Juliana Ribeiro da Silva Vernasque

**Determinantes sociais da saúde: os olhares dos
profissionais da atenção básica do município de
Marília-SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Vernasque, Juliana Ribeiro da Silva

Determinantes sociais da saúde : os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP / Juliana Ribeiro da Silva Vernasque. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.Condições sociais 2.Atenção primária à saúde 3.Necessidades e demandas de serviços de saúde 4.Iniquidade social 5.Pesquisa qualitativa 6.Saúde Pública 7.Programa de Saúde da Família

USP/FM/DBD-523/10

Para todos que acreditam na importância da Saúde Coletiva, na construção de um mundo com mais equidade, justiça social e nos cuidados integrais à saúde.

Agradecimentos

A **Deus**, pelo dom da vida, alegria, força, proteção em todos os momentos e por mais esta realização.

Ao meu querido marido **Guilherme**, amor da minha vida, companheiro de todos os dias e um dos principais colaboradores deste trabalho.

Aos meus queridos pais **Nelson** e **Vera**, pelo amor incondicional, cuidado desde o ventre materno e por sempre terem me apoiado nos caminhos da vida.

Ao meu querido irmão **Gabriel** que, apesar da distância territorial, sempre está torcendo por mim.

Aos queridos e eternos “apris”, **Daiana**, **Denise**, **Fernando**, **Talita**, **Thaís** e **Auryana** (nossa “apri” por consideração), por terem me apoiado e incentivado desde a concepção do projeto de mestrado.

À **Denise Zakabi**, amiga querida, que acompanhou com carinho e dedicação todo o longo percurso deste trabalho, acolheu-me muitas vezes em sua residência e sempre me auxiliou nas minhas dúvidas e angústias.

A **Silmar**, **Talita** e **Hilaine**, queridas amigas de república por terem compartilhado o início deste estudo.

À minha querida prima **Letícia**, que me ajudou na transcrição das entrevistas e mergulhou comigo em vários questionamentos e reflexões.

Às minhas primas **Bruna** e **Tainara**, por terem me acolhido com carinho em suas residências durante o período das disciplinas.

Às queridas amigas **Nádia**, **Lidiane**, **Daiane**, **Taila** e **Fernanda** por que além da amizade, sempre foram exemplos de esforço e competência profissional.

Às eternas amigas **Tieza** e **Daniela**, porque me considero muito feliz pela amizade que perdura desde a nossa infância.

Às colegas de trabalho da **UBS Santa Antonieta** e **UBS São Judas** pela compreensão nos dias de ausência ao trabalho e apoio.

À **Flávia**, gerente e amiga, por sempre ter me incentivado.

À minha afilhada **Maria Eduarda**, por compreender as “ausências” da madrinha e sempre me receber com um lindo sorriso.

Aos meus sobrinhos **Miguel** e **Henrique**, alegria constante; vocês fazem toda a diferença.

A todos os **meus familiares**, pela torcida, compreensão, carinho, amor e alegria.

À **Lílian**, pelo apoio e dedicação em todas as questões burocráticas.

À minha sogra **Cristina** e ao **Uilson** pela ajuda nas traduções.

Às professoras membros da banca do exame de qualificação, **Ana Sílvia Whitaker Dalmaso**, **Lilia Blima Schraiber** e **Mara Quaglio Chirelli**, pelas valiosas sugestões para melhoria desta pesquisa.

À professora **Mara Quaglio Chirelli**, por compartilhar e me ensinar tanto sobre a Saúde Coletiva, desde o primeiro ano da graduação em Enfermagem.

Finalmente, ao querido orientador **José Ricardo**, pela alegria do encontro, generosidade, por ter compartilhado muitos conhecimentos do campo da Saúde Coletiva e por ter me auxiliado em mais este estudo.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver), Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	1
2	INTRODUÇÃO	3
2.1	Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença	6
2.2	Determinantes Sociais da Saúde	17
2.3	Atenção básica à saúde.....	19
2.4	O cuidado em saúde como uma possibilidade prática para as ações em saúde e intervenção mediante os DSS.....	21
2.5	A compreensão das necessidades de saúde para um olhar mais ampliado aos DSS e para produção do cuidado em saúde.....	24
3	OBJETIVO	27
4	MÉTODO	28
4.1	Descrição da metodologia	28
4.2	A observação participante de tipo etnográfico	29
4.3	A entrevista semiestruturada	30
4.4	Local da pesquisa	32
4.5	Trabalho de campo.....	33
4.6	Interpretação do material coletado	35
4.7	Aspectos éticos.....	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1	Quadro Síntese das Entrevistadas	40
5.2	Condições de vida e trabalho, as necessidades de saúde e a produção de cuidados em saúde na atenção básica.....	41
5.2.2	Educação, as necessidades de saúde e a produção de cuidados em saúde.....	63
5.2.3	O ambiente de trabalho, o desemprego, as necessidades de saúde e a produção de cuidados à saúde	67

5.2.4 Habitação, água, esgoto, as necessidades de saúde da população e a produção de cuidado em saúde	70
5.3 O estilo de vida dos indivíduos, as necessidade de saúde e a produção de cuidados em saúde na atenção básica.....	74
5.4 Redes sociais e comunitárias, as necessidades de saúde e a produção de cuidado em saúde na atenção básica.....	87
5.5 Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais e a produção de cuidado em saúde	91
6 CONCLUSÕES E PROPOSTAS PRÁTICAS.....	96
Anexo A – Roteiro de observação participante do tipo etnográfica	110
Anexo B – Roteiro para entrevistas com profissionais de saúde	111
Anexo C – Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas CAPPesq	113
Anexo D - Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marília	114
Anexo E – TCLE.....	115
REFERÊNCIAS.....	117

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

Resumo

Vernasque JRS. *Determinantes Sociais da Saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) constituem hoje importante objeto de estudo no campo da Saúde Coletiva, pois a compreensão dos mesmos possibilita ações de cuidado e de resposta às necessidades de saúde nos âmbitos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, além de auxiliar na diminuição das vulnerabilidades, das iniquidades em saúde e concorrer para a promoção da justiça social. O objetivo deste estudo foi identificar quais aspectos dos DSS são reconhecidos pelos profissionais de atenção básica do município de Marília no cotidiano do trabalho em saúde, bem como são apreendidos e manejados como necessidades na produção de cuidados em saúde. Esta pesquisa é de natureza qualitativa, utilizando como método entrevistas semi-estruturadas e observações participantes de tipo etnográfico. Foram entrevistadas cinco profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e cinco profissionais de uma unidade de ESF (Estratégia Saúde da Família). Foi realizado tratamento interpretativo-compreensivo do material de campo, baseado nas categorias do modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (1991), no conceito de Cuidado em saúde de Ayres (2009) e no quadro das necessidades de saúde de Schraiber e Mendes Gonçalves (2000) e Cecílio (2001). Para apresentação dos resultados foram agrupados quatro eixos temáticos: 1) Condições de vida e trabalho; 2) O estilo de vida dos indivíduos; 3) Redes sociais e comunitárias e 4) Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. A interpretação dos resultados levou às seguintes conclusões principais: a necessidade da abordagem dos DSS na formação dos profissionais de saúde e, também, incentivo às atividades de educação permanente, reuniões com a comunidade, ações intersetoriais e políticas públicas com essa finalidade; o trabalho em equipe favorece intervenções de saúde mais atentas aos DSS; ações integrais de cuidado em saúde, tais como, o acolhimento, a escuta ampliada dos sujeitos, que proporcionará uma comunicação mais efetiva com o outro, o respeito à autonomia e a formação de vínculos, expandem as possibilidades de efetivos cuidados e resposta às necessidades de saúde, contribuindo para um cuidado em saúde mais humanizado, integral e equitativo.

Descritores:

1. Condições Sociais **2.** Atenção Primária à Saúde **3.** Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde **4.** Iniquidade Social **5.** Pesquisa Qualitativa **6.** Saúde Pública **7.** Programa Saúde da Família

Summary

Vernasque, JRS. *Social Determinants of Health: Primary Care Professionals' eyes in the Municipal district of Marilia*. [dissertation]. São Paulo: São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Social Determinants of Health (SDH) are nowadays an important object of study in the field of Public Health. On understanding them will allow actions of care and response to health needs in the promotion, prevention, treatment and health recovery; besides helping to reduce vulnerabilities, health inequities and contribute to the promotion of social justice. Firstly, the purpose of the study was to identify which aspects of SDH are recognized for the Primary Care Professionals in the Municipal district of Marilia; as well as they are perceived and managed to promote health. Secondly, this research selected a qualitative method, which the interview guide used was semi-structured and ethnographic observations of the participants. Thirdly, five women professionals, public health authorities, were interviewed in a Basic Health Unit (BHU) and five more public health authorities of a FHS (Family Health Strategy). Fourthly, a treatment was performed in an interpretive understanding way to the field material, based on the categories of SDH pattern by Dahlgren and Whitehead (1991), the concept of health care by Ayres (2009) and in the context of the health needs by Schraiber and by Mendes Gonçalves (2000) and by Cecilio (2001). In order to present the results were grouped four themes: 1) Conditions of life and work, 2) The lifestyle of individuals, 3) Social Networking and Community 4) Socioeconomic, cultural and environmental on the whole. Finally, the interpretation of such results led to the following main conclusions: the need for SDH approach in the training of health professionals and also stimulate the activities of Continuing Education, attending meetings with the community, intersectoral action and public policies for this purpose; teamwork promotes health interventions more responsive to SDH; full shares of health care, such as hospitality, extended listening of the individuals that will provide more effective communication with others, respect for autonomy and the formation of bonds expands the possibilities for effective care and health needs, helping with a health care more humane, comprehensive and equitable.

Descriptors:

1.Social Conditions 2. Primary Health Care 3. Health Services Needs and Demand 4. Social Inequity 5. Qualitative Research 6. Public Health 7. Family Health Program

Este trabalho é fruto de uma enorme curiosidade e interesse desta autora em relação aos Determinantes Sociais da Saúde que constituem os processos de saúde-doença e cuidado da população.

Logo na graduação em Enfermagem, na FAMEMA, Marília-SP, comecei a me preocupar em compreender de que maneira os aspectos socio-culturais poderiam interferir na saúde dos indivíduos. No primeiro ano de faculdade, fiquei apaixonada pelo SUS, encantada com a Saúde Coletiva, com os estágios práticos no PSF, e já sabia que permaneceria nesse campo de atuação teórico-prático e reflexivo.

Após o término da graduação, fiz o Aprimoramento e Especialização em Saúde Coletiva, na Medicina Preventiva da USP-SP. Foi um ano maravilhoso, pois tive a oportunidade de aprender muito sobre esse campo de conhecimento tão rico e importante. Na monografia para conclusão da especialização, fiz uma revisão da literatura sobre a determinação social do processo saúde-doença: delimitações teórico-metodológicas na literatura meta- conceitual da saúde coletiva brasileira.

No ano seguinte, muito empolgada e entusiasmada, iniciei o meu mestrado, com o intuito de dar continuidade à monografia. Primeiramente, o projeto de mestrado era para realizar um estudo histórico sobre a determinação social do processo saúde-doença. Todavia, mal havia começado as disciplinas do mestrado, passei em um concurso público para trabalhar como Enfermeira da Atenção básica em Marília-SP. Nesse município mora a minha família e o meu marido, desse modo, a nova oportunidade tornou-se irresistível. Conversei com o meu querido orientador, José

Ricardo, que me incentivou a tentar assumir as duas tarefas, porque com isso eu estaria caminhando nos meus projetos de felicidade.

O caminho não foi fácil, pois precisei me dedicar tanto ao trabalho quanto ao mestrado. Assim que comecei a trabalhar, senti a necessidade de modificar o meu projeto e resolvi fazer um trabalho empírico. Além disso, durante a realização das disciplinas, procurei mergulhar em várias referências teóricas, para ver qual seria mais adequada para este trabalho. Aproximei-me da discussão sobre as desigualdades sociais em saúde, feita pela professora Rita Barratas Barata, bem como, do quadro de vulnerabilidade do professor José Ricardo Ayres e estudei um pouco hermenêutica e a teoria da ação comunicativa de Habermas.

Todas essas aproximações foram muito significativas, contudo não consegui me apropriar o suficientemente bem para melhor utilizá-las. Desse modo, apresento para vocês, caros leitores, um trabalho sincero, talvez um pouco limitado no que diz respeito a toda a abrangência que a temática exige, porém, procurei dedicar todo o conhecimento agregado sobre a temática, com o intuito de contribuir um pouco com a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde e melhorar os cuidados em saúde nos serviços de atenção básica.

2 INTRODUÇÃO

Os determinantes sociais dos processos de saúde e adoecimento da população constituem, hoje, importante objeto de estudo no campo da Saúde Coletiva, postulando-se que a sua compreensão favorece ações de efetivo cuidado e respostas às necessidades de saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, potencializando a redução de vulnerabilidades, de iniquidades em saúde e promovendo justiça social.

De acordo com Campos (2000), é necessário analisar o campo da Saúde Coletiva não somente baseado em suas questões teóricas, mas também no compromisso concreto dessa área de conhecimento com a produção de saúde.

A Saúde Coletiva é definida por Nunes (2006, p. 28) como:

Um campo multiparadigmático, interdisciplinar, formado pela presença de tipos distintos de disciplinas que se distribuem em um largo espectro que se estende das ciências naturais às sociais e humanas, certamente possibilitará o aparecimento de novos tipos de disciplinas, que nascem nas fronteiras dos conhecimentos tradicionais, ou na confluência entre ciências puras e aplicadas.

Nunes (2006) refere que o campo da Saúde Coletiva não é um território fechado, nem um conjunto de saberes e práticas, desarticulados. Ele se reúne conforme as necessidades da realidade de saúde que se deseja estudar, avaliar ou transformar, identificar, explicar e/ou interpretar. Por isso, a necessidade dos conceitos, as teorias provenientes das diversas disciplinas científicas, o *corpus* teórico para o entendimento dos objetos e sujeitos trabalhados pelos pesquisadores.

De acordo com Nunes (2006) há três grandes espaços e formações disciplinares na Saúde Coletiva brasileira:

- As ciências sociais e humanas;
- A epidemiologia;
- A política e o planejamento.

As ciências sociais e humanas abrangem as seguintes disciplinas: antropologia, sociologia, economia, política, história, filosofia, ética e estética. Esse espaço consolidou-se para uma melhor compreensão dos processos de vida, adoecimento, morte e trabalho, bem como para o cuidado em saúde e das relações profissionais. Ademais, as abordagens das ciências sociais e humanas são utilizadas em estudos sobre as dimensões socioculturais da doença, estudos sociopolíticos das profissões de saúde, estudo das racionalidades médicas e as questões das relações estado-sociedade civil (Nunes, 2006).

A epidemiologia configura-se como um espaço da Saúde Coletiva que busca compreender as causas das doenças nas populações, por meio do estudo das relações entre agente infeccioso, hospedeiro e ambiente. Essa disciplina apresenta complexas metodologias de investigação, principalmente quantitativas, embora venha se associando com muitas disciplinas do social: as ciências sociais, a geografia, a demografia e outras áreas do conhecimento. A epidemiologia também tem sido utilizada como instrumento para o planejamento em saúde (Nunes, 2006).

Campos (2000) discute que essa tendência interdisciplinar da epidemiologia na Saúde Coletiva apresenta aspirações muitas vezes ambiciosas e onipotentes.

Para diversos autores, a epidemiologia e as ciências sociais explicariam o processo saúde/doença e fundariam um novo paradigma, com um modo

de intervenção sobre a realidade que superaria - sempre em princípio!- todos os outros existentes. De acordo com essa perspectiva a saúde coletiva não seria um saber, entre outros, sobre os modos como se produz saúde e doença; mas, o saber. (Campos, 2000, p. 222).

Cabe destacar que Campos (2000) diferencia a constituição dos saberes em *núcleos* ou em *campos* de acordo com a conformação de suas práticas. O *núcleo* agrega conhecimentos e demarca a identidade de uma determinada área do saber e de sua prática profissional; e o *campo* abrange um espaço de demarcações imprecisas em que cada disciplina e profissão buscariam auxílio em outras para realizar suas tarefas teóricas e práticas.

Há uma importante preocupação dos teóricos e dos profissionais da saúde que atuam no campo da Saúde Coletiva brasileira com os determinantes sociais do processo saúde-doença da população. Na verdade, o objeto “determinantes sociais do processo saúde doença” apresenta-se de modo complexo, sendo, portanto, investigado pelas diversas disciplinas que compõem o campo e que buscam se articular com o intuito de contribuir para que a atenção à saúde seja universal, integral e equitativa (Silva, 2008).

2.1 Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença

Há vários discursos teórico-conceituais que buscam o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença e que, de um modo geral, estabelecem efetiva comunicação para o conhecimento deste objeto de estudo que se apresenta por meio de diversas experiências do campo da Saúde Coletiva.

Um dos primeiros estudos sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença na América Latina foi realizado por Laurell (1983, p. 151), segundo a qual, o processo saúde doença da coletividade pode ser entendido como:

O processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

Nesse enfoque, a expressão “saúde-doença” é utilizada para indicar um determinado processo social. Além disso, a autora defende que:

O estudo do processo saúde-doença como um processo social não se refere somente a uma exploração de seu caráter, mas coloca, de imediato, o problema de sua articulação com outros processos sociais, o que nos remete inevitavelmente ao problema de suas determinações. (Laurell, 1983, p. 136).

Barata (2005) relata que a teoria da produção social do processo saúde-doença, adotada sobretudo por Laurell, Breilh, Samaja, utiliza como modelo de explicação o materialismo histórico e dialético para expressar os determinantes sociais, econômicos e políticos da distribuição da saúde e da doença nas sociedades,

apresentando os fatores protetores e os prejudiciais à saúde encontrados na organização social.

A determinação social, de acordo com essa teoria, é compreendida como um processo pelo qual os determinantes, aspectos essenciais, colocam demarcações ou exercem pressão sobre outras dimensões da realidade, sem serem necessariamente determinísticos. “O processo de produção se completa com a mediação que os componentes das dimensões subsumidas exercem sobre esses determinantes, daí resultando a conformação de distintos perfis epidemiológicos.” (Barata, 2005, p. 13).

Esse modo de compreender o homem e a sociedade remete necessariamente à concepção de saúde - doença, não de maneira estática como um estado no qual se apresenta um equilíbrio ou desequilíbrio, mas como um processo historicamente determinado. Barata (2005) refere também que a epidemiologia social auxilia o entendimento da questão da causalidade quando diferencia causa e determinação.

A noção de causa, fundamentada no paradigma positivista, pressupõe uma relação linear e universal entre dois fenômenos. Dessa maneira, a causa origina sempre uma mesma consequência, mesmo em situações diferentes. É algo externo ao fenômeno que pode ser demarcado pela lógica formal. Já a noção de determinação pressupõe uma relação dialética entre dois fenômenos, que não se apresentam de modo igual em diferentes condições. Juntamente com a causa, considera a dialética dos fenômenos no âmbito da externalidade e internalidade (Barata, 2005).

De acordo com Barata (2005), o conceito de determinação é mais apropriado para a compreensão de processos sociais complexos, pois não existe uma necessidade de isolamento total das variáveis nem da noção de independência entre elas. Também não está fundamentado na ideia de um vínculo obrigatório, genético e específico.

Na perspectiva das diferentes variedades de determinação existentes no mundo material, os limites nem sempre são claros, não há vínculos unidirecionais, e a maioria das relações são contingentes, ou seja, não são nem necessárias nem suficientes em si mesmas. (Barata, 2005, p. 15).

Segundo Campos (2006), a “determinação social” do processo saúde-doença foi estudada por várias escolas. Entre estas, o autor menciona a saúde coletiva no Brasil, a medicina social latino- americana e o movimento de promoção à saúde no Canadá. Refere que, mesmo com diferenças nas abordagens, todas essas escolas de pensamento ressaltam:

[...] a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e em uma época específica. Assim, fatores econômicos, como renda, emprego e organização da produção interferem positiva ou negativamente na saúde dos agrupamentos populacionais. Os ambientes de convivência e de trabalho podem ter efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas. A cultura e valores têm grande influência sobre a saúde: o valor que se atribui à vida, o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de deficiências, a concepção sobre saúde, sexualidade, a forma como cada povo lida com diferenças de gênero, de etnia ou mesmo econômicas, tudo isto amplia ou restringe as possibilidades de saúde das pessoas. (Campos, 2006, p. 47-48).

Campos (2006) discute que as várias explicações sobre a “determinação social” do processo saúde- doença têm pontos fortes e fracos em sua capacidade explicativa:

[...] é potente quando ressalta a importância dos fatores de ordem universal na gênese da saúde e da doença; entretanto, reduz sua capacidade explicativa quando subestima o peso dos sistemas de saúde e dos fatores subjetivos nesse processo. (Campos, 2006, p. 50).

Esse autor também diz que as correntes de pensamento que priorizam os aspectos biológicos também apresentam pontos fortes e fracos em sua capacidade explicativa. “É potente quando ressalta a importância das variações biológicas ou orgânicas na

gênese da saúde e da doença; é reduzida quando subestima a importância dos fatores políticos, sociais e subjetivos neste processo.” (Campos, 2006, p. 51).

Campos (2006, p. 53) acredita que as correntes que refletem o processo saúde-doença focalizadas na subjetividade têm pontos fortes e fracos,

Têm razão quando enfatizam a influência do subjetivo nos estados de saúde de indivíduos e coletividades, mas sua racionalidade tem limites importantes quando pensam modelos explicativos ou de atenção invariavelmente centrados em variáveis subjetivas, seja da ordem do interesse pragmático, seja da ordem do desejo subversivo.

Para Campos (2006), os fenômenos sociais, tais como a saúde e a doença dos indivíduos, originam-se da interação de um grande número de fatores. Alguns destes se manifestam a partir do interno da pessoa ou grupo em análise, outros fatores são agenciados por sujeitos encontrados em instâncias externas ao indivíduo ou à coletividade em questão. Isto é, tal autor aponta que o objeto de análise se apresenta de um modo bastante abrangente e que nele podem estar interligados muitos elementos causais, mas que nem sempre se manifestam em um mesmo momento.

Uchôa e Vidal (1994) analisam que noções, como as de saúde e doença, aparentemente simples, referem-se, de fato, a fenômenos complexos que reúnem fatores biológicos, culturais, sociológicos, econômicos e ambientais. A complexidade do objeto manifesta-se, atualmente, nas diversas abordagens sobre a saúde, na qual cada um privilegia diferentes fatores e propõe estratégias de intervenção e de pesquisa diversificada.

Uchôa e Vidal (1994) e Campos (2006) relembram que a concepção mecanicista do corpo e de suas funções é uma herança de Descartes às ciências naturais e sociais, uma vez que ela ratifica uma visão reducionista da saúde e da doença.

A doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenômeno multidimensional. A fragmentação do objeto gera a fragmentação das abordagens. A descontinuidade entre as diferentes abordagens retarda a apreensão multidimensional do objeto. (Uchôa, Vidal, 1994, p. 500).

Contandriopoulos (1998) trabalha com a ideia de que quanto melhor se conhece a complexidade das relações entre os contextos socioeconômico, ambiental e a saúde da população, mais verifica-se que os conceitos de saúde-doença, apesar de não serem independentes, não são sinônimos. E que os modelos explicativos da saúde não são os mesmos que os das doenças. As disciplinas utilizadas para investigar e compreender a saúde das populações, como as ciências sociais e psicológicas, são diferentes das que auxiliam de base para o entendimento da doença e de seu tratamento, como as ciências biológicas.

Além disso, esse autor acrescenta que ainda há pouco conhecimento sobre o que está ocorrendo no contexto social. Sabe-se que existe um grande número de estudos demonstrando que a situação social, o tipo de emprego e a falta de autonomia afetam as funções biológicas, entretanto não se conhece o inverso, de modo específico e preciso, quais modificações deveriam ser realizadas no ambiente social para que ele contribua com a melhoria de saúde da população (Contandriopoulos, 1998).

Ao discutir sobre os fatores sociais intervenientes do processo de adoecimento, Rozemberg e Minayo (2001) relatam que todas as áreas do saber convivem com o “reducionismo”, ou seja, essas autoras defendem que o “reducionismo” é condição mesma do ato de conhecer, pois quando pensamos sobre algum ponto da experiência, excluimos os outros, mesmo por um rápido momento.

Ao focalizar a atenção na tentativa de apreender algum aspecto da experiência nosso olhar é necessariamente redutor dessa experiência. O maior problema, ao nosso ver, não está, portanto, no reducionismo em si, mas na pretensão de totalidade e de controle que as correntes de pensamento tendem a advogar para si mesmas e ainda, na instituição de uma forma de ver o mundo sob um determinado ângulo, desconhecendo e desqualificando outros olhares (ou até mesmo o nosso próprio em outro momento ou contexto). Tratamos aqui do termo reducionismo exatamente nesta perspectiva, a de pretensão de verdade unívoca como foi dito acima seja sobre o olhar estritamente biomédico, psicológico ou sociológico para o adoecimento. (Rozemberg, Minayo, 2001, p. 117).

Fernandes (2003) afirma que a apreensão exclusiva das maneiras coletivas de adoecimento exclui a possibilidade de observar como o desgaste se apresenta no plano individual, afastando a compreensão dos processos singulares de saúde-doença e das estratégias individuais ou de pequenos grupos construídos na sociedade.

Além disso, tal autora relata que o principal desafio para o estudo dos processos saúde - doença não são apenas referentes aos aspectos teóricos, mas também as estratégias metodológicas a serem elaboradas:

Enxergar outras representações de saúde e doença, admiti-las na coleta de dados, construir novas taxonomias incorporando a interpretação das narrativas, situá-las no contexto histórico, social e cultural, reconhecer os rituais, perceber a diversidade dos gêneros e grupos sociais no âmbito da singularidade do adoecer humano e considerá-la no coletivo das populações, devem ser algumas questões a serem pensadas. (Sevalho, Castiel¹, 1998 apud Fernandes, 2003, p. 772).

Os saberes biológico e psicológico, mesmo que fossem reunidos, ainda não abrangeriam todos os aspectos referentes ao “adoecimento” dos sujeitos. Pois, outros fatores, relações, que envolvem o ser humano, tais como seu entorno social, sua cultura e ambiente, por exemplo, não seriam precisamente contemplados. Desse

¹ Sevalho G, Castiel LD. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. In: *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará; 1998.

modo, Rozemberg e Minayo (2001) defendem a interdisciplinaridade como caminho possível para se tentar ampliar o conhecimento acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Como conseguir que as ciências psicológicas e sociais admitam que o ser humano não é constituído somente de um espírito, mas também de um corpo? Como conseguir que elas admitam que também as sociedades humanas não podem ser analisadas apenas em sua dimensão cultural, levando unicamente em conta suas representações, seus modelos de comportamento, o modo como elas organizam as relações entre seus membros? Como conseguir que: as ciências humanas integrem essa evidência de que os sistemas sociais só existem porque se arraigam em uma realidade biológica: a dos corpos e a dos membros? (Raynaut², 2002, apud Minayo, 2006, p. 189).

Para Uchôa e Vidal (1994), a epidemiologia investiga os determinantes e a distribuição das doenças nas populações. Nos estudos epidemiológicos predominam os métodos quantitativos e as abordagens sobre os comportamentos dos indivíduos, com o intuito de verificar quais as características da distribuição de uma patologia e grupos ou fatores de risco. Já nos estudos de abordagem sociológica, os problemas de saúde são assimilados em sua dimensão social. A sociologia da saúde examina a determinação que desempenham os contextos sociais sobre o adoecimento. E, finalmente a antropologia leva em consideração que a saúde e o que se relaciona a ela são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados. Para esses autores, a integração de tais perspectivas são complementares e contribuem para um entendimento mais ampliado do processo saúde-doença na sociedade.

Barata (2005) nos diz que a relação entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais na busca de explicações para os padrões populacionais de distribuição das doenças

² Raynaut, G. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev. Brasileira Epidemiologia*. 5 (supl. 1), 2002.

perdurou durante a maior parte do século XIX e até as primeiras décadas do século XX.

Entretanto, a autora nos diz que houve um enfraquecimento dos vínculos teóricos e metodológicos entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais que decorreu de um modo especial devido a dois movimentos:

Ainda no final do século XIX, o desenvolvimento da teoria do germe representa a primeira cisão. A oposição entre os defensores das teorias contagionistas e os defensores das teorias miasmáticas pode ser lida também como a oposição entre os conceitos de multicausalidade e constituição. Ao contrário do que se costuma pensar, a teoria do germe, longe de resultar em um unicalismo, favoreceu a substituição de concepções totalizantes, baseadas na idéia de constituição epidêmica e estrutura epidemiológica, por modelos mais ou menos simplificados de multicausalidade (balança de Gordon, rede de causalidade de MacMahon, “pizzas” de causas componentes de Rothman, a tríade ecológica de Leavell&Clark). (Barata, 2005, p. 9).

Barata (2005) analisa que o enfraquecimento da relação entre a epidemiologia e as ciências sociais, nesse período, acabou por encobrir o caráter coletivo e social da epidemiologia, conduzindo, nos estudos epidemiológicos, um deslocamento da perspectiva populacional pela perspectiva individual.

Entretanto, Fernandes (2003) reflete que a atual busca da epidemiologia tem sido pela integração com outras disciplinas e que isso pode estar relacionado à insuficiência das respostas alcançadas, por meio das ações de controle de problemas de saúde, orientadas, somente, pelos resultados das investigações quantitativas.

De acordo com o estudo de Fernandes (2003), há uma necessidade de complementar diferentes perspectivas teórico-metodológicas para o estudo de objetos complexos, como a relação saúde-doença. Os limites da abordagem dos fatores de risco aplicada isoladamente ao estudo dessa relação devem ser superados por meio

de modelos capazes de abordar a relação entre sujeitos humanos e seu meio ambiente, cultural e sócio-histórico.

A elaboração de modelos interpretativos do processo saúde-doença que articulem perspectivas qualitativas e quantitativas, superada essa dicotomia, pode ser possível por meio de diferentes estratégias. Segundo Fernandes (2003), o encontro entre o método epidemiológico, privilegiado para generalização, e outro capaz de aprofundamento pode ser alcançado pela estratégia etnoepidemiológica, que tem como pressuposto que os fenômenos da saúde-doença são processos sociais, devendo ser concebidos como tais, históricos, complexos, fragmentados, conflitivos, dependentes, ambíguos e incertos.

Considera-se que no plano teórico ainda existem muitos desafios referentes à articulação necessária entre as diferentes disciplinas para ampliar a percepção de processos complexos e ultrapassar a visão essencialista ou alienada das relações entre determinantes sociais e saúde, presentes em várias das abordagens materialistas (Barata, 2005).

Minayo (2006) revela que a antropologia na sua integração com a medicina, a saúde pública e a epidemiologia, tem mostrado a importância do conhecimento que surge da experiência e da vivência dos sujeitos. Além disso, Canesqui (2003) relata que são visíveis e bem sucedidos os esforços da antropologia da saúde-doença no Brasil como nova especialidade que se propõe a discutir o processo saúde-doença da população. Todavia, a autora refere que se espera que, dentro da saúde coletiva, as ciências sociais conversem entre si continuamente e com as demais disciplinas.

Aceitar as evidências de que as doenças não são somente entidades biológicas, pois estão também vinculadas em graus diferenciados aos modos de vida, a ofertas pluralistas de tratamento e cura, à presença

muito maior da sociedade no controle das intervenções médica e epidemiológica tornam o campo da saúde muito mais aberto para receber a contribuição da antropologia. (Minayo, 2006, p. 200).

A antropologia médica se apresenta numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde. A abordagem antropológica indica os limites do enfoque biomédico, quando, por exemplo, se pretende alterar de maneira permanente o estado de saúde de uma população. Isso porque a antropologia mostra que há uma associação entre o modo de vida e o universo social e cultural com o estado de saúde da população (Uchôa, Vidal, 1994).

Canesqui (2003) analisa também que, apesar de o insistente empenho para a interdisciplinaridade, entre as ciências sociais e destas com a Saúde Coletiva, a antropologia da saúde ou antropologia médica têm buscado identidades conforme a predileção e disposição de alguns autores:

[...] sejam dos mais preocupados em estabelecer fronteiras e limites mais nítidos e precisos para estes empreendimentos disciplinares, ou que reorganizam uma rede de estudiosos no assunto, sejam dos que preservam os espaços disciplinares mais pragmáticos, mediante forte interlocução interdisciplinar com a epidemiologia, o planejamento de serviços de saúde e psiquiatria. (Canesqui, 2003, p. 110).

Em seu estudo sobre a antropologia da saúde, Minayo (2006) chama a atenção para três movimentos importantes que apontam para a importância de uma perspectiva interdisciplinar. Primeiramente, a autora refere que o progresso científico trazido pela bacteriologia foi e é importante para a humanidade. Entretanto, reflete que a não valorização dos fatores sociais, econômicos, culturais e subjetivos no entendimento das enfermidades e na promoção da saúde reduz esses fenômenos a somente processos biológicos. “Hoje, a fragmentação produzida pelo reducionismo biomédico leva a que, dentro de um hospital, se reduza uma pessoa doente quase que

unicamente a seu corpo, simples objeto de manipulação e de intervenções.” (Minayo, 2006, p. 201). Mas, a autora revela que, em oposição a esse movimento, verifica-se na maioria dos países, ao longo do século XX, e com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, o crescimento da saúde pública/saúde coletiva fundamentada na compreensão das condições, situações e estilos de vida.

O segundo movimento, que acaba por reduzir o sujeito histórico na área da saúde, vem da clínica e da epidemiologia, que por meio do aprimoramento técnico consolida recortes restritos ao que pode ser expresso em modelos, números e dados. Muitos sociólogos e antropólogos apontam essa inclinação tecnicista de muitas áreas do saber.

Na área da saúde, os arroubos de evidenciar verdades e objetividade se esquecem das perguntas fundamentais e de situar os problemas das pessoas nas dinâmicas de seus contextos, de suas vidas, de suas relações e representações. Por causa disso, os estudos tecnicistas acumulam dados sobre a realidade, tratam enfermidades como entes externos aos pacientes que as sofrem, diminuindo a eficácia dos contatos humanos necessários na área da saúde. (Minayo, 2006, p. 202).

Por fim, o terceiro movimento que atrapalha a inter-relação entre saúde e antropologia vem dos próprios antropólogos, por diversas vezes propagarem uma discussão muito fechada, o que aparece como obstáculo para o uso dos conceitos antropológicos pelos profissionais da saúde em seus achados e contribuições.

A dificuldade para uma abordagem interdisciplinar é comentada por Minayo (2006, p. 212-213):

Falar do sucesso da contribuição das Ciências Sociais no Brasil e, por inclusão, da antropologia não exclui reconhecer a tensão e o caráter problemático da sua integração na área da saúde coletiva. Essa situação sempre existe quando tratamos de interação entre disciplinas com lógicas, histórias, formas de produção e propostas diferenciadas. Por isso,

queremos esclarecer que, ao construir essas classificações visando qualificar e diferenciar a produção da antropologia da saúde, atuamos para positivar cada uma delas. Devemos ressaltar, porém, que não estamos nos referindo a espaços e atores na sua elaboração e na sua capacidade individual de apropriação da tradição disciplinar da antropologia.

Compreende-se, dessa maneira, assim como defende Contandriopoulos (1998), que o maior desafio para o campo e o núcleo da saúde coletiva é uma efetivação de um verdadeiro diálogo entre as ciências da vida e as ciências humanas, por meio de uma perspectiva interdisciplinar, para que o olhar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença seja mais ampliado e contribua na produção de cuidados de saúde para a população.

2.2 Determinantes Sociais da Saúde

Diante da importância dos determinantes sociais da saúde no processo de saúde e adoecimento, e com o objetivo na diminuição das iniquidades em saúde no mundo todo, em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde fundou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH). Um ano depois, em 13 de março de 2006, por meio de um decreto presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), formada por um grupo interdisciplinar de atores sociais, com o intuito de promover, em âmbito nacional, uma tomada de consciência sobre sua importância para a saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades por eles geradas (CNDSS, 2008).

De acordo com a CNDSS (2008), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem ser definidos como “[...] os fatores sociais, econômicos, culturais étnicos/

raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” (Buss, Filho, 2007, p. 78).

O conceito dos DSS, conforme elaborado pela CNDSS (2008), foi inspirado no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), e pode ser resumido conforme a figura a seguir:

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Fonte: CNDSS, 2008, p.14

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) inclui os DSS organizados em diferentes categorias, conforme seu nível de abrangência, desde os determinantes individuais até os macrodeterminantes. Na figura, verifica-se que o indivíduo está na base do modelo, o qual inclui idade, sexo e fatores genéticos. Logo após, aparece a categoria de estilos de vida dos indivíduos. Essa categoria está localizada no limite entre os fatores individuais e os DSS, visto que os comportamentos não dependem somente de escolhas feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, pressão de pares, acesso a alimentos saudáveis, ao lazer,

entre outros. A categoria seguinte apresenta a importância das redes comunitárias e de apoio, que auxiliam na criação de redes de solidariedade para o desenvolvimento dos grupos mais desfavorecidos na sociedade. Já o próximo nível representa os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho; neste estão inclusos a disponibilidade de alimentos, acesso a saúde e educação, as condições de moradia, acesso a água e esgoto, a influência negativa do desemprego e das situações estressantes de trabalho. Por fim, na última categoria estão os macrodeterminantes, que estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo, também, determinantes supranacionais, como o processo de globalização (CNDSS, 2008; Carvalho, Buss, 2009).

Considera-se fundamental a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) conforme propõe a CNDSS (2008). Nesse estudo, mesmo considerando toda a complexidade presente na temática, conforme descrito no capítulo anterior, e os diversos modelos explicativos existentes, optamos por utilizar esta abordagem dos DSS com o intuito de buscar a apreensão dos profissionais da saúde sobre os determinantes sociais que constituem o processo de saúde-adoecimento-cuidado e as necessidades da população nos serviços de atenção básica à saúde.

2.3 Atenção básica à saúde

A atenção básica é definida como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo. O seu processo de trabalho é realizado em equipe, mediante de práticas

gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, para populações de territórios adstritos (Brasil, 2006).

A atenção básica também utiliza técnicas de elevada complexidade e baixa densidade, com o objetivo de resolver os principais problemas de saúde em seu território. É considerada a porta de entrada dos usuários no SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006).

Outro aspecto importante que caracteriza a atenção básica é que ela deve levar em conta a singularidade dos sujeitos, sua complexidade e a inserção sociocultural e, assim, buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos (Brasil, 2006).

Reconhece-se aqui que é importante também que cada profissional que trabalha na atenção básica identifique as influências dos fatores socioculturais no processo saúde-doença, buscando ampliar o cuidado para além do aspecto biológico do indivíduo, permitindo, dessa maneira, que se leve em conta as singularidades e particularidades dos indivíduos e haja uma melhora na qualidade de cuidado ao outro (Kreutz, Gaiva, Azevedo, 2006).

Além disso, como nos diz Campos (2000, p. 228), é necessário, “[...] assumir explicitamente que a saúde pública é uma construção social e histórica e que, portanto, depende de valores, ou seja, é resultante da assunção e da luta de alguns valores contra outros.”.

Campos (2000) propõe, ainda, que os sanitaristas e demais profissionais de saúde adotem uma visão de mundo baseados na defesa da vida dos indivíduos com os quais

trabalhem. Caberia a esses atores sociais posicionar-se sobre a existência ou não de saberes e das maneiras efetivas para se enfrentar os problemas de saúde, lidando de forma reflexiva e autônoma com os argumentos de natureza estritamente econômica e política no que diz respeito à organização das ações e serviços de saúde, fazendo valer seus legítimos interesses e necessidades como cidadãos.

Acredita-se que, para uma efetiva elaboração de projetos de cuidado integrais de saúde nos serviços de atenção básica, é importante entender de que maneira os profissionais de saúde desses serviços relacionam alguns aspectos dos DSS com o processo de saúde e adoecimento da população, bem como conseguem dar respostas satisfatórias aos usuários.

2.4 O cuidado em saúde como uma possibilidade prática para as ações em saúde e intervenção mediante os DSS.

Diante da complexidade das relações humanas, sociais, culturais, políticas e econômicas, bem como do objeto de estudo desta pesquisa, considera-se que estar atento aos DSS é imprescindível para o trabalho e para as ações de cuidado dos profissionais da saúde. Acredita-se, também, que seja importante assumir um posicionamento em relação aos valores e às atitudes que eticamente e moralmente possibilitem superar as dificuldades e as inércias presentes atualmente no cotidiano do trabalho em saúde nos serviços de atenção básica.

Desse modo, este estudo parte do pressuposto que uma das principais finalidades do trabalho em saúde seja o cuidado de indivíduos e populações, e que isso proporciona uma redução das vulnerabilidades, uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde aos DSS que constituem o processo saúde e doença e,

consequentemente, uma reflexão sobre como pensar e agir para a construção de um mundo com mais solidariedade, equidade e justiça social.

Entende-se aqui o termo cuidado conforme descrito por Ayres (2009a, p. 89) “Uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação de saúde.”.

Além disso, o cuidado em saúde pode ser compreendido como:

[...] uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade. (Ayres, 2009a, p. 42).

Sustenta-se que, para cuidar, os profissionais de saúde precisam estar atentos para o outro, que é fundamental a preocupação com outro e que, para isso, o olhar do profissional deve buscar ir além do motivo pelo qual os indivíduos procuram o serviço de saúde, ou seja, o ato de cuidado pressupõe que a ação em saúde seja muito além da queixa-conduta. “Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de ‘ser-no-mundo’.” (Ayres, 2009a, p. 63).

Além de estar atento à presença do outro, para que haja um cuidado em saúde efetivo é importante que sejam valorizadas as relações intersubjetivas entre profissionais e usuários, isto é, que haja uma escuta qualificada do outro, momentos de conversa, de acolhimento, para formação de vínculos e partilha de

responsabilidades, que proporcionarão um enriquecimento de horizontes e uma visão de mundo menos individualista e mais preocupada com o coletivo (Ayres, 2009a).

Para cuidar, conforme nos indica Ayres (2009a), é imprescindível, também, que se busque saber qual é o projeto de felicidade dos sujeitos para os quais são prestados os cuidados à saúde, qual a ideia que cada indivíduo atendido nos serviços de saúde tem sobre o bem viver, sobre como melhor se pode viver, para, dessa maneira, construir novas possibilidades de encontros terapêuticos mais efetivos, tanto para as pessoas que buscam os serviços de saúde como para os profissionais de saúde.

Atualmente, para que haja uma melhoria na qualidade das ações de saúde, observa-se que existe uma ampla discussão política sobre a importância da humanização da saúde. Compreende-se humanização como “o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum” (Ayres, 2009a, p. 80).

[...] embora se aceite que a felicidade humana é, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência é do que parece tratar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como proposta política, envolvendo inclusive as instituições do Estado. (Ayres, 2009a, p. 81).

A humanização em saúde é entendida como um processo no qual há uma maior interação entre os profissionais de saúde e os usuários atendidos nos serviços de saúde, por meio de um diálogo democrático e respeitoso, no sentido de uma comunicação mais efetiva, no qual haja respeito pela vida humana em suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

O cuidado em saúde deve ser uma ação prática realizada nos serviços de saúde que tenha como objetivo o acolhimento das necessidades de saúde dos usuários que buscam auxílio, por meio de um diálogo autêntico, no qual haja interesse por parte do profissional em ouvir o outro, para auxiliá-lo da melhor maneira, com respeito à autonomia do outro e com o intuito de promover a saúde e concorrer positivamente para que o usuário possa cuidar ativamente de sua saúde, orientado por seus legítimos projetos de felicidade.

Portanto, o cuidado em saúde apresenta-se como uma ação possível para reconstruir e ressignificar as práticas em saúde nos serviços de atenção básica, além de ser oportuna para esta pesquisa, pois interliga os objetos de interesse desse estudo, isto é, como alguns aspectos dos determinantes sociais da saúde são vistos e trabalhados nos serviços de atenção básica, e como cada ato assistencial tem proporcionado, ou não, um olhar ampliado e humanizado para todas as interfaces do processo saúde-doença e, ainda, auxiliado na diminuição das vulnerabilidades em saúde.

2.5 A compreensão das necessidades de saúde para um olhar mais ampliado aos DSS e para produção do cuidado em saúde.

Acredita-se, também, que seja importante ter um entendimento ampliado sobre o que são as necessidades de saúde, para melhor compreensão do objeto DSS e para olhar as possibilidades de cuidado da saúde dos usuários dos serviços de atenção básica. Escolheu-se utilizar dois conceitos que foram trabalhados em um estudo sobre as necessidades de saúde identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em uma região metropolitana (Fonseca et al., 2008).

De acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), as necessidades de saúde são consideradas como o principal objeto de trabalho e cuidado em saúde.

Dois aspectos da conceituação de necessidades de saúde aqui adotada precisam ser destacados. O primeiro diz respeito ao modo como elas estão articuladas às demandas pelos serviços. A *busca pelo cuidado em saúde*, dá-se por meio da antevisão do indivíduo da possibilidade de mudança de situações consideradas negativas para determinado problema. Cabe destacar que as situações, a antevisão e as necessidades são construídas social e historicamente e os *resultados das intervenções* sobre quaisquer carecimentos de um indivíduo ou de uma população dependem do acesso a cuidado efetivo.

O carecimento que gera a demanda é compreendido como uma alteração física, orgânica, como algum sofrimento ou, ainda, como uma situação vivida como desvantajosa pelo indivíduo ou grupo populacional. Constitui-se como necessidade de saúde quando existe uma busca de resposta nos serviços de saúde ou ao menos uma intervenção em saúde para esses carecimentos tida como potencialmente disponível (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000).

A origem social das necessidades de saúde é outra característica que é importante enfatizar, pois não se pode ignorar que em cada população há uma distribuição diferente das necessidades sociais (Schraiber, Mendes-Gonçalves2000). Entende-se que essa compreensão é fundamental para fortalecer os propósitos deste estudo.

Um segundo aspecto sobre o conceito de necessidades de saúde relevantes para o presente estudo vamos encontrar em Cecílio (2001). Esse autor desenvolve sua compreensão das necessidades de saúde apoiando-se em quatro conjuntos de

determinantes que julga deverem ser, de algum modo, identificados pelas políticas e por programas e profissionais da saúde que visam à integralidade do cuidado:

- *condições de vida*, ou seja, considera-se que a maneira como a pessoa vive se traduzirá em diferentes necessidades de saúde;
- *acesso às tecnologias* que contribuem para a manutenção da saúde ou o prolongamento da vida;
- criação de *vínculos* entre o profissional ou a equipe de saúde e os usuários,
- graus crescentes de *autonomia* que cada sujeito deve ter para conduzir a sua vida, o que ultrapassa a educação ou a informação que ele possa ter, e também se relaciona com suas necessidades específicas de saúde.

Considera-se que, é possível articular e utilizar esses dois aspectos da conceituação de necessidades de saúde, pois ambos possibilitam uma abordagem mais rica do nosso objeto de estudo e auxiliam na compreensão do modo como os DSS atravessam o manejo das necessidades de saúde na atenção básica.

3 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo identificar quais aspectos dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), tal como sistematizado por Dahlgren e Whitehead, são reconhecidos e manejados como necessidades na produção de cuidados em saúde no cotidiano do trabalho de profissionais de atenção básica do município de Marília.

4.1 Descrição da metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, “[...] uma atividade situada que localiza o observador no mundo.” (Denzin, Lincoln, 2006, p. 17), por meio de um conjunto de práticas materiais e interpretativas. A pesquisa qualitativa aplicada à saúde auxilia no estudo do significado dos fenômenos e como estes se apresentam por meio das percepções de seus sujeitos.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa possibilita uma aproximação entre sujeito e objeto por serem ambos da mesma natureza. Nesse sentido, é muito proveitosa para explorar as subjetividades, isto é, como os sujeitos se expressam (descrevem, pensam, opinam e avaliam) realidades vividas. Denzin e Lincoln (2006, p. 22) acrescentam que “[...] a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida.”.

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa é interpretativa e muito criativa, pois as descobertas no trabalho de campo são construídas e reconstruídas, a partir do olhar do pesquisador.

Outro fator importante é que, nessa metodologia, o pesquisador é o próprio instrumento da pesquisa, não sendo possível se pensar em uma neutralidade absoluta dele em relação ao seu objeto.

Dentre as abordagens possíveis na pesquisa qualitativa, optou-se pelo uso de observações participantes do tipo etnográfico e entrevistas semiestruturadas para produção de dados.

4.2 A observação participante de tipo etnográfico

A observação participante de tipo etnográfico é uma abordagem que surgiu na Antropologia e na Sociologia (Denzin, Lincoln, 2006). Tem-se mostrado bastante adequada para verificar as várias relações entre os planos ético-normativo e técnico, pois possibilita apreender as atitudes dos sujeitos, seus comportamentos, sua fala durante a realização do trabalho (Ferraz, 2008).

Segundo Denzin e Lincoln (2006, p. 52), as observações etnográficas:

[...] são sempre orientadas por imagens do mundo que determinam quais são os dados principais e quais não o são: um ato de atenção em relação a um objeto e não a outro revela uma dimensão do compromisso de valor do observador, bem como os interesses repletos de valor.

Os principais elementos a serem observados são as maneiras de agir e interagir, a linguagem verbal e a não verbal e os ambientes interno e externo (Schraiber, Falcão, 2006).

Schraiber e Falcão (2008) recomendam que os registros de todas as informações sejam transcritos em um diário de campo, como uma maneira de objetivação da situação de campo, coletando todos os dados importantes do contexto. Tal diário, deve ser bem detalhado, preciso e sistemático, além de incluir notas descritivas e notas reflexivas.

Minayo (2000) apresenta três princípios gerais da observação participante:

- a. “Ter objetivos realmente científicos e conhecer os valores e critérios da etnografia moderna.” (Minayo, 2000, p. 138).

- b. “O segundo ponto do método é colocar-se em boas condições de trabalho e dispor-se a viver no contexto, aberto à realidade do grupo pesquisado.” (Minayo, 2000, p. 139).
- c. “[...] aplicação de um certo número de métodos particulares para selecionar, coletar, manipular e estabelecer os dados.” (Minayo, 2000, p. 145).

(ANEXO A)

4.3 A entrevista semiestruturada

Também é muito útil quando se deseja apreender valores, pensamentos, representações de algo no mundo, na cultura de determinado povo. Além disso, possibilita ao pesquisador certa flexibilidade quanto ao conteúdo da entrevista, podendo-se adicionar e explorar novos aspectos ainda não pensados. Dentre as suas limitações, apresenta-se a dificuldade para organizar e analisar os dados coletados, por se tratar de pessoas diferentes e informações diferentes (Schraiber, 1995).

De acordo com Minayo (2000, p. 110), a entrevista é uma ferramenta privilegiada para coleta de dados devido à:

[...] possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma 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.

A entrevista pode se estruturar de diversas maneiras, dentre as quais escolheu-se, para contemplar os objetivos propostos deste trabalho, a entrevista semiestruturada, “[...] que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado

tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.” (Minayo, 2000, p. 108). Foi usado um roteiro com a finalidade de “[...] ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.” (Minayo, 2000, p. 98). Neste, tentou-se contemplar questões formuladas com base nas interfaces entre os quadros conceituais dos DSS, em particular as categorias presentes no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), e também do Cuidado em Saúde (Ayres, 2009a) e das Necessidades de Saúde (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000; Cecílio, 2001) (ANEXOB).

As entrevistas apresentam a qualidade de “[...] enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação.” (Minayo, 2000, p. 122).

As entrevistas foram gravadas e transcritas, procedendo-se à conferência de fidelidade da transcrição, como recomenda a técnica de entrevistas gravadas, e seu conteúdo selecionado, isto é, relacionado com os objetivos propostos.

[O gravador] Permite captar e reter por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância: as pausas de reflexão e de dúvida ou a entonação de voz nas expressões de surpresa, entusiasmo, crítica, ceticismo, ou erros – elementos esses que compõem com as idéias e os conceitos a produção do sentido da fala, aprimorando a compreensão da própria narrativa. (Schraiber, 1995, p. 71).

Como sugere Schraiber (1995), a pesquisadora também realizou anotações num caderno de campo sobre as condições da entrevista e suas próprias impressões.

4.4 Local da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada no município de Marília, região centro-oeste do Estado de São Paulo, que tem aproximadamente 220 mil habitantes. De acordo com o Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (SEADE), coletados no Censo de 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para esse município, é de 0,821, considerado elevado para o Estado (São Paulo, 2010). Cabe destacar que esse índice é uma medida comparativa que integra três dimensões: renda, escolaridade e longevidade de uma população, além de ser uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população.

A atenção básica no município de Marília é constituída por 41 unidades de atenção básica, sendo 29 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS). De acordo com a política nacional de atenção básica (Brasil, 2006), uma UBS sem a Saúde da Família, em grandes centros urbanos, deve atender até 30 mil habitantes, dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária. Nas UBS do município, a equipe de trabalho é composta por uma enfermeira gerente, enfermeiras assistenciais, clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, dentistas, psicólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar de escrita, funcionários para serviços gerais e agentes comunitários de saúde. Em algumas UBS, ainda há outros profissionais que atendem não apenas os usuários adstritos ao território, mas de toda a região do município, como farmacêuticos, fonoaudiólogos, endodontistas e oftalmologistas.

A ESF surgiu no Brasil em 1994 e é considerada a principal estratégia de reorganização da atenção básica em todo o país (Brasil, 2006). No município de

Marília a ESF foi implantada em 1998 e a equipe de trabalho é formada por um médico, um enfermeira, uma dentista, três auxiliares de enfermagem, ou técnico de enfermagem, um auxiliar da dentista e agentes comunitários de saúde. Cada equipe acompanha de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas de um território adstrito.

Para a escolha dos serviços de saúde incluídos no estudo, optou-se por ter uma conversa prévia com os coordenadores da atenção básica do município de Marília, para que indicassem uma UBS e uma ESF para realização da pesquisa, levando-se em consideração que essas unidades estejam localizadas em um território no qual a população adstrita apresente uma situação social desfavorável, o que tende a tornar mais expressiva, ao menos potencialmente, a visibilidade da relação entre condições de vida e saúde-doença, o que favorece a aproximação do estudo aos seus objetivos.

Cabe destacar que o principal objetivo da escolha de uma UBS e uma ESF não teve fins comparativos, mas buscou diferentes possibilidades de apreensão dos DSS no cotidiano da atenção básica.

4.5 Trabalho de campo

Primeiramente, foi agendada uma conversa com cada equipe de saúde escolhida para apresentar e explicar a pesquisa. No período do trabalho de campo, realizado de dezembro de 2009 a abril de 2010, havia na UBS 33 trabalhadores da saúde: uma enfermeira gerente, duas enfermeiras assistenciais, três clínicos gerais, três pediatras, dois ginecologistas, uma psicóloga, duas dentistas, dois técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, oito ACS, um auxiliar de escrita, dois auxiliares de serviços gerais. Na ESF havia doze trabalhadores da saúde: uma enfermeira, uma médica, uma dentista, três auxiliares de enfermagem, quatro ACS, um auxiliar de

escrita, um auxiliar de serviços gerais. Cabe ressaltar que, nessa ESF, há também trabalhadores da saúde que fazem residência em saúde da família, uma enfermeira residente e um dentista residente; e, em alguns períodos da semana, uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) composta por uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma psiquiatra. Em cada Unidade de Saúde foi realizada a observação participante no trabalho de cinco profissionais de saúde, durante cinco momentos diferentes.

- Acolhimento;
- Consulta médica;
- Consulta de enfermagem;
- Consulta dentária e
- Grupo educativo.

As cinco atividades escolhidas para essa pesquisa foram eleitas pensando-se em ações realizadas tanto na UBS como na ESF, bem como, por se tratarem de ações que necessitam não apenas de tecnologia dura, mas também de tecnologia leve³, na qual o fator humano e a relação profissional-usuário são essenciais para sua realização, e por permitirem uma aproximação com o objetivo desse trabalho, que é a apreensão do olhar de cada profissional da saúde sobre os Determinantes Sociais da Saúde durante a realização do cuidado em saúde.

Depois da realização das observações participantes nas unidades de saúde, agendou-se entrevistas semi-estruturadas com cinco profissionais de saúde de cada unidade estudada, com o intuito de compreender o significado atribuído aos DSS

³ Merhy considera que o cuidado em saúde se realiza fundamentalmente pelas tecnologias leves, que dependem do trabalho vivo de profissionais de saúde, num encontro entre sujeito. MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

pelos profissionais no cotidiano do cuidado em saúde por eles desenvolvido. Para a escolha dos profissionais que foram entrevistados, optou-se por convidar aqueles que haviam sido observados no primeiro momento de trabalho de campo da pesquisa. Não houve recusa, as profissionais mostraram-se solícitas em contribuir com o estudo. Além disso, cabe destacar que foram entrevistadas apenas profissionais do sexo feminino. Não se tratou de uma escolha intencional da pesquisadora, mas deveu-se ao fato de que, dos dois serviços estudados, a maioria dos profissionais são mulheres. Esse aspecto deve ser levado em consideração na interpretação dos resultados, pois pode expressar uma perspectiva de gênero.

As entrevistas duraram cerca de uma hora.

4.6 Interpretação do material coletado

O material empírico foi trabalhado desde uma perspectiva hermenêutica, entendida no sentido gadameriano de procedimento interpretativo-compreensivo (Ayres, 1997). Segundo Ayres (1997, p. 39), na hermenêutica de Gadamer:

[...] o interpretado suscita questões inéditas para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através desta complexa "dialética de pergunta e resposta", sempre intermediada pela linguagem, realizasse, segundo Gadamer, o compreender.

Desse modo, foi objeto de tratamento interpretativo-compreensivo o conjunto das observações realizadas, as falas dos profissionais, as comunicações verbais e não-verbais e, posteriormente, interligados os discursos a fim de compreender a totalidade dos significados sobre a temática escolhida mediante as concepções sobre os DSS presentes nos discursos dos profissionais de saúde da atenção básica.

O tratamento interpretativo partiu da leitura repetida de todo o material, produzida no campo, seguindo o critério de impregnação (Schraiber, 1995; Minayo, 2000): lê-se cada material empírico de modo a se apreender o significado de cada ação observada e, também, o pensamento de cada sujeito durante cada entrevista em seu todo. Em seguida, faz-se a identificação de eixos temáticos previstos e emergentes e elabora-se um roteiro temático. Por fim, os temas foram trabalhados com enriquecimentos teóricos e reflexivos, ao tempo em que vão sendo, simultaneamente, relacionados e hierarquizados em uma totalidade compreensiva do fenômeno estudado.

Após profunda reflexão sobre as observações participantes descritas em um diário de campo, bem como de uma leitura repetida e escuta das transcrições das entrevistas semiestruturadas de profissionais de saúde e, por meio de uma análise interpretativa-compreensiva, conforme exposto anteriormente, e baseada nas categorias do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) para os DSS, na concepção de cuidado e saúde (Ayres, 2009a) e levando-se em consideração as compreensões de necessidades de saúde de Schraiber e Mendes Gonçalves (2000) e Cecílio (2001), elaboraram-se alguns eixos temáticos que buscam elucidar as concepções presentes nos discursos das profissionais da saúde para se compreender quais aspectos e como os DSS são reconhecidos e manejados como necessidades durante o cuidado em saúde com o usuário e sua família nos serviços de atenção básica do município de Marília.

Para melhor ilustrar os resultados encontrados, durante a exposição dos discursos, serão descritas também algumas características das profissionais de saúde que foram observadas durante o trabalho de campo que demonstram as competências

e habilidades em relação à temática estudada. Além disso, foram sublinhadas as falas que a pesquisadora considerou importante destacar, pois ilustram principalmente o foco de maior percepção naquele depoimento.

Cabe referir que a questão 12 do Anexo B, prevista no roteiro original da entrevista, não foi explorada, pois ao longo da análise foi verificado pela pesquisadora que a pergunta trazia conteúdos e reflexões que extrapolavam os objetivos mais centrais deste estudo, podendo ser retomadas em análises posteriores.

Para nos referirmos aos depoentes foram criados nomes fictícios, com o intuito de resguardar eticamente a identidade de cada participante.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas CAPPesq (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marília (ANEXO D). O contato com as Unidades de Saúde foi feito primeiramente por meio da Coordenação da atenção básica do município; em seguida, agendou-se uma reunião com cada equipe para explicar a pesquisa e deixar claro o caráter voluntário em participar do estudo. As observações participantes e as entrevistas foram realizadas após consentimento ético, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E) dos sujeitos participantes da pesquisa, garantindo a privacidade dos informantes e das instituições envolvidas na divulgação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se nos discursos das profissionais da saúde que as condições de vida e trabalho dos usuários e de suas famílias, tal como apresentado no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) para os DSS, apresentam-se como um importante eixo sobre a temática, pois possibilita compreender quais os carecimentos e as necessidades de saúde que são identificadas pelos profissionais e quais as práticas de cuidado em saúde realizadas. Por isso, partiremos dessa categoria do modelo para a apresentação dos resultados e discussão. Além disso, dentro dessa categoria, serão apresentadas algumas das subcategorias presentes no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), em alguns casos agrupadas, conforme a ênfase presente nos discursos e nas observações.

Observou-se, também, que a categoria condições de vida e trabalho apresenta várias interfaces e interdependência com todas as outras categorias, contudo ora as profissionais de saúde focalizam as categorias que são apresentadas nos níveis a seguir, como as redes sociais e comunitárias e o estilo de vida dos indivíduos, ora elas enfatizam os macrodeterminantes, nível imediatamente acima no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Assim, outra opção, para facilitar construção do conhecimento deste estudo, foi apresentar as demais categorias do modelo como eixos temáticos.

Eixos temáticos:

- Condições de vida e trabalho, as necessidades de saúde e ações de cuidado à saúde na atenção básica;
 - ❖ Serviços sociais de saúde, as necessidades de saúde e as ações de cuidado à saúde;
 - ❖ Educação, as necessidades de saúde e as ações de cuidado à saúde;
 - ❖ Ambiente de trabalho, o desemprego, as necessidades de saúde e as ações de cuidado à saúde;
 - ❖ Habitação, água e esgoto, as necessidades de saúde e as ações de cuidado à saúde;
- O estilo de vida dos indivíduos, as necessidades de saúde e as ações de cuidado à saúde na atenção básica;
- Redes sociais e comunitárias, as necessidