que:

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. [...] é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 531- 32).

Cabe aqui mencionar tais princípios e diretrizes. Os primeiros contemplam a universalidade do acesso, a integralidade das ações em saúde, a equidade que prioriza a oferta de serviços aos que enfrentam maiores riscos, e o direito à informação, que confere ao usuário o direito às informações sobre sua saúde e os condicionantes que afetam a saúde coletiva. Já os segundos são nominados pela descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, a hierarquização que busca ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção, a participação comunitária que garante a participação de segmentos sociais organizados nas Conferências e Conselhos de Saúde e a integração entre os subsistemas que constituem o sistema de saúde, de forma que não afete a integralidade ao cuidado (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Entretanto, apesar de todas as mudanças acima mencionadas, surgem críticas acerca da implantação e consolidação do SUS. Os autores supracitados afirmam que a mudança na concepção da política de saúde e sua incorporação legal não refletiram de imediato em ações que assegurassem o direito à saúde, como previsto pela Constituição de 1988.

Desta forma, observa-se ao longo dos últimos anos algumas tentativas, em muitos casos “engessadas”, de fazer o “novo” sistema funcionar. Engessadas no sentido de ainda estarem presas, na prática, a antigos costumes e tradições que permeiam o funcionamento dos serviços de saúde.

A reforma no sistema de saúde seguiu um curso incremental em que as iniciativas de mudanças e as novas instituições criadas foram moldadas e influenciadas pelas tradições e costumes instituídos, e assumiu, em muitos aspectos, feições de continuidade. [...] Assim, evidencia-se que a reforma nas instituições que constituem a “ossatura” do sistema de saúde, sejam elas federais, estaduais ou municipais, ainda está incompleta. A persistência dos padrões de políticas e de gestão pública condiciona o funcionamento do sistema, a continuidade de muitos programas e a manutenção das práticas sanitárias e assistenciais na maioria dos serviços, e revelam a força da inércia no cotidiano das organizações, e a dificuldade de as iniciativas inovadoras se consolidarem (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p.554).

Ao fazer tais afirmações os autores parecem desejar refletir acerca da contradição entre política e efetivação da mesma. Foi nesse contexto de tentativas de implementação da nova política de saúde que surgiu o Programa Saúde da Família (PSF).

## **2.2 O PSF como possibilidade de reorganização do sistema de saúde brasileiro**

No Brasil a ESF surgiu como um veículo para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a recém implantação deste, fez-se necessário uma estratégia que pudesse transformar as novas idéias e valores em ações efetivas.

A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a

integralidade de assistência à saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2007, p. 807).

Os mesmos autores, numa definição mais ampla, classificam a ESF como um modelo de atenção primária, concretizado através de ações preventivas, de promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paleativos que as equipes de saúde da família desenvolvem, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde e com o foco na família, em sintonia com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em questão.

A ESF pode ser entendida como uma forma do sistema priorizar a atenção básica, não como uma opção pelo mais barato ou pela busca de uma técnica de simplificação nem tampouco como uma peça isolada, antes, como um componente articulado com todos os níveis (BRASIL, 2000). Acredita-se, portanto, que através do melhor conhecimento e acompanhamento da clientela é possível ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso dos recursos terapêuticos mais dispendiosos (BRASIL, 2000). O mesmo autor afirma, dessa maneira, que a ESF não isola a população da alta complexidade, ao contrário, a aproxima de forma articulada e democratizada, quando necessário.

Starfield (2002) afirma, com base em pesquisa realizada que, numa comunidade, quanto maior a proporção de médicos generalistas, menor é a frequência de hospitalização da população local.

Nesta mesma lógica, pode-se entender que

o Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000, p. 316-17).

Andrade, Barreto e Bezerra (2007) apontam que a ESF surgiu como uma tentativa de organização não apenas da atenção primária temporariamente, mas essencialmente como uma tentativa de um redirecionamento de prioridades de ação em saúde, em relação a todo o sistema. Assim sendo, os mesmos salientam que seria mais adequado referir-se ao PSF como estratégia, e não somente como um programa setorial de saúde.

Fazendo juz ao princípio da integralidade, uma das principais características da Saúde da Família é seu potencial em estabelecer alianças, seja dentro do sistema de saúde ou em áreas afins, como saneamento, cultura, transporte, educação, etc (BRASIL, 2000). Sendo assim, deve provocar uma mudança interna de como o próprio sistema concebe saúde, o que implica em romper com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, entre as práticas educativas e assistenciais (BRASIL, 2000).

Starfield (2002) corrobora tal idéia ao afirmar que a atenção à saúde eficaz não deve se restringir ao tratamento da enfermidade em si, mas também levar em conta o contexto de vida do paciente e a circunstância na qual a doença ocorre. A autora considera que a condição de saúde de uma população é marcada pelas características ambientais, comportamentais e graus de coesão social na comunidade.

Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual (STARFIELD, 2002, p. 27).

Importante, aqui, definir o que está se chamando de atenção primária. O documento produzido em Alma Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na década de 70, explicita:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da

família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978, p.1).

Observa-se, já nesta definição, a importância do acesso e participação de todos os sujeitos no processo de construção de sua saúde. Além do mais, verifica-se também a relevância do conhecimento da realidade na qual vivem as pessoas bem como a continuidade do processo de assistência.

Starfield (2002), ao definir atenção primária, afirma ser um nível de sistema de saúde que oferece atenção à pessoa ao longo do tempo, não direcionada para a enfermidade.

A mesma autora, mencionando uma pesquisa realizada comparando doze nações ocidentais industrializadas (STARFIELD, 1994<sup>1</sup> apud STARFIELD, 2002), indica que os países que apresentaram uma orientação para a atenção primária mais forte possuem uma probabilidade maior de alcançar níveis de saúde mais favoráveis e custos mais baixos.

Percebe-se, deste modo, que o foco de um sistema de saúde na atenção primária traz benefícios a longo prazo para toda a população.

De acordo com a definição da Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 10).

Entretanto, para se ter uma visão mais clara e compreensiva desse modelo de APS, torna-se importante elucidar alguns conceitos importantes dentro da ESF.

Andrade, Barreto e Bezerra (2007) salientam três conceitos centrais nesta estratégia que nortearam o eixo de mudança e a forma de conceber e fazer saúde dentro do novo sistema. São eles: equipe de saúde da família, unidade familiar e comunidade.

---

<sup>1</sup> STARFIELD, B. Primary Care: Is it essencial? Lancet, New York, n. 344, p. 1129-33, 1994.

O conceito de equipe trazido pela ESF veio inovar a visão de equipe de saúde anteriormente concebida, onde o saber médico sobrepunha em detrimento dos demais profissionais. Nesta nova visão a equipe, em conjunto, deve considerar o bem estar global do paciente bem como seu engajamento no processo, através de práticas humanizadoras em saúde.

O PSF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde – que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva – e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (BRASIL, 2000, p. 317).

A família foi tomada como a unidade de referência para as equipes de saúde da ESF, tendo em vista não apenas que esta reúne pessoas em torno de uma residência comum, mas sim as características que envolvem o padrão de sociabilidade, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade ao redor (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias (STARFIELD, 2002, p. 120).

Por fim, o entendimento do conceito de comunidade, que representa a esfera sociocultural, definida por aspectos semelhantes dos modos de organização da vida dos indivíduos e dependência dos mesmos equipamentos sociais, além da delimitação geográfica comum (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007). “A orientação comunitária é o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto sócio, econômico e cultural, na perspectiva da saúde coletiva” (ABRAHÃO, 2007, p. 1).

Entretanto, apesar dos inúmeros avanços que a implantação da ESF representou para o Sistema de Saúde no país, inúmeras críticas são também apontadas em relação à efetivação da proposta.

Goulart (2007) faz uma leitura do PSF num contexto contraditório que, segundo o autor, nasce no conflito entre a normatização dura realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevalecem no processo de implementação a flexibilidade e inovações locais.

Todavia, o mesmo autor salienta adiante que deve-se tomar cuidado para não avaliar o programa num olhar excessivamente dicotômico, ou seja, considerar apenas componentes emancipadores ou conservadores, questões integralizadoras ou restritivas, fatores resolutivos ou preventivos, ser produto de exportação ou puramente da criatividade brasileira. Em suma, o autor ressalta a importância de um olhar crítico sobre a situação atual do programa, considerando seu contexto histórico e de implementação, sem que para isso seja necessário (tampouco como se fosse possível) romper de uma só vez com um sistema e modo de produção de saúde anterior.

O que pode transformá-lo nisso ou naquilo é o modo como é implementado; a capacidade formuladora e crítica de seus atores; as circunstâncias que o rodeiam; as tradições políticas e institucionais; a história; a força da ação política e das tradições comunitárias [...] (GOULART, 2007, p. 66).

Desta forma, fica evidente a necessidade de uma análise mais ampla do contexto bem como dos componentes envolvidos em todo o processo de implantação do programa.

Frente a tais desafios, a Organização Pan-Americana de Saúde, tratando da necessidade da renovação da atenção primária à saúde nas Américas, afirma:

Há diversos motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para abordá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde; e um crescente consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade (OPAS, 2005b, p.1).

O mesmo documento trás consigo a idéia da necessidade de não apenas ajustar a APS às realidades atuais, mas de que se faça uma análise crítica de seu significado e propósito. Assim, a organização afirma que sistemas de saúde baseados na atenção primária são mais amplos em alcance e impacto do que apenas a prestação de serviços, além de estarem estreitamente ligados com ações intersetoriais e abordagens comunitárias para promoção da saúde, as quais são necessárias para o combate dos determinantes fundamentais da saúde através do estabelecimento de vínculos sinérgicos com outros setores e atores (OPAS, 2005b).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde, a reorientação dos sistemas de saúde em direção à APS demandou a adaptação dos serviços de saúde à prevenção e promoção, obtidos através de funções apropriadas a cada nível de governo, da integração público/privado, da mudança de enfoque para a família e comunidades, entre outros (OPAS, 2005b).

### **2.3 A equipe profissional e o processo de trabalho na ESF**

Trabalhar em equipe sempre pareceu uma tarefa árdua e exigente, tendo em vista a trama de relações estabelecida entre seus membros bem como destes com o público ao qual seu trabalho está destinado. Estão envolvidos neste processo diferentes formas de conceber o mundo e o ser humano, diferentes valores e conseqüentemente diferentes modos de intervir na mesma realidade. Assim sendo, o trabalho em equipe deve ter bastante claro seu objetivo comum e também suas especificidades, conhecimento do público em questão e suas reais necessidades, para que o trabalho possa ser de fato produzido em função da comunidade atendida, e não dos saberes e valores isolados possivelmente trazidos e pré-concebidos por aqueles que “detém o saber”.

#### **2.3.1 O trabalho em equipe e as relações grupais**

Toda equipe constitui, em si, um grupo social. Silvia Lane, ao discutir sobre “grupo social”, dá ênfase à relação de interdependência existente entre seus membros, afirmando que esta relação caracteriza o grupo (LANE, 1984). Além disso, a autora aborda a dimensão

histórica do desenvolvimento humano, considerando, assim, a intersecção da história individual com a história da sociedade que esse indivíduo faz parte.

Mailhiot (1977), ao abordar a experiência e os trabalhos desenvolvidos por Lewin, afirma que “a produtividade de um grupo e sua eficiência estão estreitamente relacionadas não somente com a competência de seus membros, mas, sobretudo, com a solidariedade de suas relações interpessoais” (MAILHIOT, 1977, p. 66).

Percebe-se, portanto, a necessidade de se investir mais em estudos que valorizem não apenas a parte “técnica” do trabalho em equipe, mas também a parte humana, relacional.

Fazenda (1991)<sup>2</sup> afirma que, no caso de um grupo interdisciplinar, faz-se necessário a compreensão e o respeito ao modo peculiar de cada um, a marca teórica de cada um, considerando, entretanto, o ponto de confluência e não de justaposição das diferentes identidades (apud BENITO et al, 2003).

Outra questão importante a ser considerado aqui, segundo Mailhiot (1997) parafraseando Schutz, no que se refere à equipe é a estreita correlação existente em todo grupo de trabalho, entre seu grau de integração e seu nível de criatividade.

Martins (2003) fala em processo grupal, e afirma que este estimula a reflexão individual e coletiva, tendo em vista que possibilita aos seus membros que se conscientizem de sua identidade psicossocial. Além disso, a autora aponta como “espaço para a problematização do cotidiano, para o desencadeamento de novas relações e vínculos afetivos, para a expressão de opiniões e sentimentos” (p. 209).

### **2.3.2 Trabalho em equipe na ESF**

O trabalho em equipe na ESF configura uma nova concepção de trabalho, outro tipo de vínculo entre seus membros, diferentemente do modelo biomédico tradicional, da fragmentação do saber. Nesta perspectiva, o profissional é um aliado da família, devendo fortalecê-la e proporcionar apoio necessário para o desempenho de suas responsabilidades, mas não substituí-las (BRASIL, 2000).

---

<sup>2</sup> FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade: um projeto em parceria. São Paulo: Loyola, 1991.

“A estratégia do Programa Saúde da Família surgiu para desenvolver um novo paradigma, objetivando atitudes interdisciplinares na prática de suas equipes” (BENITO et al, 2003, p. 70). Assim, esta nova relação de trabalho requer uma abordagem que seja capaz de questionar as certezas profissionais bem como estimular constantemente a comunicação horizontal entre seus membros (BRASIL, 2000).

É preciso, todos os dias, repensar o cuidado em todas as dimensões: individuais, coletivas, nas políticas públicas e dentro de cada espaço de atenção, dentro de cada pequeno consultório de uma Unidade Básica de Saúde. Quem planeja, quem cumpre, quem vive deve possuir o sentimento constante da possível construção a partir da escuta, do paciente, do guarda, do funcionário que fica na portaria orientando as pessoas, até o agente de saúde. Deve haver comprometimento e, para isso, dividir, e compartilhar saberes e práticas (MANO, 2004, p. 200).

Importante destacar as atribuições comuns a todos os profissionais da ESF bem como as específicas de cada categoria, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica. Dentre as atribuições comuns, estão: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; realização do cuidado em saúde na unidade básica, no domicílio e em outros espaços comunitários que forem necessários; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS, entre outras (BRASIL, 2006).

Sobre o que compete específico ao agente comunitário de saúde, destaca-se: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos

domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe, entre outros (BRASIL, 2006).

Em relação às especificidades do enfermeiro, estão: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, e outros (BRASIL, 2006).

Sobre o que é peculiar ao médico, encontram-se: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias; realizar consultas clínicas e procedimentos; realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência; etc (BRASIL, 2006).

Dentre as atribuições do auxiliar e técnico de enfermagem, estão: participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe (BRASIL, 2006).

A respeito do fazer específico do dentista, cabe a este profissional: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua

responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, entre outros (BRASIL, 2006).

Interessante também destacar que o trabalho em equipe proposto pela ESF oportuniza uma proximidade das relações entre profissionais e usuários, favorecido através do cuidado a longo prazo despendido às famílias. Além disso, o profissional de saúde da família leva em consideração aspectos subjetivos da saúde, diferentemente do modo como foi concebida a medicina e as práticas de saúde em grande parte do século passado, dominadas por uma abordagem positivista e objetiva dos problemas de saúde (BENITO et al, 2003). Os mesmos autores complementam:

Para os profissionais que trabalham com saúde da família isto deve ser conciliado com uma atenção especial aos sentimentos e uma percepção das relações, isto inclui uma conscientização da sua própria personalidade; eles compreendem que seus próprios valores e atitudes são determinantes importantes do modo como exercem sua profissão (BENITO et al, 2003, p. 69).

Portanto, espera-se que este profissional desenvolva capacidade de auto-reflexão, se veja como parte ativa do processo de construção da saúde naquela comunidade, não de modo isolado, soberano, mas que perceba sua atuação como um dos fatores importantes e transformadores potenciais do processo saúde-doença no local.

Alguns princípios são apontados como devendo ser o “norte” do trabalho da equipe de Saúde da Família. São eles: o profissional desta equipe deve ser hábil e fonte de recursos para a população em questão; a saúde da família é baseada na comunidade; a relação equipe-paciente é o alvo central da estratégia (BENITO et al, 2003). De acordo com os mesmos autores, um trabalho interdisciplinar é marcado por estas características.

Ao falar em interdisciplinaridade, Silva e Félix (2007) a apresentam como eixo norteador das ações e objeto fronteiro<sup>3</sup>, o ponto em comum para o trabalho em equipe.

---

<sup>3</sup> Objeto fronteiro representa saberes e praticas que podem habitar vários mundos sociais, intersectados entre si, satisfazendo ao mesmo tempo as necessidades de cada um. Apresenta-se como a possibilidade dialógica entre

Várias definições são, pois, trazidas para o tema. Dentre elas, e evidenciando a unidade do saber, está a de Portella<sup>4</sup> (1995 apud NUNES, 2002, p. 250):

Em qualquer hipótese convém ter presente que a interdisciplinaridade jamais será a destruição do limite, desde que o limite não se reduza à fronteira fechada, hostil às relações de vizinhança. Ela deve ser a valorização da linha divisória enquanto enlace, terra de parceria e de cumplicidade produtivas. O que acontecerá sempre que a interdisciplinaridade souber se deslocar do território da concorrência para a terra da complementaridade. Por isso o projeto da interdisciplinaridade inclui todo um esforço de desterritorialização.

As vivências em equipe na ESF têm se mostrado, neste sentido, um exercício constante pela busca da integralidade do conhecimento, o que exige esforço e empenho por parte de cada componente.

Conforme Campos (1992), um grupo de profissionais, para se configurar enquanto equipe, necessita operar de modo cooperativo, de forma que seus objetivos converjam numa dada situação, havendo complementariedade ao invés de superposição ou simples soma. Entretanto, a mesma autora deixa claro que operar de modo cooperativo não significa trabalhar isento de conflitos, sendo a presença destes inevitável e universal.

Assim,

Espera-se que os profissionais que trabalham com Saúde da Família estejam preparados para serem resolutivos diante dos problemas de saúde, organizados nas atividades de planejamento local quanto à assistência, vigilância e promoção à saúde e que trabalhem com espírito de equipe. Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde (BENITO et al, 2003, p. 69).

---

diferentes coletivos de pensamento, funcionando como zona de troca, diminuindo a incongruência de discursos plurais estilizados (CUTOLO, 2001 apud SILVA e FÉLIX, 2007, p. 82).

<sup>4</sup> PORTELLA, E. A liberdade da disciplina. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, n. 121, p. 5-6, 1995.

### **2.3.3 A formação de recursos humanos em saúde**

Uma das questões “chave” para a efetivação do novo modelo de atenção em saúde acima mencionado e que vem sendo muito discutida nos últimos anos é a formação dos profissionais na área da saúde, de modo específico aqui abordado, os profissionais que atuam em Atenção Primária.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas, não é possível haver sistemas de saúde que levem a novas práticas sem que, ao mesmo tempo, seja investido numa nova política de formação bem como num processo de capacitação permanente de seus recursos humanos (BRASIL, 2000). Faz-se necessário um profissional que tenha visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e comunidade, capaz de planejar, organizar e avaliar ações que de fato respondam às demandas da população em questão (BRASIL, 2000).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde, a qualidade dos serviços de saúde depende das pessoas que trabalham neles. Os profissionais devem ser treinados tanto técnica como humanisticamente, não dependendo seu desempenho apenas de treinamento e capacidade, mas do ambiente de trabalho e de políticas de incentivo em nível local e global (REYES et al<sup>5</sup>, 1997; KUPFER et al<sup>6</sup>, 2004 apud OPAS, 2005b).

### **2.4 Estratégia Saúde da Família: lócus propício para promoção da saúde**

A Estratégia Saúde da Família, por todas as características apresentadas anteriormente, tende a ser um local propício para práticas promotoras da saúde, tendo em vista a quebra de paradigma que o programa trás, bem como a visão integral de ser humano que passa a ser adotada. Conseqüentemente, as práticas também deverão ser expandidas a fim de acompanhar

---

<sup>5</sup> REYES, H. et al. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan*, v.12, n. 3, p. 214-23, 1997.

<sup>6</sup> KUPFER, L. et al. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ*, n. 82, v. 8, p. 616-23, discussion, 2004.

os indivíduos e famílias não apenas de modo curativo, mas também refletindo com os sujeitos acerca de uma postura mais ativa no processo de construção de sua saúde.

Assim, o espaço para esse tipo de práticas não se restringe ao da Unidade Básica de Saúde (UBS), mas extrapola-se, à medida do necessário, aos domicílios e demais equipamentos sociais da comunidade. O espaço físico da UBS não deve ser empecilho para promoção da saúde, ao contrário, deve servir apenas como “termômetro inicial” do que chega até a equipe, não se restringindo a este contato.

Conforme consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no que se refere ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, destaca-se: “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006, p.18).

Além do mais,

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p.18).

Desta forma, observa-se a ênfase que é dada, pela ESF, à prevenção e promoção feita, se não, de modo contextualizado, valorizando não a doença por si só, mas tudo o que possa interferir numa vida saudável.

A seguir será feita uma exposição do conceito de promoção da saúde, diversas de suas definições e como este se insere na prática da ESF.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS**

Pensar o conceito de promoção da saúde requer pensar a concepção que se tem de saúde, os diversos fatores que o compõe bem como as implicações ideológicas que sustentam uma prática promotora de saúde.

Assim sendo, faz-se necessário, no presente estudo, uma apresentação resumida da trajetória da temática nos últimos anos a fim de se entender suas origens, algumas de suas definições por diferentes autores, relacionando-as com os principais conceitos que permeiam o assunto. Pretende-se, também, nas linhas seguintes, levantar uma reflexão crítica acerca de possíveis reflexos do avanço da promoção da saúde na prática dos profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na Estratégia Saúde da Família.

#### **3.1 A necessidade de um novo pensar em saúde: caminhos da promoção da saúde**

Apesar de discutido anteriormente por alguns autores, como Leavell e Clark, que utilizaram do mesmo para se referir a um “nível de atenção” da medicina preventiva, o conceito moderno de promoção da saúde e sua prática surgem, de modo mais enfático, nas últimas décadas (BUSS, 2003). O mesmo autor afirma que o surgimento da temática vem como uma reação à medicalização acentuada da população.

Fazendo um rápido resgate histórico para melhor contextualizar os avanços e perspectivas da promoção da saúde na atualidade, começa-se destacando um documento produzido no Canadá, em 1974, que teve um papel importante em várias outras iniciativas posteriores que surgiram a fim de discutir acerca da temática. Foi o relatório chamado “*The new perspective for the Health of Canadians*”, que ficou conhecido como Relatório Lalonde.

Partindo do pressuposto que os sujeitos devem assumir a responsabilidade sobre os efeitos maléficos de seus hábitos sobre sua saúde, a abordagem apresentada pelo relatório preconiza uma série de intervenções sobre os estilos de vida (CARVALHO, 2004).

Num segundo momento, já em meados da década de 80, tendo em vista que os resultados das ações sobre os hábitos dos indivíduos não mostraram resultados iguais nos diferentes ambientes e realidades sociais (CRAWFORD<sup>7</sup>, 1977 apud CARVALHO, 2004), não havia como falar em promover saúde sem lançar um olhar sobre as condições de vida das pessoas e comunidades.

Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários. O documento lá produzido, denominado Declaração de Alma-Ata, já sinalizava para esta questão, o que evidenciava, desde então, que o paradigma biomédico vigente já não mais conseguia responder as necessidades de saúde da população das últimas décadas do século, haja vista todas as mudanças culturais sofridas nos últimos anos (BRASIL, 2002a).

Em consonância com Alma-Ata, buscando superar a chamada vertente “behaviorista” da promoção da saúde, com foco de responsabilidade e culpabilização todo no indivíduo, é formulada uma nova vertente, sócio-ambiental, que ficou conhecida como “Nova Promoção à Saúde”.

Também autores contemporâneos, como Paulo Buss, ao atentar para tal ligação entre saúde e ambiente, apontam que:

Nessa articulação entre saúde e condições/qualidade de vida, pode-se identificar mais recentemente [...] o desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para esta questão (BUSS, 2000, p.165).

Percebe-se, deste modo, que a saúde passa a se relacionar não apenas com questões biológicas ou individuais, mas passa a levar em consideração aspectos do ambiente. Há uma ampliação gradativa do conceito de saúde, o que não significa, todavia, uma implicação direta na prática destes profissionais.

Neste contexto, buscando atender às novas demandas de saúde, foram realizadas conferências internacionais ao redor do mundo sobre o assunto, as quais serão mencionadas a seguir.

---

<sup>7</sup> CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, v. 7, n. 4, p. 663-680, 1977.

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, baseada nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários em Saúde. Foram propostos como campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002a).

Nesta conferência houve um grande salto acerca da participação popular, da construção de políticas públicas saudáveis e da mudança na concepção de saúde, tendo esta um enfoque mais positivo.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002a, p.19-20).

Ottawa já sinalizava também para dois conceitos extremamente relacionados até os dias atuais com o conceito de promoção da saúde: a integralidade e a intersetorialidade. O documento gerado por esta conferência tornou-se um marco referencial em todo o mundo, tendo em vista o caráter inovador, ousado e de avanços que significou para a saúde mundial.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, teve como tema central Políticas Públicas Saudáveis, ou seja, políticas voltadas para a saúde. Reconhecida como um objetivo social essencial, a saúde aqui é vista como um direito humano fundamental e ao mesmo tempo como um sólido investimento social (BRASIL, 2002a).

De acordo com o documento produzido em Adelaide (BRASIL, 2002a, p. 35), “o principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável”, de modo que as pessoas vivam saudáveis. A construção de políticas saudáveis facilita alternativas saudáveis de vida para as pessoas e comunidades (BRASIL, 2002a).

Em 1991 foi realizada em Sundsvall, na Suécia, a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Tendo como tema “Ambientes Favoráveis à Saúde”, abordou os ambientes físico, social, econômico e político, considerando a situação de pobreza e privação vivida por muitos, o que ameaça cada vez mais a saúde da população (BRASIL, 2002a).

Sundsvall conclamou para a ação políticos e outros atores responsáveis por tomar decisões nos mais diversos e relevantes setores da sociedade. Aponta inúmeros exemplos e abordagens para se criar ambientes promotores de saúde (BRASIL, 2002a), a fim de que a “Saúde para Todos no Ano 2000” proposta em Alma-Ata fosse atingida.

Entretanto, visando avaliar o que foi produzido de Ottawa até então, reexaminar determinantes da saúde e identificar novas direções e novas estratégias para lidar com a promoção da saúde no século XXI, aconteceu em 1997, em Jacarta, na Indonésia, a IV Conferência Internacional sobre Promoção da saúde.

Segundo o documento produzido nesta conferência,

A promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimento e ações, atua sobre os determinantes da saúde para a redução das iniquidades em questão de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos (WHO, 1997, p.3).

No ano 2000 aconteceu, na Cidade do México, a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na qual se reconheceu a promoção da saúde e do desenvolvimento social como compromisso central dos governos, compartilhado com todos os setores da sociedade (BRASIL, 2002a).

Na mesma conferência ficou constatado a urgente necessidade de se abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, devendo-se fortalecer os mecanismos para a promoção da saúde em todos os níveis da sociedade ao mesmo tempo em que esta deve ser considerada componente fundamental dos programas e políticas públicas (BRASIL, 2002a).

Em 2005 foi realizada a Conferência de Bangkok, na Tailândia, a VI a tratar do tema da promoção da saúde. Nesta foram discutidas as mudanças no contexto social que mudaram drasticamente e que têm influenciado grandemente a saúde, como novos padrões de consumo e comunicação, as crescentes desigualdades entre os países e dentro dos mesmos, mudanças no meio ambiente, procedimentos globais de comercialização e a crescente urbanização (OPAS, 2005a). O documento observa que diversos avanços foram alcançados desde as primeiras conferências, entretanto salienta que há muito que se fazer, e inclui aí a participação ativa da sociedade civil como elemento fundamental.

Em Bangkok foram discutidos elementos que pudessem concretizar a promoção da saúde como política pública efetiva, reforçando a importância do diálogo e a cooperação entre as nações, a sociedade civil e o setor privado (OPAS, 2005a).

Ao observar todo o caminho que o tema vem percorrendo nesses anos, discutido e desenvolvido nas já mencionadas conferências internacionais, importante salientar o contexto político e econômico em que tudo isto se deu.

Para Westphal (2007), a configuração do conceito de promoção da saúde a partir de Ottawa ocorreu simultaneamente à emergência das sociedades capitalistas neoliberais, e representou ao mesmo tempo uma iniciativa dos países do Norte para resolver a questão das doenças não transmissíveis.

Na América Latina, as discussões acerca da promoção surgem pela primeira vez em 1992, quando foi realizada a I Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, em Bogotá, na Colômbia. O principal tema discutido foi a equidade, sendo a promoção da saúde vista como produção social (WESTPHAL, 2007).

No Brasil, importante destacar um evento que se constituiu um marco no processo de reforma do sistema de saúde no país. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, teve papel fundamental neste cenário, na posterior constituição do SUS. Visando superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, houve uma incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que passa a incluir fatores econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, bem como uma visão integrada das ações e serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

A partir de todo o crescimento dado através da Constituição, dos documentos produzidos nas conferências supracitadas, nas Conferências Nacionais de Saúde culminando

no Plano Nacional de Saúde (2004 – 2007)<sup>8</sup>, foi proposto, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, “num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006, p. 12).

Hoje, tal política serve como direção e ao mesmo tempo desperta reflexão crítica acerca das práticas que vêm sendo produzidas. Chama atenção para a superação de uma cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses da população, o que leva à diminuição de ações superpostas, evitando o desperdício dos recursos públicos, elevando, assim, a eficiência e a eficácia das políticas publicadas (BRASIL, 2006).

A mesma Política sinaliza que “O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários” (BRASIL, 2006, p. 5).

Assim sendo, percebe-se, ao longo desta trajetória de discussões e debates, um desejo grande por parte dos países em de fato promover saúde. Todavia, nota-se também que a trama social na qual a saúde se encontra emaranhada, com diferentes atores, setores e políticas, torna a questão um tanto mais complexa que se poderia imaginar. São muitos os fatores a serem considerados, ponderados, pensados e repensados, avaliados... Enfim, são muitos os “jeitos” de promover saúde, são muitos os cenários, são muitos os sujeitos.

Mas, afinal, qual seria o ponto em comum, ou poderia se aventurar dizer, o ponto “ideal”? Para refletir acerca destas e outras questões, faz-se necessário antes definir o que está se chamando de Promoção da Saúde.

### **3.2 Definindo a Promoção da Saúde**

Para além das conferências, que produziram uma série de documentos acerca da promoção da saúde, mencionados anteriormente, vários estudiosos se debruçaram e têm se debruçado sobre o tema frente às novas necessidades sociais que têm se colocado desde as últimas décadas do século passado até os dias atuais, o que implica em novos meios de conceber e promover saúde.

---

<sup>8</sup> Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano\\_Nacional\\_de\\_Saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf)

Abordando o conceito na contemporaneidade, afirma-se que este se faz necessário pela complexidade dos problemas que retratam o panorama sanitário atual, onde predominam as doenças crônicas não transmissíveis bem como as chamadas “doenças sociais”, como a violência por exemplo. Além disso, mencionam também o potencial de estratégias que ultrapassam a cultura da medicalização, ainda tão presente no imaginário social (BRASIL, 2002b).

Buss (2000) define a promoção da saúde como uma estratégia promissora no enfrentamento dos diversos problemas de saúde que tem afetado os povos nos últimos 20-25 anos, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo a articulação de saberes técnicos com saberes populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados.

Buss (2003), citando Gutierrez (1997)<sup>9</sup>, trata a promoção da saúde como conjunto de atividades, processos e recursos, sejam institucionais, governamentais ou de cidadãos que, orientados para melhorar as condições de bem-estar e acesso a bens e serviços, facilitem a produção de conhecimento e atitudes favoráveis ao cuidado com a saúde, ao mesmo tempo em que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que possibilitem um maior controle de sua saúde por parte da população, individual e coletivamente.

De acordo com Campos, Barros e Castro (2004, p. 746)

A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

Percebe-se, de acordo com a afirmação dos autores, a indissociabilidade da teoria da prática, bem como de ambas do contexto político em que se deseja produzir saúde.

A definição apresentada recentemente pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde diz tratar-se de

---

<sup>9</sup> GUTTIERREZ, M. L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (Orgs.) La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud em América Latina. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p. 9).

Tal definição é utilizada como referencial do conceito neste trabalho.

Westphal (2007) defende a promoção da saúde como um conceito ligado a uma concepção positiva de saúde, holística e multideterminada, construída ao longo de um processo e relacionada aos direitos básicos do cidadão. A mesma autora sinaliza, contudo, que tal perspectiva vai na contra-mão da concepção hegemônica no momento atual, na qual a saúde é vista como uma mercadoria, um bem comercializável e, portanto, diretamente atrelada à ausência de doença. Assim, para Westphal (2007), a promoção da saúde deve ter a conotação de mudança de direção, o que quer dizer, uma tentativa de transformação social.

Sícoli e Nascimento (2003) afirmam que a promoção da saúde resgata o conceito de saúde como produção social e que a mesma tem como objetivo desenvolver políticas e ações coletivas que extrapolem o enfoque do risco que é a base da prevenção.

Vale aqui fazer uma breve diferenciação entre os conceitos de prevenção e promoção. Conforme Czeresnia (2003), o segundo possui uma conotação mais ampla que o primeiro, que por sua vez está mais diretamente ligado ao controle de transmissão de doenças e possui um viés mais educativo, de mudança de hábitos. A mesma autora, mencionando Terris (1990)<sup>10</sup>, coloca a promoção mais ligada a uma ação intersetorial e à transformação das condições de vida num todo.

### **3.3 Emaranhado de conceitos**

Ao falar de promoção da saúde é impossível e tão pouco infundável não falar de alguns dos principais conceitos relacionados à questão e que, de uma forma ou de outra, implicam no pensar e fazer saúde. A seguir estão algumas definições dos termos que, para este trabalho, julgou-se necessárias.

---

<sup>10</sup> TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. *Ann. Review of Public Health*, v. 11, p. 39-51, 1990.

### **3.3.1 Equidade**

Todas as Conferências Internacionais assim como Latino Americanas sobre Promoção da Saúde trazem a equidade no centro das discussões, uma vez que já se constatou que não é possível fazer saúde, melhorar as condições de vida da população, sem que haja equidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Westphal (2007), o conceito em questão está intimamente relacionado ao conceito de justiça social, de modo especial aos vinculados às correntes de pensamento liberal e marxista. De acordo com a autora, no campo da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde, o conceito de equidade se confronta com as correntes liberais, uma vez que leva em consideração a diferenciação das necessidades, noção esta pautada no materialismo histórico, que considera a existência de desigualdades sociais estruturais, ou seja, que produzem diferenças não apenas nas condições sociais mas, como consequência, nas necessidades sociais.

Assim, deve-se encarar a equidade no campo da Saúde Coletiva não como “fazer tudo igual” para todos. Trata-se, portanto de criar oportunidades iguais para que todos alcancem um nível satisfatório de saúde (WESTPHAL, 2007).

Portanto, ao se falar em promoção da saúde, deve haver uma reflexão profunda do contexto de igualdade ou desigualdade em questão. Não se trata de impor saúde “goela a baixo”, mas sim de levar em conta os determinantes sociais presentes no processo e não considerar como “iguais” os que vivem em condições diferentes. Deve-se ponderar as particularidades e demandas de cada grupo social.

### **3.3.2 Participação popular**

Na busca pela promoção da saúde da população, espera-se que esta participe de forma ativa do processo de construção das políticas de saúde, do controle social e das ações.

De acordo com Westphal (2007) o princípio da participação social assume relação direta com o fortalecimento da ação comunitária e conseqüente empoderamento coletivo, uma vez que a população deve ser capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde.

O empoderamento relaciona-se ao reconhecimento de que os indivíduos e as comunidades têm o direito e são potencialmente capazes de assumir o poder de interferir para melhorar suas condições de vida (WESTPHAL, 2007, p. 657).

O Ministério da Saúde apresenta a saúde como produção social, tendo em seus determinantes fatores múltiplos e complexos, o que exige uma participação ativa dos sujeitos, sejam estes usuários dos serviços, participantes de movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário entre outros (BRASIL, 2006).

Ademais, dentre as diretrizes propostas neste documento, consta o fortalecimento da participação social como fundamental para obtenção de resultados em promoção da Saúde, de modo particular a equidade e o empoderamento individual e coletivo (BRASIL, 2006).

É imprescindível que os profissionais de saúde, sobretudo os da ESF, se preocupem com esta questão e voltem seu olhar para os sujeitos enquanto pessoas potencialmente participativas e construtoras do mesmo processo. Mas é preciso que isso se efetive enquanto perspectiva de atuação prática.

### **3.3.3 Comportamento/estilo de vida**

Na busca por promover saúde, sabe-se que a adoção de hábitos saudáveis por parte dos indivíduos é fator essencial. Entretanto, isto não pode estar desvinculado das políticas públicas nem tampouco ser trabalhado numa perspectiva meramente individual.

Como conciliar a adoção de hábitos mais saudáveis por parte dos sujeitos sem desvincular isso da responsabilidade do Estado ou das próprias equipes de Saúde da Família?

De acordo com Buss (2000), um grande grupo da promoção da saúde seria este, que dirige suas atividades à modificação dos comportamentos individuais, com foco para o estilo

de vida. Este tipo de perspectiva tende a enfatizar os componentes educativos, supondo que a maior parte dos riscos à saúde estariam sob o controle dos indivíduos.

Contudo, alguns críticos do assunto, como o próprio autor supracitado, apontam que atualmente tal estratégia tem sido questionada pela constatação da existência de outros determinantes do processo saúde-doença, por sua vez, de ordem social. As atividades estariam, então, voltadas mais para o coletivo e o ambiente (físico, social, econômico e cultural), por meio de políticas públicas e de condições que favoreçam escolhas saudáveis e o reforço do potencial atuante dos indivíduos e comunidades (BUSS, 2000).

### **3.3.4 Integralidade**

A integralidade, apontada já na constituição quanto ao compromisso do sistema sanitário brasileiro em garantir ações e serviços que visem desde a promoção, a proteção até a recuperação da saúde, passa a ter nos dias atuais um papel fundamental e ao mesmo tempo desafiador se realmente se deseja ter um sistema de saúde sólido, não fragmentado e que atenda de fato às demandas atuais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde compreende que a integralidade, ao longo dos anos, passou a englobar outros aspectos, tornando a responsabilidade do sistema de saúde em relação à qualidade da atenção e do cuidado ainda maior. Assim,

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2006, p. 10).

Conforme Alves (2005), o princípio da integralidade contrapõe-se a uma abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos, devendo o olhar do profissional compreendê-los em sua totalidade biopsicossocial.

Ao mesmo tempo a integralidade deve significar uma maior comunhão entre os próprios trabalhadores da saúde, entre si, de modo que tenham uma visão mais ampla acerca do cuidado, com olhares que compartilhem idéias e saberes entre si e sejam capazes de deslocar a atenção da doença para os sujeitos em sua totalidade.

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial (ALVES, 2005, p. 43).

Deste modo, é preciso salientar que a integralidade possui uma dimensão extremamente profunda nas práticas e políticas de saúde atuais. Num momento histórico em que se busca a superação da dualidade corpo-mente, homem-meio, a saúde não poderia se servir de ferramenta melhor que esta para alcançar de fato um atendimento integral. Antes, porém, deve-se conceber o “homem integral”.

### **3.3.5 Intersetorialidade**

De acordo com Brasil (2002b), a promoção da saúde embasa-se no pressuposto que faz-se necessário romper a fragmentação da abordagem das doenças, seja por questões econômicas, uma vez que grandes investimentos no seu combate têm mostrado a restrição da perspectiva biomédica – o que não tem mudado as tendências do adoecer e morrer na atualidade – seja pela visão que a construção da saúde e qualidade de vida se concretizará a partir da participação de toda a sociedade.

Para Campos, Barros e Castro (2004, p. 747):

Intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de

algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

A intersetorialidade pode ser vista também como um meio de articulação entre diversos setores da sociedade para pensar e co-responsabilizar na questão da saúde, mobilizando para elaboração de intervenções que a garanta como direito de todos (BRASIL, 2006).

De acordo com o mesmo autor, a construção de ações intersetoriais demanda troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os vários setores envolvidos, buscando produzir soluções inovadoras acerca da qualidade de vida da população.

### **3.4 Pensando a prática**

Muitos críticos (CZERESNIA, 2003; WESTPHAL, 2007) têm questionado a aplicabilidade desta política nas ações de saúde, sobretudo enfocadas neste estudo, as ações desenvolvidas dentro da Estratégia Saúde da Família. Ou seja, muito se tem discutido como os profissionais de Saúde da Família têm incorporado em suas práticas a promoção da saúde. “As práticas de saúde são, reconhecidamente, as formas pelas quais a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde” (WESTPHAL, 2007, p. 662).

Desde o Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, já se tinha claro que os profissionais de saúde, de modo especial os que atuassem na atenção primária, teriam um papel essencial em fortalecer e possibilitar a promoção da saúde (WESTPHAL, 2007).

A cada conceito apresentado tem-se mais claramente como a promoção da saúde não pode ser pensada de maneira isolada e/ou mecânica. Existe uma série de fatores que precisam ser levados em consideração quando o assunto é promover saúde. O modo pelo qual se dá a construção da saúde precisa ser visto como algo processual e não como iniciativas estanques. Sícoli e Nascimento (2003) discorrem acerca de uma lacuna existente entre os princípios da PS e a operacionalização dos mesmos no cotidiano dos serviços de saúde.

Além do mais, conforme mencionado em capítulo anterior, é notório destacar a importância das relações interpessoais presentes nesta prática. Afinal, os profissionais também são sujeitos e como tal dotados de subjetividade e ao mesmo tempo em que modificam a realidade que estão são modificados neste cotidiano.

Talvez aí resida um dos “segredos” para uma prática de sucesso promotora de saúde e bem-estar, isto é, não importam os saberes isolados, tampouco ações isoladas, se o objeto em questão é multifatorial e multicausal. O olhar do trabalhador da ESF sobre sua práxis deve ser, portanto, um olhar crítico, reflexivo e aberto a novos conhecimentos e novas formas de fazer em saúde.

### **3.5 Críticas e reflexões**

Muitos são os questionamentos levantados acerca da promoção da saúde, tanto no que se refere ao seu entendimento, quanto à sua aplicação prática.

Ao longo dos anos, como pode-se observar acima, o conceito sofreu algumas mudanças, não alcançando uma única definição nem tampouco uma única forma de ser exercido. Vejamos por partes!

No que tange à sua conceituação teórica, passos muito importantes foram dados e firmados através das conferências internacionais, sobretudo Ottawa, que foi um marco neste sentido. Desde uma definição até uma ampliação do conceito de saúde em si, que não mais podia ser concebido com base apenas em parâmetros biológicos e individuais.

Assim sendo, viu-se clara a necessidade de expandir a promoção da saúde além do setor saúde, uma vez que ações integradas se faziam necessárias para responder às demandas de saúde que passavam a se referir também a questões políticas e sociais, envolvendo, com isto, outros setores.

Entretanto, apesar de todos avanços, como toda mudança, a do setor saúde não seria diferente! Trouxe consigo conflitos, paradoxos e inúmeras questões a serem pensadas!

No que compete à participação dos sujeitos no processo de construção de sua saúde, como não considerar a “contradição”, para não dizer o “caos” formado pela falta de clareza

acerca das responsabilidades no processo de construção da saúde. Em outras palavras, como responsabilizar os sujeitos por sua saúde, falar em mudanças de hábitos, estilos de vida, sem que se desresponsabilize o tão poderoso Estado? Ou, como comprometer, envolver este na construção de políticas públicas saudáveis de modo que leve os indivíduos simultaneamente a uma participação ativa no processo?

Neste sentido, Westphal (2007) citando Cerqueira (1997)<sup>11</sup>, levanta a crítica de que, apesar dos diversos esforços em se consolidar uma perspectiva democrático-participativa, ainda continua-se identificando a promoção da saúde com práticas medicalizantes e individualistas.

Em relação à antiga dicotomia individual *versus* coletivo, esta persiste em rondar a cena. Onde devia ser visto como complementaridades, partes integrantes da mesma questão, em muitos casos o que se vê é o indivíduo anulando o coletivo ou vice-versa.

Entretanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde vem elucidar a complementaridade entre individual e coletivo, mostrando que as ações do Estado a nível coletivo não isentam a responsabilidade e participação social dos indivíduos e o contrário também:

[...] na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (BRASIL, 2006, p. 7).

Acerca da integralidade, questiona se de fato tem-se desenvolvido uma visão integral de homem que resulte em ações que abranjam todo o cuidado em saúde, incluindo neste uma escuta diferenciada e ampliada.

No que concerne à intersetorialidade, talvez um dos maiores desafios da promoção da saúde, discute-se como quebrar o individualismo que ainda ronda a setorialização não só do

---

<sup>11</sup> CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. La promoción de Salud y la Educación para la Salud en América Latina. San Juan: Universidad di Puerto Rico, 1997.

setor saúde mas da sociedade em geral, fazendo com que o objetivo real de tal fragmentação seja alcançado, no caso da saúde, promover a saúde da população. Conforme Westphal (2007), a grande dificuldade para elaboração de políticas públicas intersetoriais é avançar para além da lógica setorial e da fragmentação.

Em suma, inúmeras outras reflexões podem e devem ser levantadas acerca da temática da promoção da saúde. Entretanto, para fins do presente estudo, no que se refere à crítica teórica, supõe-se suficientes as indagações levantadas. Outras reflexões serão desenvolvidas mais adiante, na análise e discussão dos dados da pesquisa realizada.

Encerra-se, pois, este capítulo, com a seguinte citação, considerada bastante sugestiva e propícia:

Promover saúde é promover a vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre os indivíduos, organizações e os grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade, transparência como práticas sociais entre os sujeitos precisam ser, urgentemente, resgatadas. Promover saúde é uma imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade (AKERMAN; MENDES; BOGUS, 2004 p. 609).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral:**

Analisar as concepções e práticas de promoção da saúde na atuação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Saúde da Família da USP – Ribeirão Preto junto à comunidade atendida.

### **4.2 Objetivos específicos:**

Focalizando os profissionais das equipes de Saúde da família:

- Investigar suas concepções acerca dos conceitos de promoção da saúde e da Estratégia Saúde da Família;
- Verificar práticas de promoção da saúde incorporadas na sua atuação profissional;
- Investigar a percepção destes profissionais acerca da comunidade atendida, em seus aspectos físicos e psicossociais.

## 5. METODOLOGIA

A operacionalização desta investigação se deu por meio de pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1992), é o método que se aplica ao estudo das relações, das crenças, das representações, da história, das opiniões e percepções. De acordo com a mesma autora, essa modalidade de pesquisa é a que melhor tem respondido às demandas em termos de metodologia na pesquisa social em saúde.

Assim, a proposta deste estudo coaduna com a pesquisa qualitativa em saúde, primando pelo que é da ordem dos sujeitos em suas inter-relações com o social, abarcando a subjetividade presente em suas falas.

Conforme Mannheim (1968<sup>12</sup>, apud MINAYO, 2008, p. 59),

Está claro que uma situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões nesta situação e como reagem a essas tensões assim concebidas.

Importa ao pesquisador qualitativista não apenas conhecer o que o sujeito entende por determinado fato, mas também o processo pelo qual o mesmo é vivenciado e tudo o que é envolvido na teia de relações por esse mesmo sujeito e seus pares, ou seja, importa como o significado do conceito ou de determinada experiência é transformado em ações.

Neste mesmo sentido, Turato (2003, p. 191), ao descrever acerca da pesquisa qualitativa, menciona Bogdan e Biklen (1998)<sup>13</sup>, afirmando ser esta a que tem como objetivo “melhor compreender o comportamento e a experiência humanos. Eles procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem o que são aqueles significados”.

Assim sendo, buscou-se apreender tais concepções e experiências através da fala dos sujeitos entrevistados.

---

<sup>12</sup> MANNHEIM, K. Ideologia e utopia. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

<sup>13</sup> BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative Research for Education: an Introduction for Theory and Methods**. 3 ed. Boston, Allyn and Bacon, 1998.

## **5.1 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos potenciais da pesquisa foram os profissionais das equipes mínimas dos Núcleos de Saúde da Família da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, a saber: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista (agregado por ser o profissional mais encontrado em nível nacional inserido nas equipes) e um agente de saúde (escolhido por sorteio).

Foram entrevistados ao total 13 sujeitos de três equipes, sendo destes três enfermeiros, três médicos, dois auxiliares e um técnico de enfermagem, dois dentistas e dois agentes de saúde (ACS). O número menor das últimas duas categorias profissionais se explica pelo fato dos ACS do último núcleo entrevistado estarem em greve para atividades de pesquisa e extensão no período da coleta dos dados, não aceitando responder ao roteiro de perguntas, e um dos dentistas atendia simultaneamente em dois dos núcleos pesquisados.

A seqüência dos núcleos a serem investigados se deu de maneira aleatória, por sorteio, sendo interrompidas as entrevistas após a terceira equipe entrevistada, depois de atingidos os critérios de saturação.

## **5.2 Instrumento de coleta**

O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada, através da qual procurou-se conhecer as percepções que os profissionais têm sobre os conceitos de promoção da saúde, da Estratégia Saúde da Família e como se dá sua atuação junto à comunidade atendida, no que diz respeito às vivências destes conceitos, bem como às crenças a respeito do público em questão.

Foi construído um roteiro que guiou o pesquisador nos principais pontos a serem abordados (apêndice A).

De acordo com Bogdan e Biklen (1994, apud TURATO, 2003), o que os sujeitos partilham entre si irá se mostrar cada vez mais nítido à medida que cada um puder falar de suas perspectivas, para além do que observado em suas atividades.

Minayo (1992) destaca a importância do contexto presente na fala dos sujeitos, isto é, afirma a não dissociação da fala do indivíduo do todo no qual o mesmo está inserido. Segundo a autora,

o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (p. 109-110).

Em consonância, Freitas (2002) apresenta a entrevista como um local de produção de enunciados não estáticos, que se alternam e que vão produzindo sentido à medida da interação das pessoas em questão.

A entrevista semi-estruturada obedece a um determinado roteiro utilizado pelo pesquisador, o que permite um norteamento sem ao mesmo tempo delimitar totalmente as possibilidades do sujeito se expressar para além do que contém no roteiro (MINAYO, 1992).

As entrevistas foram gravadas em áudio, de acordo com consentimento dos participantes (apêndice B), e transcritas na íntegra posteriormente para análise, com a identidade dos entrevistados devidamente resguardada.

### **5.3 Caminho metodológico**

Foram estudados os trabalhadores dos Núcleos de Saúde da Família (NSF) da USP, em Ribeirão Preto, não apenas pela facilidade de acesso mas, sobretudo, por se tratar de locais onde, devido ao tempo de funcionamento do serviço bem como ao vínculo permanente com a área acadêmica, tende a ser um terreno fértil para servir de “laboratório vivo”. Todavia, este

último fator pode ser encarado como viés se comparado aos demais serviços nacionais que não tem o caráter de serviço-escola, o que será discutido mais adiante.

Feitas as devidas adaptações em relação ao público-alvo, tratou-se também de ajustar o roteiro contido no projeto inicial. Para tanto, foram privilegiadas as questões que fizessem menção às características das comunidades atendidas, apresentadas sob a ótica daqueles que as acompanham diretamente; as que abordassem aspectos conceituais da temática do trabalho, a fim de que sobressaíssem os significados atribuídos pelas equipes àquilo que norteia suas práticas; e por último, questões que provocassem a emersão das práticas cotidianas desses sujeitos, representadas ou simbolizadas no contexto em questão.

Antes do início da coleta dos dados, foi feita uma visita a um dos núcleos para apresentação da proposta inicial e discussão com a equipe.

Após aprovação do presente estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde Escola (CSE) da Universidade de São Paulo (USP), de acordo com o protocolo nº 327/CEP-CSE-FMRP-USP, foram feitas visitas a cada um dos cinco NSF, tendo a pesquisadora participado de reunião de equipe para esclarecimentos e consentimento por parte da equipe do Núcleo para a realização da pesquisa. O trabalho de campo foi desenvolvido no período de julho a novembro de 2009.

#### **5.4 Instrumento de análise**

Após a coleta de dados, os resultados foram processados, organizados em categorias e subcategorias de informações, de acordo com as respostas dos entrevistados para os diferentes itens da entrevista semi-estruturada e analisados. Foi utilizada para isto a análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (1995, p. 103), “tratar um material é codificá-lo, transformando-o de um estado bruto para se atingir uma possível representação do conteúdo”. Assim, a análise de conteúdo se propõe a trazer à superfície aquilo que estava imerso no discurso do sujeito, ou, de uma outra forma, mergulhar no contexto de sua fala para compreender a amplitude de suas palavras.

Segundo Turato (2003), os elementos são agrupados e reagrupados de acordo com os critérios de repetição e relevância, sendo que este último foge um pouco da análise de conteúdo ortodoxa, considerando um determinado ponto importante na fala de um sujeito sem necessariamente apresentar repetição no conjunto do material, mas que se trata de uma fala rica, sob a ótica do pesquisador, de acordo com os objetivos e hipóteses iniciais do trabalho.

Para organização e categorização dos dados, foi utilizada dentro das possibilidades da análise de conteúdo a análise temática que consiste, de acordo com Minayo (2008), em descobrir os núcleos de sentido presentes nas falas dos sujeitos, algo cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analisado.

No passo a passo, se resumiria em:

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Esse conjunto de movimentos analíticos visa dar consistência interna às operações (MINAYO, 2008, p. 308).

A partir desta análise, o investigador fez sua exposição interpretativa dos dados, por meio de narrativa. A interpretação foi sustentada na fala dos sujeitos e na bibliografia consultada, com ênfase na abordagem sócio-histórica.

A partir do material analisado surgiram seis categorias empíricas, com suas respectivas subcategorias, a saber:

- Caracterização das comunidades atendidas a partir da percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (aspectos físicos, familiares, psicológicos, sócio-políticos e econômicos)
  - ✓ Núcleo X
  - ✓ Núcleo Y
  - ✓ Núcleo Z

- O vínculo com a comunidade: o acolhimento como porta de entrada
- Os desafios para a consolidação de um novo modelo em saúde: pólos diferentes de um mesmo processo
  - ✓ Promoção da saúde: o conceito de saúde em questão
  - ✓ Responsabilização da produção da saúde
  - ✓ A participação comunitária como algo distante da realidade
- A promoção da saúde no dia-a-dia
- Construindo pontes: a intersetorialidade como caminho
- Equipe: a arte do encontro ou do desencontro?
  - ✓ A equipe como ponto de apoio: considerando a interdisciplinaridade
  - ✓ A árdua construção do trabalho em equipe: o desafio do relacionamento interpessoal e do compartilhamento dos saberes

## 5.5 Orientação teórica

A abordagem teórica escolhida para iluminar as discussões foi a corrente Sócio Histórica de pensamento, vertente da Psicologia.

De acordo com esta teoria o homem é um ser histórico-social, construído nas suas relações com o meio (LUCCI, 2006). Assim sendo, para se compreender o homem, faz-se necessário que este seja considerado dentro de uma relação dialética com o social, considerando a interação natureza – cultura; o ser humano deve ser considerado em sua totalidade (FREITAS, 2002).

Considerando tal premissa, a mesma autora expõe a relação da pesquisa na modalidade qualitativa com esta abordagem teórica.

Os estudos qualitativos com o olhar da perspectiva sócio-histórica, ao valorizarem os aspectos descritivos e as percepções pessoais, devem

focalizar o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, compreender também o contexto (FREITAS, 2002, p. 26).

Assim, percebe-se o sujeito enquanto um sujeito ativo, sujeito de sua história e que é constantemente construído em suas interações. Logo, ao se pensar o processo de construção da saúde, deve-se levar em consideração um sujeito ativo e autônomo, sem contudo desconsiderar sua construção histórica, ou seja, sem desconsiderar os determinantes sociais imbricados neste processo.

Lucci (2006) aponta ainda, baseado nas idéias de Vygotsky, a importância da historicidade neste processo de formação dos sujeitos. Afirma que funções como a memória, a atenção voluntária, as emoções, a linguagem, o pensamento, a percepção, a resolução de problemas e o comportamento tomam formas diferentes, em função do contexto histórico que o indivíduo está inserido.

Um ponto importante a ser abordado é a figura do pesquisador, que é visto, segundo esta teoria, como sujeito ativo, uma vez que tem um papel fundamental na discussão e interpretação acerca de tudo o que foi investigado.

A contextualização do pesquisador é também relevante: ele não é um ser humano genérico, mas um ser social, faz parte da investigação e leva para ela tudo aquilo que o constitui como ser concreto em diálogo com o mundo em que vive. Suas análises são feitas a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e dependem das relações intersubjetivas que estabelece com os seus sujeitos (FREITAS, 2002, p. 29).

Portanto, passa a ser um mediador entre o que é trazido nas falas e o próprio autor das mesmas. Além do mais, seu olhar e modo de enfatizar ou conduzir determinada discussão está carregado de seus valores e visão de mundo, o que não significa que ele fale pelos sujeitos da pesquisa, mas a leitura que ele fará do material está envolta em um contexto e uma história que devem ser considerados.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Antes da apresentação e discussão das categorias propriamente ditas, é feita uma caracterização dos sujeitos entrevistados.

### 6.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa apresentaram uma média de idade de 42 anos, com maior concentração na faixa etária de 41 a 50 anos (8 sujeitos), o que sinaliza a presença de profissionais com experiência de trabalho, conforme especificado no Quadro 1.

A equipe com indivíduos de maior idade foi a X, seguida das outras duas com composição etária semelhante. O tempo médio de trabalho em APS foi de 9 anos, fato que aponta um contato significativo com este nível de atenção à saúde, sendo que dos 13 entrevistados, 8 sempre trabalharam com APS no mesmo local.

A média do tempo no vínculo atual é de 7 anos, o que pode ser considerado um período adequado no que se refere ao conhecimento do local e da ESF.

Quadro 1: Apresentação dos sujeitos entrevistados

	Idade (anos)	Tempo de trabalho em APS (anos)	Vínculo atual (anos)	Profissão
Sujeito 1	50	9	9	ACS X
Sujeito 2	47	7	7	AE X
Sujeito 3	50	10	10	ENF X
Sujeito 4	51	27	8	MED X
Sujeito 5	44	7	7	ACS Y
Sujeito 6	28	7	7	AE Y
Sujeito 7	49	9	9	DENT Y
Sujeito 8	46	9	9	ENF Y
Sujeito 9	30	3	2	MED Y

Sujeito 10	47	9	9	DENT Z, X
Sujeito 11	33	8	8	ENF Z
Sujeito 12	31	2	1	MED Z
Sujeito 13	42	10	8	TE Z

ACS: agente comunitário de saúde; AE: auxiliar de enfermagem; TE: técnico de enfermagem; ENF: enfermeiro; MED: médico; DENT: dentista

## 6.2 Caracterização das comunidades atendidas a partir da percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Por se tratar de percepções acerca de públicos-alvo distintos, os dados serão apresentados por núcleos.

Entende-se que esta categoria reúne uma série de informações cujo objetivo neste trabalho não é confrontar tais dados com a realidade, mas sim entender como esses profissionais vêem o local e as pessoas com as quais trabalha para, assim, se compreender sua prática, no que diz respeito à promoção da saúde.

### 6.2.1 Núcleo X

#### 6.2.1.1 Aspectos físicos

Quanto à localização do núcleo em relação à cidade de Ribeirão Preto, todos afirmaram ser boa ou ótima, com facilidade de acesso aos meios de transporte e com opções de serviços de saúde nas proximidades (além do Núcleo, um Centro de Saúde Escola, nível secundário).

Eu acho o nosso bairro aqui é uma localização ótima, muito boa, principalmente por ela ficar bem localizada por causa dos postos de saúde que foi implementado aqui que é o PSF, então ficou bem mais localizada. E outra, aqui é um local que você tem acesso a tudo! (ACS)

Acho que aqui é privilegiado, porque aqui o pessoal conta com dentista gratuito, atendimento no Cuiabá e aqui [...] A maioria do pessoal aqui tem convênio e prefere o atendimento aqui. (AE)

Sobre estabelecimentos comerciais, religiosos e meios de transporte presentes no local, os entrevistados mostraram conhecimento.

Tem farmácia, tem padaria, tem mercado, tem vários bares, o que pode ser até um problema às vezes, tem salão de cabeleireiro, tem pequenas lojas de sapatos, tem lojas de roupas, tem muito comércio informal também, tem pessoas que fazem doces. [...] Temos uma igreja católica, tem igreja evangélica. (MED)

Aqui tem muitos bares [...] Tem centro espírita, tem farmácia, tem papelaria, tem mercado, linha de ônibus aqui freqüente. (AE)

Algo que foi enfatizado na fala dos diversos profissionais foi a necessidade de um espaço de lazer na região, para uso da população em geral, sobretudo idosos e jovens.

O que eu acho que está um pouco abandonado nessa área são centros de lazer para essa população, tanto a idosa como a população mais jovem (...) Isso seria, em minha opinião, uma necessidade. Um centro de lazer com quadra de esporte, com orientação, tanto para o idoso como para o jovem. A gente acha que isso poderia resolver alguns problemas da área em relação aos jovens que estão ali. (ENF)

Faltam espaços eu acho pra jovens [...] são coisas que as próprias agentes comunitárias trazem, que tem muitos jovens ai na faixa dos 15,16, e que ficam muito sem ter o que fazer. Espaço pra uma quadra, para jogos, para lazer. (MED)

Sobre o conhecimento da presença de estabelecimentos político-sociais na região, todos citaram uma ONG, mas que não realiza trabalhos juntamente com a ESF propriamente dita. As parcerias que já aconteceram foram de divulgação de cursos e serviços que a ONG oferece, na Unidade de Saúde, e concessão de espaço, por parte da primeira, para realização de atividades em grupo da segunda.

Sobre a Associação de Moradores e Conselho Local de Saúde, todos relatam saber da existência, com exceção de um entrevistado que não sabia se tinha ou não a associação, mas não mostraram envolvimento.

Tem associação de moradores, inclusive tem uma ONG aqui do lado do Núcleo [...] A comissão local de saúde que a gente tem é uma moradora da área que é presidente [...] Eu fazia parte também dos funcionários, ela faz parte até hoje da comunidade. (ACS)

Ela (associação de moradores) não mobiliza o bairro em nada, nenhum tipo de reunião. O único tipo de reunião que tem que mobiliza as pessoas é a comissão local de saúde, que a gente chama a comunidade para participar. Mas eles também nem sabiam, foi depois que o núcleo abriu que ficaram sabendo da comissão local de saúde. (ACS)

### 6.2.1.2 Aspectos familiares

Em relação aos aspectos familiares, todos os profissionais entrevistados desse Núcleo caracterizam a população atendida como sendo predominantemente de idosos, com pouco número de crianças e adultos jovens. Relataram serem famílias pouco numerosas, com média de 2 a 3 filhos.

Aqui nossa área é mais idosos [...] não tem muitos filhos, a maioria aqui é 2, 3 filhos. (AE)

[...] não é um local de famílias muito numerosas, de 2 a 3 filhos na família. (ENF)

Em relação ao número de famílias atendidas houve divergência nas informações, variando de 600 a 950 de acordo com a fala dos entrevistados.

Ao serem perguntados a respeito do tipo de relação característico entre os membros dessas famílias, os profissionais mostraram uma visão semelhante, relatando existir um grupo de famílias com conflitos significativos, porém a maioria era de famílias com relações harmoniosas.

Ah não, acho que aqui prevalece mais as famílias mais tranquilas, mais organizadas. É bem menor o número de família que é bem desorganizada, a maioria aqui é senhor, é casado, velhinhos ne [...]. (AE)

Nós temos um grupo de famílias bem disfuncionais [...] de relações, de problemas, das relações deles mesmos, das famílias mesmo e tal, mas se a gente for ver é que elas ocupam tanto tempo nosso, tanta energia da equipe que às vezes ela dá uma sensação de que é maior do que é a realidade. [...] Eu acho que a maioria das famílias é mais ou menos homogêneas, eu acho que é mais a família tradicional, mãe, pai e filho [...]. (MED)

Ainda em relação a esta questão, interessante ressaltar a resposta da ACS, que diz que na verdade “tudo é relativo, cada família tem uma realidade”. Em seguida, ela associa o nível de conflito, o tipo de relação com o nível sócio econômico da família.

Às vezes você fala assim, como já até aconteceu: nossa, essa casa é tão linda, um portão tão lindo, as pessoas ricas, aqui não tem problema. Às vezes você vai lá e tem mais problema que uma casa mais simplezinha. Eles vivem com mais conflitos do que aqueles que é o mais simples, numa casa humilde, que às vezes vive mais feliz e é uma pessoa mais organizada... Então depende... (ACS)

Em seguida, afirma terem muitas famílias com problemas, mas aponta o PSF como importante ferramenta.

Tem bastante famílias com problemas, tem problemas de usuários de drogas, tem muito alcoolismo na área. Então esses problemas acabam gerando violência ne. Tem às vezes o marido acaba agredindo a mulher, então tem, tem vários problemas sim. [...] Por isso que eu falo que o PSF foi muito bom, interagindo com essa família, porque a gente faz a visita, tenta plantar uma sementinha para eles mesmos se desenvolver ne, mostrar um caminho ne, porque às vezes a pessoa não tem caminho, fica amarrada sem caminho, então a gente mostra os caminhos para onde ela pode ta indo a encontrar alguma coisa pra elas poder achar uma opção de vida, um trabalho... (ACS)

### **6.2.1.3 Aspectos psicológicos**

No que tange à saúde mental da comunidade, foi freqüente na fala da equipe ser esta uma questão relevante no contexto de saúde da população local, tendo a depressão sido destacada em termos de diagnóstico no atual momento.

Eu acho que a maioria das pessoas tem problema de saúde mental, depressão. As pessoas são ansiosas, uma tem problema com a auto-estima, porque é gorda demais e não conseguem emagrecer, outras por causa do setor financeiro. (ACS)

Eu acho que a depressão ela é bastante encontrada, talvez pelo tempo que a gente vive, as crises da família, a falta de perspectivas. A gente tem um pequeno segmento dos jovens que moram na área, de 15 a 25 anos, a chance desse jovem acessar mercado de trabalho está cada vez mais difícil, aquele adulto na faixa de 35 a 50 anos, também entrando numa situação onde a aquisição do emprego... Isso tem trazido, na minha opinião, um grande, assim, desencadeador dessas crises. (ENF)

Ao se abordar a capacidade de resolução de conflitos daquelas pessoas, o que se repetiu na fala da equipe foi uma visão positiva acerca da comunidade neste sentido, com uma exceção.

Olha, nós temos várias pessoas aqui que elas são lição de vida pra nós. (ENF)

Ah, eu acho que não é ruim não. Eu acho que tem várias famílias que dão conta de resolver. Eu acho que a maioria tem capacidade de resolver os conflitos, umas mais fáceis outras menos, mas tem uma parte que precisa de algum mediador, uma coisa externa, não sei te falar. (MED)

#### **6.2.1.4 Aspectos sócio-políticos**

Em relação ao nível de organização e participação comunitária, houve relatos comuns sobre a pouca participação da comunidade nas questões de cidadania e que são do interesse deles, tendo sempre os mesmos dois ou três líderes que resolvem por todos.

Igual a um país né, incipiente [...] Nós percebemos algumas pessoas com potencial para liderança, e buscamos estimular essas pessoas. Eu diria assim, talvez a nossa perna também é pouca para reconhecê-las. Geralmente as pessoas de liderança são muito as mesmas, a gente percebe que é difícil renovar. Nós temos assim alguns problemas que já foi motivo de reunião, das mulheres, por exemplo, tinha uma rua aqui descendo que começou a ter vários furtos naquela encruzilhada, todas as mulheres vieram pedir para o núcleo pra conseguir uma conversa com o tenente da guarda, que é a guarda do bairro, pra policiar aquela área. Então nós fomos atrás e deu conta. Então tem alguns momentos que elas são agregadas e outros não. (ENF)

Eu acho que (a participação) fica mais restrita ao grupo (associação de moradores), eu não vejo assim o pessoal envolvido, a maioria envolvida não [...]. Tem algumas pessoas que através de algumas reuniões que a gente tinha feito aqui em uma determinada época, que era assim empoderar as pessoas de conhecimentos sobre os direitos delas, de cidadania e tal. Surgiu alguns líderes, que participaram da comissão da saúde, da comissão local, lá na associação, então a gente deu uma movimentada, então, e tem pessoas que continuaram nesse movimento aí, que tem uma certa liderança dentro da comunidade. (MED)

#### **6.2.1.5 Aspectos econômicos**

Quanto à renda média familiar, com exceção do ACS, que caracterizou em um salário mínimo, os demais membros da equipe afirmaram ter a população local um nível de renda médio.

A gente já fez várias análises diagnósticas, uma população de classe média baixa, com uma economia de subsistência. Então muitas famílias têm suas lojinhas, mais prestação de serviço, pequenos comércios, e você tem aqui uma ou outra micro empresa, micro indústria, como a indústria de refresco. É uma população de média a baixa renda que tem aqui. Nós não temos nem a situação de extrema pobreza na área nem a situação de... até algumas famílias estão numa situação que se diferencia do todo. (ENF)

Bom, eu acho que aqui é uma região que ela tem um nível sócio-econômico bom, se você for comparar assim, aqui não é um bairro assim que não tem recursos ou pobre, que a população se caracteriza por uma classe média, média-baixa, tem alguns que são até de uma outra categoria. (MED)

### **6.2.2 Núcleo Y**

#### **6.2.2.1 Aspectos físicos**

Com relação à localização do núcleo, as repostas foram bem divergentes, havendo desde opinião que se trata de uma área periférica, passando por outros que consideram que já foi mal localizado em outros tempos, mas que com o crescimento da cidade deixou de ser periferia, até aqueles que consideram bem localizado em relação à cidade.

[...] é uma área um tanto periférica, e tem uma faixa, uma população mais carente, uma faixa de favela, divisão de área de núcleo. (MED)

Então, quando [...] a gente entrou para trabalhar aqui, eu considerava isso periferia, hoje não é mais. A cidade cresceu demais, então hoje a unidade já faz parte da área central da cidade, mas ainda entendo que é uma área carente, é uma população com nível econômico bem mais baixo do que o pessoal mais do centro da cidade. (ENF)

Em relação à cidade, acho boa a localização. Eu acho que a localização aqui é boa porque se você não tem uma condição boa é possível ter acesso, à rodoviária, por exemplo [...]. Apesar de ter uma população de baixa renda, média, uma boa parte pobre, mas eu acho que eles têm acesso, uma boa localização, transporte, saúde. (DENT)

Já no que se refere ao conhecimento de órgãos como Conselho de Saúde e Associação de Moradores, a maior parte dos profissionais afirmou não ter organizações deste tipo na área do núcleo. Porém se mostraram sem informação consistente, em sua maioria, transparecendo nas falas a inexistência de uma organização comunitária nesse sentido.

Olha, faz tanto tempo que essa comissão local de saúde não se reúne que eu não sei das reuniões da comissão local, eu nem sei se tem alguém da minha área ainda participando disso. Já teve, mas atualmente eu tenho impressão que essa comissão local nem está funcionando. (ENF)

Não, na nossa área não. Que eu tenha conhecimento não. (AE)

Sobre os demais tipos de estabelecimentos que compõem a região (comerciais, de saúde, religiosos), os entrevistados responderam sem grandes dificuldades ou mesmo incertezas, havendo consenso na maior parte das respostas.

#### **6.2.2.2 Aspectos familiares**

Em relação ao perfil das famílias atendidas, as respostas foram convergentes, afirmando ser uma população cuja faixa etária predominante é a de adultos jovens e crianças,

com uma média de 2 a 3 filhos por família, com exceções, compondo um total de aproximadamente 750 famílias atendidas (cadastradas). Entretanto, a maior parte teve certa dificuldade em responder com precisão a estas questões, devido à diversidade existente entre as micro-áreas, relatada por todos.

Número de filhos? Ah, é bem variado em relação às micro áreas. A gente tem uma micro área de população mais humilde que são famílias mais numerosas. Mesmo nessa região a gente está vendo que está diminuindo um pouco viu, o número de filhos, mas as famílias que vem do norte e nordeste tem 2, 5 e tal, tem mais filhos, mas da região aqui acho que uma média de 2 ou 3 no máximo. (DENT)

Vai variar. A micro-área “n” se identifica muito com a classe social, são um pouco melhor, estabilidade, de estudo, são pessoas mais adultas e idosas, mais idosos. A micro-área “m”, ela fica meio termo, a micro-área “k” [...] pega um pedaço de cada, a micro-área “l”, acho que são mais adultos jovens e um pouco de criança também, e a micro-área “o”, ela é predominante crianças e adolescentes”. (ACS)

No que tange às relações intrafamiliares mais observadas, os profissionais revelaram lidar com os dois “tipos” de configuração mais ou menos na mesma proporção.

É difícil te falar, tem famílias e famílias. A gente atende muitas famílias aqui com problemas, a gente pode até ter uma noção assim exagerada de que essas famílias têm vários conflitos. Mas eu acredito que grande parte também são famílias nucleares, tranquilas assim, famílias saudáveis. (MED)

Eu acho que eu vou ficar no meio do caminho, nem muito conflito, nem muita harmonia, é uma média mesmo [...] (ENF)

Interessante aqui relatar que dois dos profissionais relacionaram em suas falas o nível de conflito com o tipo de estrutura familiar.

Nós temos muita história de violência, tem famílias desestruturadas, mãe sozinha, coisas da desestruturação familiar mesmo, não é aquela coisa da família pai, mãe e filho [...]. Tem muita família que é casada, civilmente, bonitinho, certinho, no papel, igreja, casal, filho, casa e tem outras famílias que são pessoas que se juntaram, que têm às vezes mais de um companheiro,

que tem filhos de vários companheiros, então se eu tiver que fazer a média, também não dá para dizer pra você que a maioria é de um jeito, é muito heterogêneo. (ENF)

### 6.2.2.3 Aspectos psicológicos

Outro aspecto bastante interessante que foi trazido com unanimidade nas falas foi a respeito da saúde mental da comunidade. Todos os membros entrevistados afirmaram que a depressão vem aumentando significativamente nos últimos anos. Além dela, foram também mencionados a ansiedade e o estresse.

Bom, a gente tem transtornos mentais comuns, são aqueles que as pessoas somatizam os sintomas, isso eu diria que 60% do atendimento a gente tem alguma queixa nesse sentido. Agora, quanto à doença psiquiátrica firmada, talvez depressão e ansiedade, são os dois grandes, e aí tem uns casos mais específicos assim, transtornos de personalidade, a gente tem casos de esquizofrenia... (MED)

Assim, no “olhômetro”, eu acho que a depressão aumentou muito. Estresse, depressão, aumentou muito. As pessoas não têm mais paz, até por conta da violência externa, por conta da dificuldade com emprego, por conta de separação do companheiro, então, acho que a depressão aumentou muito. Não sei se a gente que aumentou o diagnóstico, se faz mais diagnóstico disso ou realmente as pessoas estão ficando mais doentes. A saúde mental está ficando mais difícil para o pessoal. (ENF)

Vale a pena comentar a visão de duas profissionais que falaram sobre a importância da saúde mental ser observada em todo o contato com o usuário, pois esta pode ser uma demanda que pode passar despercebida aos olhos do profissional, “camuflada” em outros aparentes problemas.

As pessoas chegam aqui, por exemplo, com uma crise hipertensiva, uma confusão mental, e aí é claro que o médico vai tentar primeiro os exames para tentar diagnosticar o que é que está causando aquilo, se é uma doença mental, o que é aquilo, e na visita você consegue fazer isso, tudo aquilo que ele está sofrendo é consequência de um conflito familiar. [...] Ele não está com uma doença mental, como foi a primeira hipótese, ele não está dando conta de superar o que está acontecendo dentro da casa dele. [...] A esposa falou que arranjou outra pessoa. (ACS)

Tem muitos casos assim de mais angústia, depressão, porque às vezes não tem uma doença em si, mas você percebe muitos conflitos, angústias, e isso causa problemas graves nessas famílias que é difícil de você lidar com isso sem uma estrutura e coisas que nós não podemos ajudar aqui as vezes, eles não tem o apoio que deveriam ter da área psicológica. [...] A gente fala: Ah, qual o seu problema bucal? Às vezes não tem quase nada e eles começam a falar, falar. Então quer dizer, problema bucal é quase nada, mas você vê que eles tem uma necessidade tão grande de falar de problemas familiares e de outros problemas, eu sinto muito isso, não sei se é só o dentista [...] como fica aquela coisa assim muito de o dentista fazer o tratamento e ele se prolonga por meses o tratamento odontológico, não é como a consulta médica que você vem, faz a consulta e vai embora, é prolongado. (DENT)

Ao ser abordada a questão da auto-estima, a maioria da equipe disse acreditar que a população que atendem possui uma baixa auto-estima.

Normalmente quando elas procuram o serviço estão com a auto-estima baixa, porque até assim, tem aumentado muito o número de desemprego, separações, então assim, acaba entrando nessa fase, quem procura a unidade [...] são pessoas que estão com a auto-estima mais baixa. (TE)

Eu não acredito que essas pessoas tenham uma auto-estima em grau suficiente. Acho que elas até tem, mas não em grau suficiente para elas se virarem, para elas serem felizes. Não sei se falta estímulo, se falta dinheiro, se falta estudo... Talvez essa coisa de poder produzir mais, de poder ter mais, de poder ser mais para os filhos, então é o que faz com que as pessoas se sintam mais pra baixo mesmo. (ENF)

Eu acho que é baixa. Quando a gente percebe isso, aí a gente tenta trabalhar. A gente passa para o médico, a gente discute essas famílias, e aí a gente trabalha, a equipe toda com essa família. É um processo bem lento, mas a gente consegue ne. Acho que a maioria das vezes é isso, as pessoas se fecham, a partir do momento que você começa a ir cutucando, essa pessoa começa a confiar, começa a se abrir, em um processo muito lento, mas a gente tem conseguido bastante. (ACS)

Com relação à autonomia, de modo semelhante, a equipe mínima toda, novamente com exceção do médico e do ACS, acredita que as pessoas não possuem um grau de autonomia satisfatório para o seu cotidiano.

Nenhuma. Eu acho que os pacientes nossos, pelo contrário, são muito mal acostumados. (TE)

Não sei não, eu acho que mais para menos a autonomia viu. É difícil, mesmo sem você querer, tem que empurrar. Você tenta empurrar, mas tem casos que realmente não tem, parece que é muita coisa pronta sabe, aquela coisa tudo muito fácil, aí quando você mostra um pouquinho da dificuldade... (DENT)

No que concerne à capacidade dessas pessoas de resolverem conflitos e problemas diários, a equipe acredita, na maior parte, que aquelas pessoas não conseguem lidar com essas situações difíceis e os procurar para ajudar a resolver.

Eu percebo que tem dificuldade, as coisas se arrastam assim, não tem muita facilidade. [...] Tem alguns casos que as pessoas não conseguem, que você conhece a pessoa há anos, ela tem problemas e continua naquilo, tem muita dificuldade de tentar resolver sozinha. Eles procuram muito a gente mesmo. (DENT)

Isso eu acho que no geral da população as pessoas esperam que alguém faça isso por elas. Elas querem alguém que resolva o problema, alguém que pense por elas. Eu acho que a maior dificuldade que a gente tem aqui é fazer com que as pessoas olhem para si mesmas, para as suas relações na família e tentem resolver sua vida. (ENF)

Nesta questão a resposta do ACS se destacou:

Acho que conseguem bastante, quando elas não dão conta. Elas procuram a gente, pedem ajuda, se a gente não dá conta sozinho também a gente passa para alguém da equipe, eles dão. (ACS)

#### **6.2.2.4 Aspectos sócio-políticos**

A escolaridade predominante na população foi o Ensino Fundamental e Ensino Médio.

Eu acredito que primeiro grau completo. (MED)

Com exceção da favela, a gente entra na maior parte daqui, acho que o pessoal tem segundo grau completo. (AE)

Acerca da participação da população em órgãos comunitários, relataram pouca certeza, se referindo à baixa ou nenhuma participação, tanto da população quanto da equipe neste sentido.

Eles participam, tem algumas pessoas que participam, mas assim, aqui também não tem nenhum líder comunitário, não tem, desses que presidem a associação. Algumas pessoas participam, mas muito raramente. (ENF)

Que eu tenha conhecimento aqui existe sim, participar eu não participo, e aqui nessa unidade, na verdade assim ninguém participa de nenhum conselho local de saúde. (MED)

Alguns entrevistados mencionaram mais especificamente acerca da organização e mobilização popular, afirmando não haver essa característica em sua população.

Eu acho que não tem. Até mesmo porque assim é muito comum estourar o esgoto próximo a Avenida Rio Pardo, e ninguém faz nada. Normalmente a agente vai fazer visita, aí volta super incomodada. Aí ela liga no DAERP, ela pede a manutenção disso, então eu não vejo muito mobilização da população não. (TE)

As pessoas são muito resistentes em participar. Eles querem tudo fácil, não querem ir lá, e lutar pelas coisas. (ACS)

#### **6.2.2.5 Aspectos econômicos**

Sobre a renda, os entrevistados disseram que, apesar das diferenças de micro áreas, a maior parte da população tem uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.

Eu acredito que de um a três salários mínimos, vamos colocar assim. (MED)

Assim, é difícil, porque a população é grande [...] Acho que a micro área “o” ela não deve chegar a um salário mínimo. Depois quando você vai vindo mais pra cá, a micro área quatro, já é uma micro área diferenciada, então não sei, talvez três, quatro salários mínimos, acho que o restante ficaria aí no meio, de dois salários mínimos. (AE)

### 6.2.3 Núcleo Z

#### 6.2.3.1 Aspectos físicos

Em relação à localização do núcleo, afirmou-se ser um local próximo ao centro, considerada uma boa localização. Descreveram também características do bairro, como sendo tranquilo, bem estruturado em relação às casas, se comparado aos demais núcleos.

Próximo da região central da cidade, é bem próximo do centro, Sumarezinho, não fica na periferia por exemplo? O bairro é bem estruturado, em relação aos demais núcleos, são bairros assim, casas bem estruturadas [...] Não tem nenhuma casa com fossa, não tem nenhuma casa de taipa [...] (ENF)

[...] Eu acho, na minha opinião, que é um bairro tranquilo aqui [...] (MED)

Acerca dos equipamentos sociais presentes na região, todos responderam com segurança e semelhança nas respostas, desde os comércios locais , os estabelecimentos de saúde até associação de moradores e conselho local de saúde.

Todo tipo de comércio, tem desde supermercados, bares, farmácia, tem consultório, petshop, praticamente você não precisa sair do bairro pra conseguir algo, tem praticamente tudo no bairro [...]. Tem lojas de roupas, tem ótica, tem tudo aqui no bairro, tem varejão, tudo que precisar tem no bairro, mas como também é muito próximo do centro as pessoas também não passam aperto, tem a opção de ir no centro. (ENF)

Tem uma unidade importante que é o Centro de Saúde Escola que é uma unidade distrital que tem áreas de especialidades, pronto atendimento [...] Ela imprime uma realidade naqueles quarteirões próximos à unidade, que a unidade é muito grande. (DENT)

Na verdade, a única coisa que era existente era a comissão local de saúde, portanto ela foi extinta. Mas a associação de moradores ela não é atuante, parece que tem um número de pessoas, mas não está atuando. (TE)

### 6.2.3.2 Aspectos familiares

Em se tratando dos aspectos familiares, no que se refere à faixa etária predominante, número de filhos e número de famílias atendidas, as respostas indicaram tratar-se de uma população de adultos e idosos, com uma média de 2 filhos por família, sendo atendidas cerca de 700 famílias.

Vou ter uma predominância de adultos e idosos, um número muito restrito de gestantes e de crianças de baixa idade, zero a sete anos, é bem pequeno. (DENT)

A gente tem muitos idosos aqui, ou vivem sozinhos ou casal de idosos. (ENF)

A equipe mostrou acreditar que as famílias tem uma relação em sua maioria saudáveis, apesar de conflitos existentes. Os “casos extremos”, como foram chamadas algumas famílias por um dos entrevistados, acreditam ser a minoria. Interessante também que dois dos entrevistados comparam a situação com a de outros núcleos, relacionado pobreza com grau de conflitos.

Então, eu acho que [...] aquelas conflituosas são as que todo mundo conhece, são em menor número assim, apesar de chamar mais atenção, de ficar ali brigando, todo mundo conhecer, não são tantas assim. Sabe, a gente tem um número grande sim, não vou dizer que é pouco, mas não é o que predomina, diferente, por exemplo, do núcleo Y e W , que pega área de favela, de muita pobreza, então predomina os conflitos talvez, aqui não. (MED)

Encontramos famílias, em situações bastante complicadas, (...) mas no geral, a gente observa assim uma relação de afeição padrão, de casal, relação com filhos, até aonde a gente consegue enxergar e entender [...]. (DENT)

### 6.2.3.3 Aspectos psicológicos

Em relação à saúde mental, como nas demais equipes, a depressão aparece com grande destaque na fala dos entrevistados, desde sintomas depressivos até a doença propriamente dita, acometendo pessoas de diferentes faixas etárias. Algo que chamou a atenção neste assunto foi o tipo de tratamento enfatizado de modo diferente pelos profissionais da Enfermagem e da Medicina. O primeiro ressaltou atividades outras que evitem o uso de medicamentos, enquanto o segundo privilegiou o tratamento medicamentoso, apesar de usar a escuta como recurso também.

Então a gente passa atividades de lazer, a importância disso para a própria saúde da pessoa. A gente não faz psicoterapia, mas a gente explica o que está acontecendo. Então acaba dando uma atenção para pessoa para evitar entrar com o medicamento. [...] A pessoa acamada, o paciente morre, a gente já sabe que a pessoa vai precisar de um suporte, que ela vai passar pelo luto, que a gente vai dar um apoio pra ela. É esperado que ela tenha um processo de luto, ela vai ficar entristecida. Ninguém vai tratar o luto com medicamento, vai dar um suporte [...]. Só se for um tempo prolongado de luto, não melhora, não sei o que, aí a gente vai pensar sobre o uso de medicamentos. (ENF)

A gente percebe que no geral no núcleo, a maior parte das doenças mentais é depressão. Acho que em todo lugar a maior parte é depressão, mas a gente tem muito mesmo. [...] Eu acho que 40% da nossa população sofre de doenças mentais. Aquilo que for da atenção básica, a gente segue, por exemplo, casos leves de depressão, casos que você não precisa entrar com mais de um tipo de medicação, de uma classe de medicamentos antidepressivos, esses pacientes a gente segue. (MED)

Com relação à auto-estima, apenas uma resposta se destaca positivamente. Os demais apontam para uma baixa auto-estima da população, em sua maioria, sendo que um deles relaciona com o nível de depressão encontrado e outro especifica essa característica para as micro-áreas mais pobres.

Vou pegar pela porcentagem de pessoas que vem consultar, a maioria é deprimido, então auto-estima é baixa, é baixa. (TE)

[...] essa história desse grupo que faz interface na micro área “n” e “o”, realmente auto-estima é baixa, é pesado. Então talvez seja isso, é pesado para mim quando eu penso em termos do trabalho, de estar motivando, de estar trabalhando... Olha a gente trabalha na odontologia com sessões de auto cuidado, é claro, a escovação, a dieta, mudança comportamento. Quando a gente vai lidar com as pessoas de auto-estima baixa, é complicado, é difícil trabalhar com isso, talvez isso na minha prática seja muito pesado. (DENT)

Sobre o humor, as respostas foram na maior parte positivas.

Já no que se refere à autonomia das pessoas, todos os profissionais sinalizaram para uma boa autonomia.

Acho que até pela característica da população, são pessoas assim bem esclarecidas, que não tem dificuldades de tomar iniciativa, de resolver as coisas, de tomada de decisão, acho que até pela questão assim de que é uma população que tem uma alta escolaridade. (ENF)

Eu acho que as pessoas têm uma autonomia muito grande, mas não expressam isso. Elas escolhem, elas decidem, elas estão tomando decisão o tempo todo, mas se a gente não tomar cuidado, elas não passam nessa interação. (DENT)

Nessa mesma linha, sobre a capacidade de reflexão e de resolver conflitos, as respostas mostraram que acreditam que a população tem, no geral, recursos para resolver seus conflitos diários, ou apresentam boa capacidade de reflexão mas não resolutivos. Tais recursos estão nas famílias, neles mesmos ou buscam auxílio junto à Unidade de Saúde.

[...] algumas vêm e transformam isso em problema de saúde, e vem pedir ajuda em algum momento, outros acho que na própria família mesmo, entre eles. [...] Tem situações que você diz: Gente, como eu lidaria com isso? E elas lidam, trabalham, procuram recursos nelas próprias, entendeu? Trabalhando, estudando, levando sua vida e carregando o problema, às vezes enfrentando, fazendo tratamento com psicoterapia, e às vezes não enfrentando, empurrando com a barriga, jogando em baixo do pano e vão levando a vida. (MED)

#### **6.2.3.4 Aspectos sócio-políticos**

A maior parte possui primeiro e/ou segundo grau completos. Os trabalhos mais comuns são ligados ao comércio e muitos são aposentados.

Olha, eu sei que muitas pessoas trabalham no comércio, muito comum, muito freqüente. Tem muitos aposentados, acho que é isso, aposentados, comércio, a maioria é isso. (DENT)

Acho que a maior parte deve estar empregado no comércio, eu acho. Nunca me atentei a essas coisas de trabalho, mas a maioria são trabalhadores que são registrados em algum lugar, ou tem emprego que não é registrado, mas trabalha em algum lugar assim, no comércio em geral. (ENF)

Interessante que foi observado em várias falas a não presença do fator “trabalho” presente no cotidiano das ações dos profissionais, ou seja, tiveram dificuldade em responder com segurança sobre as profissões encontradas em seu público-alvo.

Sobre a participação e organização comunitária, a equipe se dividiu em opiniões. Acredita-se ter presente, neste quesito, uma questão conceitual, de como cada um concebe e toma para si o que seja participação comunitária. Um associou com articulação entre as pessoas no sentido de solidariedade, de colaboração mútua; outro mencionou a participação vista dentro da unidade apenas; outro apresentou uma interpretação um pouco mais ampla, envolvendo questões extra ESF.

#### **6.2.3.5 Aspectos econômicos**

A renda familiar foi descrita basicamente em termos de “classe social”, sendo a maior parte das famílias consideradas de classe média, média baixa.

Eu não vejo dificuldade financeira importante, isso não. Não é um bairro que seja de classe alta, é classe média baixa, mas também não é uma dificuldade financeira importante que a gente tem aqui. (ENF)

Diante da síntese exposta da visão dos profissionais sobre os três núcleos, cabe refletir acerca da relação comunidade/profissional de saúde no que diz respeito a seus aspectos objetivos e subjetivos.

De acordo com Filho (2007), o profissional da ESF deve conhecer profundamente a realidade do território em que se dá sua atuação, conhecendo as necessidades e potencialidades da comunidade. Esta é aqui entendida como

mais do que uma categoria científico-analítica, é categoria orientadora da ação e da reflexão e seu conteúdo é extremamente sensível ao contexto social em que se insere, pois está associada ao debate milenar sobre exclusão social e ética do bem viver (SAWAIA, 2003, p. 50).

A visão que o profissional traz consigo sobre seu público alvo está cerceada por uma visão paradigmática que conduz sua prática, logo, se o profissional ainda está “preso” ao paradigma biomédico, ou seja, centrado na doença, possivelmente ele tenderá a conceber essas pessoas com ênfase em seus aspectos limitantes, o que permeará suas ações. Ao contrário, se ele está embasado numa visão positiva da saúde, de promoção da saúde, é mais provável que ele consiga perceber nesses sujeitos para além de suas limitações e/ou vulnerabilidades, focando nos potenciais e possíveis formas de superação e alcance de melhores índices de saúde.

De acordo com Bock (2009, p. 22) “As capacidades humanas devem ser vistas como algo que surge após uma série de transformações qualitativas”, que devem ser mediadas pelo profissional da ESF. Não deve importar a este apenas os “números” como resultado, mas também e sobretudo a qualidade do que ele está contribuindo para transformar, uma vez que “Cada transformação cria condições para novas transformações, em um processo histórico, e não natural (BOCK, 2009 p. 22). De acordo com a autora, o ser humano não deve ser concebido como “pronto”, “acabado”, mas sim em processo de transformação constante. Tal idéia deve estar presente na prática dos profissionais de saúde, o que lhes permitirá dinamizar suas práticas e acreditar que é possível ser agente de transformação, profissional e usuário, num mundo de pessoas “não acabadas”.

Neste sentido, faz-se de extrema importância que o profissional de saúde, sobretudo de APS, conheça o contexto no qual trabalha, uma vez que este irá influenciar diretamente na construção dos sujeitos com os quais trabalha.

Portanto, não há como conhecer a fundo as necessidades e subjetividades destes indivíduos de forma descolada do contexto. Desta forma, pode-se dizer que:

Falar da subjetividade humana é falar da objetividade em que vivem os homens. A compreensão do “mundo interno” exige a compreensão do “mundo externo”, pois são dois aspectos de um mesmo movimento, de um processo no qual o homem atua e constrói/modifica o mundo e este, por sua vez, propicia os elementos para a constituição psicológica do homem (BOCK, 2009, p. 22).

Assim, não é possível entender o universo das práticas de promoção da saúde por parte dos profissionais da ESF sem compreender, minimamente, onde se está promovendo saúde, quais os equipamentos sociais que já se dispõe, quais os recursos que esta comunidade possui, além da necessidade de se conhecer, a fundo, quem são as pessoas, as famílias, ou seja, o público-alvo das equipes da ESF, em suas relações e vivências, em seus aspectos subjetivos e de realidade objetiva, dialeticamente.

### **6.3 O vínculo com a comunidade: o acolhimento como porta de entrada**

O vínculo com a população foi relatado como um diferencial da ESF, tendo em vista a pessoalidade das relações e o conhecimento das histórias daquelas famílias. A partir do momento que se acompanha a longo prazo aqueles sujeitos e para para ouvi-los, o profissional de Saúde da Família se torna uma referência. O vínculo é “alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2006, p. 14).

Quando eu li a respeito da saúde da família, eu percebia mais essa coisa do próprio usuário enquanto pessoa poder [...] ter uma relação mais próxima, um vínculo maior com a equipe de saúde. Para mim era uma coisa diferente do que a enfermagem que a gente faz dentro do hospital. (ENF Y)

Eles pegam um bom vínculo com a gente, então, qualquer coisinha eles procuram a gente, eles tem uma referência. (ACS X)

Neste sentido, o acolhimento foi trazido nas falas como elemento de entrada, de recebimento do sujeito e meio através do qual muitos prosseguem o acompanhamento.

Utiliza-se como referencial teórico do acolhimento a definição do Ministério da Saúde: “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2006, p. 6).

As famílias falam que a partir do momento que começam a seguir aqui, que toda a vida da família modifica [...]. A própria assessoria que a gente dá, olha como é que chega ne. A entrada aqui é muito disponível, qual é a dúvida. Acho que é essa proximidade que a gente faz com o usuário no sentido de ouvi-lo. [...] Eu acho que conhecer, saber que esse papel desse processo não é o papel da medicação mas é... um rapaz que tem esquizofrenia que mora na casa tal, que eu sei quem é o pai, quem é a mãe isso o especialista não dá conta de ver. É difícil, deveria... Falam em humanizar a saúde, eu penso assim é um grande desafio. (ENF X)

Eles acham interessante, acham acolhedor a forma de você ir ao domicílio colher informação, eles virem aqui. Eles sabem quem é o auxiliar, enfermeiro, quem é o médico, quem é o agente que vai estar visitando. Então eles se sentem acolhidos em todos os sentidos, até mesmo na hora que eles querem te dar uma chamada eles se sentem prontos para isso e uma boa parte adere ao núcleo, faz o seguimento ideal. (TE Z)

Percebe-se que há uma valorização do “ pilar acolhimento” por parte dos profissionais entrevistados, ficando explícitos a sensibilidade e alguns benefícios desta relação de proximidade, como a visão da família toda, por exemplo.

Isto corrobora a importância das relações interpessoais na constituição do indivíduo. “O indivíduo histórico-social, que é também um ser biológico, se constitui através da rede de inter-relações sociais” (BONIN, 2005, p. 59).

Ainda em tempo, lembrando Benito et al (2003), conforme citado no capítulo 2 deste trabalho, a relação equipe-paciente é o “alvo central” da ESF.

#### **6.4 Os desafios para a consolidação de um novo modelo em saúde: pólos diferentes de um mesmo processo**

Ao longo do conteúdo analisado, foram percebidas questões que põe em evidência o modelo de saúde no qual a Estratégia Saúde da Família se desenvolveu, que traz consigo, como qualquer “nova” idéia, novos elementos mas também “resquícios” do que o próprio modelo questionou.

Toda mudança exige adaptação e esforço. Assim sendo, as dicotomias anteriormente mencionadas se fizeram presentes nas respostas, tais como: saúde *versus* doença, individual *versus* coletivo, estilo de vida *versus* fatores do contexto. Tais “contradições” devem ser levadas em consideração e melhor discutidas, pois trazem a tona questões aparentemente opostas presentes no imaginário dos profissionais, como já dito acima, “resquícios” do antigo modelo. Entretanto, pretende-se discutir se tais elementos são realmente antagônicos ou se constituem apenas pólos diferentes de um mesmo processo.

Assim como a Organização Mundial da Saúde vem tentando dissolver essas diferenças, apresentando um conceito ampliado de saúde, conforme mostrado nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde expostas anteriormente. A abordagem sócio-histórica traz contribuição semelhante para a discussão no campo da saúde. Tal corrente busca ampliar o discurso acerca da constituição do ser humano, no que diz respeito a “aliar” aos fatores individuais a influência do meio. Contudo, busca fazer tal aproximação de maneira dialética e não paradoxal, na tentativa de desfazer contradições como interno *versus* externo, psíquico *versus* orgânico, natural *versus* social, entre outros. “Esses aspectos não podem mais ser vistos como oposição um ao outro. [...] enquanto não assumirmos esse movimento existente no interior do próprio fenômeno, não avançaremos na sua compreensão” (BOCK, 2009, p. 17).

De acordo com a mesma autora,

Subjetividade e objetividade se constituem uma à outra sem se confundir. [...] O mundo psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social. Conhecer o fenômeno psicológico significa conhecer a expressão subjetiva de um mundo objetivo/coletivo; um fenômeno que se constitui em um processo de conversão do social em individual, de construção interna dos elementos e atividades do mundo externo (p. 23).

Percebe-se que tais contradições são fruto de um pensamento positivista que fragmentou o conhecimento humano, dividindo corpo e mente, objetivo e subjetivo. A base deste pensamento está na crença de que tanto os fenômenos humanos quanto sociais são regidos por leis naturais que independem da ação do homem (BOCK, 2009).

A saúde como concebida pelos positivistas trazia consigo uma idéia de adoecimento descolada dos fatores do meio, o que explica as desconexões ou contradições já mencionadas.

Portanto, para se mergulhar no universo de promoção da saúde vivenciado por estes profissionais, torna-se necessário se deixar impregnar pelo universo subjetivo imerso na

realidade concreta desses sujeitos, seja através de conceitos “prontos” trazidos pelos mesmos, seja através de vivências cotidianas que carregam consigo significados nem sempre manifestos ou questionados.

A partir da análise das falas, surgiram quatro subcategorias de respostas, que serão discutidas a seguir.

#### **6.4.1 Promoção da saúde: o conceito de saúde em questão**

As concepções que os profissionais apresentaram sobre promoção da saúde e sobre a Estratégia da Família se mostraram ligadas com o conceito de saúde em si que a pessoa tem.

Então, eu enxergo (a promoção da saúde) assim, é um campo de tensões. De uma forma geral, todos nós profissionais da área da saúde, a gente tem o pé muito grande nas atividades de cunho curativo, é consulta médica, é consulta de enfermagem, consulta odontológica, muito centrado na questão curativa. Então um olhar bastante restrito da queixa às vezes do paciente, da resolução da questão mais imediata. Ampliar isso, tentar trabalhar com causas, trabalhar com medidas de prevenção, então isso é uma questão funcional [...]. (DENT Z, X)

[...] se tiver uma visão da saúde da cabeça, um bom relacionamento familiar, se tiver um trabalho isso faz parte da saúde. (ACS X)

É interessante perceber que o modo como o sujeito entende saúde implica na sua prática, aproximando-o de uma visão mais ampla, não apenas limitando-a ao combate da doença ou focando suas atividades numa prática mais curativista e prescritiva. Os profissionais que apresentaram esta visão ampliada não restringem sua prática a ações de combate à doença.

Esta relação entre o significado que o indivíduo dá a determinada coisa ou conceito e suas vivências pode ser entendida como a subjetividade em simultaneidade à base material de suas experiências. “Nesse sentido, a categoria subjetividade, tomada simultaneamente como experiência humana, signo e conceito teórico, também pode mostrar relação entre a base material e a produção de idéias no movimento histórico” (GONÇALVES, 2009, p. 41).

Vale a pena aqui ressaltar um aspecto importante: a formação. Sabe-se que muito do que os profissionais trazem consigo acerca da concepção de saúde está ligada ao que ele

construiu durante seu período de formação (seja esta técnica, superior ou pós graduação). No caso dos ACS, alguns mencionaram terem feito curso de capacitação, no entanto, acredita-se que sua visão esteja mais ligada a um conceito popular de saúde.

Dentre os entrevistados, a maior parte relatou ter estudado antes da mudança na saúde, da Reforma Sanitária, ou seja, antes da mudança de paradigma falada anteriormente. Entretanto, a maior parte dos mesmos fez algum curso mais recente, voltado para a área de Saúde Pública ou ESF (capacitação para ACS, residência médica, especialização, mestrado, doutorado), o que faz perceber a presença do enfoque da promoção da saúde em suas falas.

Contudo, as dificuldades, muitas vezes em implementar tal conceito (que serão apresentadas adiante) podem estar ligadas à forte presença cultural do paradigma biomédico tão arraigado no imaginário social.

Paim (2001) sinaliza para esta questão, discutindo sobre a complexidade da mesma e a necessidade da construção de políticas que de fato favoreçam uma mudança gradual mas real. Exemplifica ao falar do curso de medicina, mas aí devem se aplicar os demais profissionais de saúde.

Uma universidade e uma faculdade de medicina não são uma planta industrial capaz de alterar rápida e impunemente suas “linhas de montagem” ou flexibilizar seus processos produtivos mediante tecnologias modernas de ensino e terceirizações. Constituir sujeitos comprometidos com a vida e a saúde dos cidadãos e protagonistas de um projeto radical de Reforma Sanitária representa uma missão que precisa ser bem compreendida para não resultar em equívocos e frustrações (PAIM, 2001, p. 143).

De modo semelhante, sinalizando para a importância desse aspecto, Severo e Seminotti (2007) criticam, apesar dos investimentos que vem sendo feitos neste sentido, a dificuldade ainda existente de integração dos diálogos na realização das tarefas entre os profissionais da saúde devido aos diferentes conceitos e idéias.

#### **6.4.2 Responsabilização da produção da saúde**

A questão da responsabilização sobre a produção da saúde traz consigo questões complexas e aparentemente dicotômicas. A saúde é consequência do meio ou fruto de escolhas do próprio indivíduo?

Nas falas ficaram evidentes duas linhas de pensamento. Uma, que concebe a saúde como ligada ao contexto onde o sujeito está inserido, como que algo externo e que não dependesse em nada do mesmo. Coloca o sujeito como “vítima”, isento do processo.

Eu acho que se você tiver uma vida, um trabalho, tiver uma certa estabilidade, se tiver recursos onde você possa ter lazer, com certeza sua vida vai ser melhor e você vai adoecer menos. (MED X)

Dentro do próprio contexto, a gente está falando do funcionamento da família, a família não está funcionando bem, eu tenho uma pessoa pontualmente doente, já influencia em tudo, a família pode se desorganizar [...]. (MED Y)

Por outro lado, há a idéia que não dissocia os fatores do meio com a responsabilidade individual. Consideram que existe sim um contexto que influencia neste processo, mas ao mesmo tempo não desconsideram o que faz parte das “escolhas” do sujeito.

Por exemplo, minhas crianças, vivem com verminose... manchas na pele, lesões de pele, porque elas não têm pra onde ir, elas não têm um lugar para brincar, e na minha micro-área o esgoto está sempre exposto. Teve um dia que eu estava passando e tinha uma criança mergulhando no esgoto e os pais achando graça daquilo. [...] Aí você explica [...] mas é difícil, [...] é muito difícil mudar o estilo de vida deles que nasceram e criaram ali, naquele sistema, mas a gente não deixa, a gente vai tentando”. (ACS Y)

Se você fala: você precisa a cada três meses comprar uma escova nova, trocar sua escova, você precisa usar um fio dental, é importante, entendeu? Às vezes ele dá importância. Por exemplo, uma moça, ela prefere comprar bugiganga, bijuteria, fazer a unha do que comprar um fio-dental. Isso já é fazer uma escolha que ta ligada à condição de vida [...]. Agora, às vezes ela não tem condição financeira mesmo, tem casos que não é nem questão de escolha. Ela tem que comer e às vezes sente falta na real, ne, como várias assistências que nós já tivemos que a escova é coletiva, assim, uma escova pra família. (DENT Y)

Sícoli e Nascimento (2003), mencionando Cerqueira (1997), apontam que o enfoque da responsabilidade única no sujeito tem um caráter parcial.

Ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela saúde, as determinações sócio-políticas e econômicas ficam desatreladas e mascaradas; os governos e os formuladores de políticas são desresponsabilizados e a “culpa” pela situação de saúde recai sobre o indivíduo (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003, p. 103).

Carvalho (2004) apresenta uma crítica acerca desta abordagem, pois, de acordo com o autor, a questão da responsabilização em saúde no sujeito esconde outras questões que fogem do âmbito individual e que são fruto das desigualdades sociais vigentes.

Parece haver, portanto, um “jogo de responsabilidades” no qual ninguém quer ser o protagonista.

#### **6.4.3 A participação comunitária como algo distante da realidade**

Nesta questão ficou evidente a pouca participação das pessoas no que diz respeito às formas de organização popular e controle social. Vale ressaltar que esteve presente na maior parte das falas relatos de atividades que já aconteceram neste sentido, mas que atualmente não vem acontecendo mais.

Aqui na minha comunidade eu não costumo ver isso. Não consigo enxergar [...] Tem uma grande dificuldade aqui, por exemplo, de chamar pra participação deles. A gente tentou uma época chamar pra fazer o que a gente chamava de grupo de quarteirão, [...] pra tentar discutir os problemas do bairro [...] As pessoas também não entendem isso como saúde, as pessoas entendem isso com uma coisa a parte. Saúde é médico e remédio, e essa coisa de discutir cidadania, de discutir os problemas do bairro, de pedir melhorias, eles não entendem isso como saúde, então esvaziou, a gente não conseguiu mais fazer esse tipo de reunião, eles não vão. (ENF Y)

Teve época que a gente convidava pra ir, para as pessoas poderem entender o que acontece na saúde, discutir. Então tem algumas pessoas que participam da associação de bairros, que participam, que brigam, tentam melhorias, mas as pessoas são muito resistentes em participar, eles querem tudo fácil, não querem ir lá e lutar pelas coisas. (ACS Y)

Importante dizer que foi muito comum o não conhecimento das equipes sobre o funcionamento atual de organizações como o Conselho Local de Saúde e/ou Associação de Moradores, ou seja, percebe-se um distanciamento dos profissionais neste sentido, o que é um fator preocupante, tendo em vista a presença incisiva de tal quesito na definição e formas de implementação da promoção da saúde apresentadas pelo Ministério da Saúde.

Para refletir acerca desta questão apoiou-se aqui no conceito de alienação de Leontiev, que afirma que o significado e o sentido que são atribuídos pelo indivíduo a determinado trabalho está diretamente ligado ao valor social que esta força de produção representa (DUARTE, 2004). Assim, uma maior ou menor participação comunitária estaria atrelada ao sentido que tal atividade tem para aquelas pessoas, profissionais ou usuários. Portanto, se o nível de participação mencionado foi baixo, deve-se questionar o sentido que isto tem no contexto destes sujeitos, talvez até mesmo a própria concepção de saúde já discutida anteriormente.

A alienação está relacionada, segundo o mesmo autor, com a criação de obstáculos, por parte da sociedade capitalista, à apropriação da cultura humana pelas pessoas, “trata-se da apropriação privada da cultura material e intelectual produzida coletivamente e que deveria constituir-se em patrimônio de todos os seres (DUARTE, 2004, p. 59)”.

O que se observa, neste sentido, é uma “acomodação” muito grande por parte da população em geral. Contudo, tal fato deve ser analisado em consonância com o sistema vigente, que impõe uma forma de sobrevivência que muitas vezes distancia o sujeito de uma perspectiva mais ativa socialmente, tendo em vista as “normas” ditadas e o distanciamento entre sua subjetividade e o sentido atribuído pela sociedade à sua força de produção.

## **6.5 A promoção da saúde no dia-a-dia**

Ao expor sobre a realidade da promoção da saúde em seu dia-a-dia, os profissionais evidenciaram três atividades onde acreditam que estão promovendo saúde. São elas: a consulta individual, a visita domiciliar e os grupos, com ênfase maior para estes.

O que é mais reconhecido como promoção são as atividades coletivas de grupo, nós estamos com uma em andamento hoje [...] Por exemplo, se eu vou fazer uma visita para a pessoa porque ela tem, ah ela precisa lá que faça um curativo ne, na hora que eu vou lá fazer o curativo a abordagem tem que ser familiar do cuidar, o que significapra aquela família toda aquela situação daquela pessoa, daquela necessidade[...] Então na abordagem coletiva e na individual você está fazendo. Dentro da atuação clínica você está tentando melhorar, [...] É uma ação individual minha com a família mas é uma ação de promoção. (ENF X)

Por exemplo, eu vou visitar um hipertenso, lá vou olhar se ele está tomando a medicação corretamente, porque eu vou olhar a receita e vou contar os remédios, pra ver se ele está tomando mesmo, se bate ou não. E ali eu vou falar da importância porque que ele tem que tomar remédio, porque que ele tem que fazer dieta do sal, então ali eu já vou fazer a promoção. Vou orientar, vou falar pra ele porque que ele tem que por até três gramas de sal na comida num dia inteiro, o que que causa o sal no organismo ne, porque que a pressão sobe, o que que causa no corpo, porque toda vez que a pressão sobe o coração é que sofre, os rins. Aí a gente vai falando, explicando isso pra eles. (ACS X)

Um ponto a ser destacado é o que está sendo chamado de coletivo. Por exemplo, na definição de promoção da saúde, a maior parte dos entrevistados das três equipes mencionaram a realização de grupos, mas quase todos no viés da orientação, da informação, ou seja, um sujeito receptor de conhecimento, e não o coletivo da ordem do social, que promove o indivíduo enquanto ser ativo e agente de transformação social.

Bom, a promoção da saúde é fazer grupos, é orientação, ta esclarecendo a população de determinadas doenças, e as formas de ela se tratar, isso é a minha opinião... É isso, estimular ela ta participando do grupo, a auto-estima dela, ela se medicar, tomar os remédios de maneira correta, mostrando que este é o caminho pra que ela melhore, pra que ela tenha uma vida melhor. (AE X)

Então os grupos eles tiram muito essa questão de que a consulta vai resolver tudo, então nos grupos você consegue tirar muitas dúvidas, que muitas vezes as pessoas trazem aqui na consulta. Não que isso invalida a consulta, mas os grupos eles são grandes esclarecedores, porque você tem uma linguagem mais popular. (TE Z)

Percebe-se nas falas a soberania do saber profissional em saúde. Não que este não deva ser considerado, entretanto, deve-se considerar o saber popular acumulado também, acreditando que os sujeitos podem ser agentes de transformação.

O ser com que se trabalha é um ser ativo e transformador do mundo; é um ser posicionado que intervém em seu meio social. O encontro desses sujeitos (cliente e profissional) se dará como diálogo no qual o cliente possui a matéria-prima a ser trabalhada e o profissional, os instrumentos e a tecnologia do trabalho. O objeto do trabalho é um projeto de vida que pertence apenas ao cliente. Ao realizar seu trabalho, o profissional deve ter consciência de que estará interferindo em um projeto de vida que não lhe pertence. Daí a necessidade do rigor ético que garanta o respeito e a transparência do profissional (BOCK, 2009, p. 31).

Deve-se preocupar, neste sentido, com o que será feito com a informação trabalhada, isto é, se o sujeito é concebido como ser ativo, ele tem senso crítico e poder de opinião.

Neste ponto entra uma questão interessante acerca do jogo de poder presente, muitas vezes de maneira subliminar, na prática dos profissionais da saúde, sobretudo da ESF, que se preocupam mais (ou que deveriam se preocupar) com a participação *ativa* dos sujeitos no processo de construção de *sua* saúde.

[...] não é agradável entre aspas para o profissional de saúde ter alguém que pense muito, que questione muito. Às vezes, naquela correria do dia a dia, não é exatamente isso que você quer né? Você quer uma pessoa que obedeça as suas ordens. [...] O educar a população é no sentido da população não procurar a unidade de saúde pra consulta fora de hora, da população não deixar de tomar o remédio que o médico mandou, da população não faltar em consulta pré agendada, então chama isso de educação e para mim é uma coisa diferente educar a população. Acho que educar é justamente puxar essa coisa da reflexão, que nem as pessoas estão acostumadas a fazer isso e nem nós, como profissionais da saúde estamos acostumados a ensinar fazer isso ou pelo menos a provocar isso". (ENF Y)

[...] de tanto a gente discutir determinadas situações, a gente acaba descobrindo que aquela forma daquela família conviver, é a forma da família, é a forma dela ver o mundo, dela ver a vida, do funcionamento dela, da função dela, então não tem muito que a gente está fazendo pra mudar. Eu acho que na área da saúde a gente trabalha muito na forma dramatiza, vamos encaixar, vamos moldar. Então eu acho que às vezes a gente tem que mudar". (DENT Z, X)

Mas, afinal, o que se está considerando como referencial de grupo?

Um grupo é uma estrutura social: é uma realidade total, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus membros; é uma totalidade que supõe vínculos e interdependência entre os indivíduos. Neste sentido, é incorreto, embora muito comum, considerar uma ação grupal isolada como grupo ou processo grupal. O processo grupal exige tempo para que se desenvolvam os vínculos e relações entre seus membros, necessários para considerá-lo como tal (MARTINS, 2002, p. 233).

Fica nítida, nas falas acima, a inquietação dos profissionais quanto ao modo de se fazer educação para saúde, de promover saúde. Questionam sobre a necessidade de ouvirem melhor a sua população, ser sensível para perceber seu modo de funcionamento, sua visão de mundo, o que pode explicar em muitos casos o comportamento “a ou b” daquela família. Entretanto, criticam a forma de produção de saúde atual pelos profissionais em geral.

De acordo com Bock (2008) é preciso rever os conhecimentos e práticas a partir de uma perspectiva que compreenda o homem como ser construído ao longo de sua história, através de sua ação sobre o mundo, na relação com outros sujeitos, dentro de uma cultura que traz consigo o desenvolvimento das gerações anteriores. Segundo a autora, tal perspectiva fortalece o vínculo com a sociedade na qual se trabalha.

Mello et al (1998) salientam que, em relação à PS, “políticas e ações não tem sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando-se com frequência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde” (p. 584).

Um outro ponto interessante a ser observado é a distância entre a importância denotada às atividades de grupo insistentemente nos discursos mas, por outro lado, a dificuldade de efetivação na prática dos NSF entrevistados. Isto sinaliza uma lacuna entre o discurso e a realidade, ou seja, o significado que é atribuído a determinada atividade em contraponto com sua consolidação no processo de trabalho em saúde.

[...] falta um pouco mais de tempo também pra gente fazer mais, fazer grupos. [...] Faz tempo que a gente não faz por falta de tempo, porque infelizmente é muita cobrança, é visita, é relatório. (ACS Y)

Eu acho que está bom... pode melhorar. Poderia ter, por exemplo, grupos de trabalhos manuais, grupos de adolescentes que não tem, grupos com usuários de droga porque nós temos na área famílias com problema [...] (AE X)

Neste processo, deve-se considerar uma situação de cisão entre pensar, sentir e agir que, de acordo com Aguiar (2009), pode facilitar a compreensão de um movimento de não-transformação.

As formas de pensar, sentir e agir expressam uma integração muitas vezes contraditória, de experiências, conhecimentos, sem dúvida emocionados, de uma história social e pessoal (mediada pela ideologia, classe social, instituições etc) (AGUIAR, 2009, p. 108).

Vale observar que, segundo a mesma autora, a emoção remete aos desejos ou àquilo que é motivado por alguma necessidade e é sempre mediada pelo social. Assim, ao se pensar a prática no que se refere à não concretização de algo esperado e desejado, como os trabalhos em grupo, deve-se refletir sobre os elementos acima mencionados: pensar, sentir e agir, da equipe como um todo. Faz-se necessário uma escuta e reflexão das equipes de saúde acerca de si mesmas, e não “apenas” de seu público.

## **6.6 Construindo pontes: a intersectorialidade como caminho**

Num mundo globalizado como o atual, torna-se cada vez mais difícil construir algo de maneira isolada, tendo em vista as demandas de aspectos múltiplos que a sociedade solicita o tempo todo. Com a saúde não seria diferente! Logo, da mesma forma como o homem se constrói em sua relação com os outros, a promoção do que se está chamando de saúde deve seguir a mesma lógica: o “produto final” deve ser visto como resultado de um processo da interação de diversos organismos sociais.

Para Freitas (2002), importa na pesquisa sob a orientação da abordagem sócio-histórica não apenas os resultados em si, mas, sobretudo, os fatos inseridos num processo, num movimento dinâmico expresso pelos sujeitos da investigação.

Um dos pontos de grande consonância encontrados neste trabalho foi sobre a importância da intersectorialidade, como recurso para a ESF.

A professora fala assim, você sabe que não é assistente social, eu falo, eu sei professora mas a gente vai atrás. Então assim, a gente teve uma família que já mudou de casa, aliás mudou de Ribeirão, a moça era catadora, catava lixo na rua pra vender, cuidava de um neto e de um filho. O neto era filho da filha dela de 14 anos e ela tava com a guarda, e o filho de 10, dá pra entender a configuração? Aí nós fomos atrás conseguimos creche pra criança que saía com ela no carrinho de catar lixo, creche pro menino pra que ele não fizesse parte da catança do lixo, e conseguimos incluí-la, nem sabíamos que existia, e foi fuçando, fuçando, fuçando... né, tem uma ONG pra agregar os catadores, dar capacitação, dar EPI, e aí a gente vai achando as brechas [...] Tudo entra no nosso universo de busca. [...] Eu acho que a saúde tem que fazer suas parcerias. (ENF X)

É justamente essa parte da promoção eu acho ne, da intersectorialização que é uma coisa preconizada no PSF, além do trabalho multidisciplinar que eu acho importantíssimo pra promoção, justamente o trabalho em conjunto com outras áreas e os setores [...] outras áreas profissionais da saúde e outros setores que não da saúde, para mim isso é promoção. (DENT Y)

Vale a pena destacar que essas parcerias não isentam ou diminuem o papel do SUS. Antes, trata-se de uma visão ampla e integrada acerca dos cuidados em saúde.

Essa articulação em redes associando, de diferentes formas, inúmeros e heterogêneos atores, não significa a diluição da importância do papel do SUS. O setor Saúde, nesse modelo, funciona mais propriamente como um catalisador do que um executor das várias ações de promoção, dependentes de outros setores (MACHADO; PORTO, 2003, p. 128).

Entretanto, apesar das falas denotando a importância dada pelas equipes ao assunto, percebe-se certa dificuldade em operacionalizar a questão. Talvez por ser algo ainda incipiente para a maioria dos profissionais da área, ou talvez pela hierarquização das estruturas sociais, incluídas aqui as de saúde, acaba por dificultar o processo.

Machado e Porto (2003) afirmam que ao se construir determinadas redes outras podem ser desarticuladas, tendo em vista que o comportamento dos diversos atores reflete algumas estruturas de poder e práticas culturais que precisam ser superadas para que dêem lugar a outras mais efetivas.

Portanto, ao se pensar um trabalho em rede, é preciso antes avaliar como são desenvolvidas as atuais parcerias, mesmo que simples, para que se tenha de fato a visão de

onde se está, que recursos estão disponíveis ou não para então haver uma articulação com um chance maior de sucesso.

### **6.7 Equipe: a arte do encontro ou do desencontro?**

A temática da equipe se fez presente em todos os discursos, nos três núcleos, como ponto nevrálgico para a consolidação da ESF enquanto estratégia da Atenção Básica. Neste sentido, foram registrados conteúdos acerca das facilidades apresentadas pelo trabalho em equipe bem como as dificuldades e limitações.

A Política Nacional de Promoção da Saúde critica a precarização das relações de trabalho na sociedade atual, em consequência do regime capitalista vigente, que tem contribuído para a acumulação predatória de capital. Afirma, neste sentido, que tal processo tem gerado impacto nas relações intersubjetivas, pois muitas vezes estas são reduzidas a seu valor mercantil de troca (BRASIL, 2006).

[...] esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado (BRASIL, 2006, p. 8).

Faz-se necessário, portanto, atentar para como o trabalho em equipe tem se desenvolvido e refletir se este tem sido um facilitador ou tem dificultado a consolidação da promoção da saúde. Esta deve ser uma reflexão constante na práxis do grupo.

Nas falas foram apresentados dois “lados” do trabalho em equipe. Por um lado, como um ponto de apoio, pessoas para compartilhar idéias, pensar junto, dividir responsabilidades e preocupações. Por outro, a dificuldade em compartilhar diferentes saberes, numa suposta “mesma ordem hierárquica”, convivendo com diferenças de pensamento e de agir.

Neste sentido Martín-Baró propõe uma teoria dialética acerca dos grupos humanos, na qual o grupo se caracteriza por conjunto de vínculos e relações entre pessoas que, de acordo

com a circunstância direciona suas necessidades individuais e/ou interesses coletivos (apud MARTINS, 2003).

### **6.7.1 A equipe como ponto de apoio: considerando a interdisciplinaridade**

A equipe foi percebida como referência, sobretudo nos casos em que se tem dificuldade de agir sozinho, ou de tomar uma decisão individualmente.

Quando você acha que não vai dar conta que você é uma equipe mas ninguém vê caminho... Mas aí sei lá por que, de repente um dá uma idéia, aí um fala uma coisa, outro fala outra coisa, aí o grupo inteiro trabalha e consegue abrir caminhos. Eu tenho isso pra mim bastante claro. Às vezes, aquilo está dentro de você, mas você sozinha não consegue expor, aí um fala uma coisa, outro dá outra idéia, aí começa sabe, vai saindo, e aí todo mundo junto consegue chegar". (ACS Y)

Bom, a gente geralmente discute com o grupo, faz discussão dos casos de família, se é dessa forma, desse jeito, como abordar melhor, aí o médico, a equipe tenta como fazer melhor pra... que às vezes o paciente não fala na consulta mas fala com você e é uma coisa que a gente tenta passar para o médico... Então vem falar que está acontecendo isso na casa dela, aí o médico quando atender ela já tem outra abordagem melhor, mais direcionada ao problema dela. Tem coisas que as vezes o médico não entende... Quando ela relata pra gente, ou pro agente, a gente tenta falar com ele, [...] pra ver o que ele pode fazer, pra montar uma plano assim de atendimento pra aquela paciente, estratégia de como abordar melhor aquele determinado problema. (AE X)

Ao mesmo tempo, relatam a interdisciplinaridade como um ganho, no sentido de acrescentar conhecimentos.

Olha, eu acho que a Estratégia de Saúde da Família ela busca isso, é um trabalho em equipe, um trabalho interdisciplinar, e isso faz com que haja possibilidade de você construir essas práticas de saúde coletiva. É possível o dentista estar interagindo, não só na forma dele trazer o conhecimento em odontologia, de saúde bucal, mas também de acessar outros conhecimentos de outras áreas, de compor um campo em que as ações elas podem ser realizadas por vários profissionais, trazendo a questão odontológica mas

também compondo campo com as outras áreas. Eu acho que tem que ser integral e dessa forma. (DENT Z, X)

Eu acho que é essa coisa de trabalhar com pessoas diferentes, aprender, a interdisciplinaridade sabe, de várias cursos que a gente encontra aqui, coisas que a gente nem imagina [...] Você aprender abordagens diferentes do mesmo assunto, como aquela pessoa aborda, como o outro aborda, aprender, a gente ganha muito no dia-a-dia. (MED Z)

Neste sentido, Severo e Seminotti (2007) afirmam que é no processo e na organização da equipe que a experiência reflexiva possibilita o reconhecimento e a legitimação das lógicas singulares, tornando viável a integração dos saberes.

Benito et al (2003) definem a interdisciplinaridade como o

princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão de seus limites. É o princípio da diversidade e da criatividade, ressaltando que não buscamos a construção de uma unificação do saber, do real; porque o real é dinâmico, está em constante transformação e adaptação ao contexto em que está situado (p. 70).

Para Carlos (1998) a coesão ou o espírito de grupo varia em um contínuo que passa desde a dispersão até a unidade. Assim sendo, a troca mútua de saberes de faz e refaz constantemente na atuação em conjunto.

### **6.7.2 A árdua construção do trabalho em equipe: o desafio do relacionamento interpessoal e do compartilhamento dos saberes**

Outra “face” do trabalho em equipe também foi apresentada, no que diz respeito a habilidades no relacionamento interpessoal e à divergência no compartilhamento dos saberes.

Benito et al (2003) afirmam que há uma dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, em aceitar outros saberes que não os seus. Os autores atribuem tal fato a uma falta de capacitação para atuar em equipe interdisciplinar.

[...] o como trabalhar em equipe é uma coisa bem difícil, bem complicada. A Estratégia depende muito do bom funcionamento. (MED Y)

Tem essa coisa de articular os conhecimentos, não sei se consegue. Por isso que eu falo que é um desafio. Trabalho em equipe, por exemplo, tem um monte de gente na sala, aí tenta articular os conhecimentos, né. Nem sempre é fácil, dentro da equipe cada um pensa um pedaço, cada um puxa pra um lado, às vezes consegue juntar os pedaços, dá um ganho mas tem hora que vira um quebra cabeça [...]. Mas talvez seja um desafio juntar o quebra cabeça. (ENF Z)

Para Vigotski (1998) o sujeito é um produto de suas formas de relação, logo estas implicarão no seu fazer cotidiano. Ademais, o Ministério da Saúde, tendo o modo de produção da vida, afirma a indissociabilidade entre o modo de constituição dos sujeitos e seus modos de trabalhar, viver, sentir e produzir saúde (BRASIL, 2006).

Neste sentido, faz-se fundamental a compreensão do indivíduo como um todo, mas também do todo em cada indivíduo. “Isso quer dizer que uma mesma ação pode vir acompanhada de diferentes emoções e sentimentos, dependendo de qual seja a atividade que constitui a totalidade que dá sentido a essa ação” (DUARTE, 2004, p. 55).

Além disso, ficou nítido que uma desestruturação na equipe reflete no conjunto do trabalho, como ilustrado a seguir.

[...] quando há uma desestruturação da equipe, você mexe com todo mundo. Então nós passamos por um período bem traumático na verdade, então eu acho que tudo isso deu uma emperrada para que as coisas não acontecessem. (TE Z)

Outro aspecto que deve ser considerado foi o da formação, recursos humanos preparados para exercer aquela função naquele contexto.

[...] então travestem um profissional que está lá as vezes desmotivado, as vezes quer melhorar um pouco o salário, então vai aceitar fazer uma coisa que ele nem acredita. Não sabe o que é, não sabe o que está fazendo e põe lá e diz assim: Aqui tem o Programa de Saúde da Família! [...] Então, a primeira coisa, o Programa de Saúde da família tem que ter pessoal capacitado para ser parte da equipe tanto de médico, de enfermeiro de tudo. (MED X)

Recursos humanos, formação para trabalhar em equipe, eu acho que é um desafio importante. (DENT Z, X)

Corroborar-se, portanto, a idéia de que há uma idéia dialética entre indivíduo e contexto (BOCK, 2009), ou seja, o sujeito e o papel que este irá exercer enquanto trabalhador da saúde deve ser construído de acordo com o meio em que se está inserido.

Percebe-se, com todo o exposto, que o emaranhado produzido não é algo simples de lidar. Todavia, deve ser encarado de forma natural, reflexiva e de modo a não negar as contradições, pois elas são ricas em significados. Não se trata de dicotomizar as relações, antes, de considerar os “paradoxos” como parte intrínseca e constitutiva do processo de trabalho em equipe, sobretudo quando o objetivo está alicerçado em um novo e desafiador campo de idéias para a promoção da saúde, de fato, da população em geral.

A interação entre distintos paradigmas que atravessam a rede de significados de cada Sujeito contrapõe-se à dificuldade de diálogos e processos inter/transdisciplinares. Assim, entendemos a política pública como propositora de mudanças paradigmáticas por meio dos processos intersubjetivos e da compreensão dos sistemas complexos. Concebem-se movimentos recursivos entre processos de subjetivação e transformações socioculturais que podem revelar os elos entre o Sujeito e a Coletividade (SEVERO; SEMINOTTI, 2007, p. 55).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da promoção da saúde, conforme discutida, vem se desenvolvendo e ganhando força, sobretudo nas últimas décadas. O contexto social atual demanda respostas e novas formas de se fazer saúde anteriormente não pensadas ou desenvolvidas.

O conceito apresenta diferentes concepções e vertentes teóricas. De um lado, autores que a concebem como produzida individualmente, como responsabilidade dos indivíduos sobre sua saúde; de outro, mais atual, uma vertente de pensadores que defende que a promoção da saúde está ligada aos fatores do meio, às condições econômicas e políticas vigentes, associada aos fatores individuais.

Tendo adotado como referência o conceito do Ministério da Saúde, ao longo do presente estudo a promoção da saúde esteve constantemente permeada por outros conceitos, buscando-se ampliar o espectro de visão e de compreensão do tema em questão.

A dicotomização da ciência e conseqüentemente das práticas em saúde reflete uma visão fragmentada de homem, onde o “todo” e as “partes” se tornam instâncias distintas do mesmo fenômeno.

Tendo como objeto de estudo as práticas e concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família em promoção da saúde, buscou-se entender como se dá a incorporação deste conceito no dia-a-dia dos profissionais de Saúde da Família a partir do modo como os mesmos a concebem. Assim, ao longo da trajetória, foi questionado: como se dá a relação teórico-prática no cotidiano desses sujeitos? Ou seja, existe relação entre o entendimento que estes têm acerca do assunto e o modo como a reproduzem em sua práxis?

O que pode-se observar foi que a relação conceito *versus* prática se dá, na maior parte, reproduzindo um modelo de entendimento da saúde no qual conceito e prática se encontram, muitas vezes, distantes e até mesmo antagônicos na realidade dos profissionais entrevistados. Quando indagados acerca de formulações teóricas ou do que achavam que poderia ser diferente do que é atualmente, apresentaram ideais de promoção da saúde que, quando confrontados com seu fazer diário, deixavam muito a desejar.

Por outro lado, mostraram-se sensíveis às demandas da população e desejosos de contribuir para a transformação daquelas realidades. Cada equipe, com suas características marcantes e peculiaridades, mostrou-se comprometida com o trabalho e conhecedora das populações atendidas.

Entretanto, a percepção que demonstraram ao caracterizá-las esteve perpassada por suas próprias crenças pessoais, sua visão de homem e de mundo bem como sua concepção de saúde. Isto se justifica pelo fato do sujeito estar “inteiro” naquilo que faz. Logo, como entrevistado, não era possível se esquivar de sua subjetividade, incluindo aí seus estereótipos e preconceitos, construídos socialmente ao longo de sua história. Freitas (2002), citando Bakhtin (1988), afirma que é a partir da situação social do sujeito, ou seja, do lugar em que se situa, que o mesmo constrói suas deduções, motivações e apreciações.

Assim, acredita-se que, como o contexto social é extremamente mutável e dinâmico, logo, as opiniões e vivências podem variar de acordo com este. Foi o caso percebido, por exemplo, abordado na categoria sobre o trabalho em equipe, em que ficou claro para o pesquisador e foi ilustrado através de falas que o momento que a equipe de trabalho vive influi diretamente em sua dinâmica.

Foi possível notar também e corroborar a idéia essencial apresentada pela teoria sócio-histórica, na qual os sujeitos se constituem em suas relações intersubjetivas, não havendo, segundo esta teoria, como se fazer isoladamente. Isto ajuda-nos a refletir e entender diversas variáveis postas ao longo desta pesquisa.

O vínculo, por exemplo, tão exposto nas falas como facilitador e de suma importância no trabalho não é, senão, uma “combinação” das subjetividades daqueles sujeitos, cujo cenário se apresenta como desafiador e instigante aos mesmos. Não obstante, tal ilustração, por meio do vínculo como componente que “molda” essas relações, ajuda a compreender a dialética do cotidiano em saúde. Se por um lado indivíduos trocam entre si e formam um “produto final” que denominamos saúde, do mesmo lado e não contraditoriamente deve-se considerar todo o processo de constituição desta saúde. Mas, afinal, o que se está chamando de saúde?

Este trabalho traz a reflexão acerca da necessidade de se romper paradigmas, ultrapassar fronteiras, expandir conhecimentos, derrubar os muros que fazem da saúde uma questão antagônica. Afinal, não é possível se promover algo de forma a se alcançar um

conceito de saúde amplo por parte da população sem que tal conceito não esteja amplamente incorporado pelos próprios sujeitos que o desejam promover.

Neste quesito, vale considerar a necessidade claramente percebida de os profissionais envolverem de forma mais concreta e participativa os sujeitos no processo de construção de sua saúde. Não de uma maneira exclusiva ou obsoleta, mas de forma a promover uma cultura de participação e reflexão crítica que os mobilize enquanto sujeitos ativos e construtores de cidadania. O usuário precisa se sentir protagonista, e não apenas “paciente”. No entanto, para isso, o profissional deve se sentir co-responsável e assumir de fato, em sua atuação, uma postura também crítica e reflexiva sobre sua prática, de modo a integrar seus conhecimentos ao “conhecimento da equipe”, não como uma fração deste, mas como elemento que, interagindo com os demais, pode produzir algo que não lhe seja específico nem a nenhum outro membro, mas que seja resposta para as indagações que diariamente lhe são postas.

Ao se falar na busca de respostas, não poderia deixar de referir à intersectorialidade significativamente destacada nos discursos. Contudo, novamente se coloca uma lacuna entre o que é vivido e o que é tematizado. É verdade que muitas iniciativas foram apontadas de modo concreto, sobretudo no que diz respeito às demandas sociais que permeiam a saúde. Entretanto, tais iniciativas se mostraram incipientes no que se refere a integrar os conhecimentos e ações da equipe como um todo. Além disso, muitas dessas ações mostraram um caráter pontual ou mesmo humanitário, no sentido de “ajuda ao próximo” e não de promoção do sujeito.

Isto remete a um questionamento acerca da formação dos trabalhadores em saúde. Como tem se dado os cursos de formação e mesmo pós-graduação? Têm servido para realmente instrumentalizar adequadamente de acordo com a realidade atual ou têm se utilizado de novos conceitos de forma utópica e pouco resolutiva?

Estas são, entre outras, indagações que todos os profissionais da saúde devem constantemente fazer, de modo especial aqui abordado os inseridos na ESF, que estão na “linha de frente”, na “ponta da lança”, isto é, devem ser muito mais que bons “diagnosticadores de doenças” mas, antes, conhecedores da indivisibilidade sujeitos/realidades que, mais do que técnicas apropriadas devem ser “técnicos” na arte de lidar com o outro, de entendê-lo em sua amplitude social, sem com isto lhe retirar sua singularidade.

Em suma, o presente estudo não pretendeu esgotar todas as indagações que circundam a temática central, mas tentou enxergar, por meio de uma outra “lente” que não a da doença, uma “lente” sócio-histórica, o que se chama de promoção da saúde quando o assunto é ESF. O que fica disso tudo? Avanços, retrocessos, vontade, coletividade, escuta, persistência.

Espera-se que estas reflexões sirvam de impulso para novos questionamentos acerca da promoção da saúde e sobretudo, como se alcançar o objetivo de melhores condições de saúde para os indivíduos e populações.

## REFERÊNCIAS<sup>14</sup>

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

AGUIAR, W. M. J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica**. 4<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009. p. 95-110.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BOGUS, C. M. É possível avaliar um princípio ético? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-15, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 783- 36.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BENITO, G. A. V.; SILVA, L. L.; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETTO, S. Interdisciplinaridade no cuidado as famílias: repensando a pratica em saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.5, n. 1, p. 66-72, 2003.

BOCK, A. M. B. O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva Sócio-Histórica. **Psicologia em Foco**, Aracaju, v. 1 n. 1, p. 1-5, 2008.

\_\_\_\_\_. A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica**. 4<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009. p. 15-35.

BONIN, L. F. R. Indivíduo, cultura e sociedade. In: STREY, M. N. et al. **Psicologia Social Contemporânea**. 9<sup>a</sup> Ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 58-72.

---

<sup>14</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final Conferência Nacional 8ª de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** (NOB-SUS 11/96). Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34 n.3, p. 316-19, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Promoção da Saúde. **Promover saúde: possibilidades e responsabilidades de todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 1, p. 163-177, 2000.

\_\_\_\_\_. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.41, n.6, p. 255-257, 1992.

CARLOS, S. A. O processo grupal. In: STREY, M. N. et al. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 199-206.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 669-678, 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 44-63, 2004.

FILHO, A. D. S. O uso das ferramentas saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ibplex, 2007. p. 100-23.

FRAIZ, I. C. Saúde e Sociedade. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ibplex, 2007. p. 49- 74.

FREITAS, M. T. A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, 2002.

GONÇALVES, M. G. M. A Psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.;

FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009. p. 37-52.

GOULART, F. A. A. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 78-98.

LUCCI, M. A. A proposta de Vygotsky: a psicologia sócio-histórica. **Revista de currículum y formación del profesorado**, Granada, n.10, v.2, p. 1-11, 2006.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Duas Cidades, 1977.

MANO, M. A. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 195-202, 2004.

MARTINS, S. T. F. Educação científica e atividade grupal na perspectiva Sócio-Histórica. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 8, n. 2, p. 227-235, 2002.

\_\_\_\_\_. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 201-17, 2003.

MELILLO, A. Prefácio. In: MELILLO, A.; SUÁREZ OJEDA, E. N. et al. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 11-13.

MELLO, D. A. et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 583-95, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva da Promoção da Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 497-506, 2009.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.62, p. 249-258, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Alma-Ata**. OPAS/OMS: 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 28/09/2008.

\_\_\_\_\_. **A carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado**. OPAS/OMS: 2005a. Disponível em <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>

\_\_\_\_\_. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. OPAS/OMS: 2005b.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5 n.9, p. 143-146, 2001.

SAWAIA, B. B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.) **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. 9ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 35-53.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. O sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 53-78, 2007.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SILVA, L. L.; FELIX, S. B. C. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ibpex, 2007. p. 76- 98.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 531- 562.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção das doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 635- 667.

WHO. World Health Organization. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Adaptado da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção. Jacarta: WHO, 1997. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf). Acesso em 30/10/2008.

## **APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas para integrantes da ESF**

### **Identificação**

- a) Cargo/Função:
- b) Escolaridade:
- c) Tempo de trabalho (geral, em ESF e no atual):
- d) Idade:
- e) Sexo:

### **Bloco 1 – Caracterização da comunidade atendida**

Descreva a comunidade com a qual trabalha nos seguintes aspectos:

1. Físicos: localização, população, estabelecimentos (comerciais, de saúde, políticos e sociais, religiosos, etc), acesso a meios de transporte.
2. Familiares: número de famílias, média de filhos, faixa etária predominante, tipo de relação característica entre os membros dessas famílias.
3. Psicológicos: como pode ser caracterizada a saúde mental dessa comunidade (auto-estima, humor, autonomia, capacidade de reflexão, capacidade de resolver conflitos, patologias mais encontradas).
4. Sócio-políticos: escolaridade média, tipo de relação existente entre os moradores, funcionamento de organizações sociais (como associação de bairro, conselhos locais e outros), nível de participação e organização comunitária, rede de suporte social, valores.
5. Econômicos: renda média por família, tipos de trabalho desenvolvido.
6. Como acredita que as famílias atendidas lidam com seus dilemas diários?
7. Que tipos de recurso você acha que elas disponham para isso?
8. Como percebe a receptividade e adesão das famílias que atende em relação à proposta da ESF?

### **Bloco 2 – Promoção da saúde**

9. O que você pensa sobre a promoção da saúde na prática da sua equipe hoje?
10. O que você imagina que possa ser diferente do que é atualmente?
11. Você acha que existe ligação da saúde com as condições de vida das pessoas? Justifique.
12. O que você faz quando aparece algum problema que não está diretamente ligado a um problema de saúde (biológico)?

### **Bloco 3 – Percepções acerca da ESF e atuação profissional**

13. Durante sua formação acadêmica você ouvir falar da Equipe de Saúde da Família? Se sim, o que?
14. O que você considera os maiores desafios da ESF?
15. O que você considera os maiores ganhos a partir da ação da ESF?
16. Comente uma ação de sua rotina que considera de grande relevância.
17. Qual (is) atividade (s) você gostaria de mudar a forma como acontece? Justifique.
18. Qual a repercussão do trabalho desta equipe nos desafios trazidos pela população atendida?

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo chamado **“Promoção da saúde – percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família”**, conduzido por mim, Marcela Monteiro de Oliveira, aluna matriculada no Programa de Pós Graduação, Mestrado em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto, sob a orientação do professor Dr. Laércio Joel Franco.

Este projeto será realizado com os profissionais das equipes mínimas, incluindo o profissional da odontologia, dos Núcleos de Saúde da Família da USP de Ribeirão Preto, com o objetivo de verificar a incorporação do conceito de promoção da saúde na atuação dos profissionais destas equipes junto à comunidade atendida.

Para participar do estudo o (a) senhor (a) será entrevistado (a) a fim de fornecer informações sobre práticas de promoção da saúde na sua atuação profissional. As entrevistas serão gravadas e incineradas após o período de 5 anos, ficando neste tempo sob a responsabilidade do pesquisador.

A participação neste estudo é voluntária, sendo garantido o anonimato e o sigilo com as informações fornecidas, que serão utilizadas apenas para a finalidade do estudo, bem como não sofrerá nenhuma sanção ou prejuízo caso se recuse a participar, podendo ainda interromper a qualquer momento. Não haverá nenhum custo para sua participação.

Agradeço a colaboração e coloco-me à disposição para outros esclarecimentos.

Ribeirão Preto, ..... de ..... de 2009.

Marcela Monteiro de Oliveira

CRP 06/91518

Telefones: (14) 3533-5000/ (14) 8118-4119 [marcelapsi@usp.br](mailto:marcelapsi@usp.br)

**CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO**

Declaro ter sido esclarecido sobre as condições que constam nos esclarecimentos acima, especialmente quanto ao objetivo da pesquisa, ao procedimento que serei submetido e declaro ter conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, podendo os resultados serem utilizados para divulgação científica.

Aceito, portanto, participar desta pesquisa.

Data:

Nome:

Assinatura:

## ANEXO

	<p>FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p>CENTRO DE SAÚDE ESCOLA</p>		<p>Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP</p> <p>Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331</p>	
---	--	---	--	---

*COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO-CSE-FMRP-USP.*

Ribeirão Preto, 17 de junho de 2009.

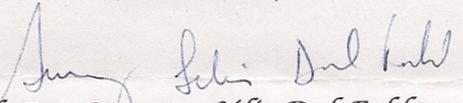
*Of. Nº.109/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.*

Senhor Professor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada em 09 de junho de 2009, analisou e apreciou o parecer do senhor relator, referente ao projeto de pesquisa: **“Promoção da Saúde-percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família”**, protocolo nº.327/CEP-CSE-FMRP-USP, que será orientado por V.S<sup>a</sup>. e como pesquisadora Marcela Monteiro de Oliveira, vinculada ao programa de pós-graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, nível mestrado. **Foi aprovado ad referendum.**

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.  
Atenciosamente,

  
*Prof. Dr. Amaury Lélis Dal Fabbro*  
*Vice-Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP*

Ilmo.Sr.  
Prof. Dr. Laércio Joel Franco  
Departamento Medicina Social da  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP,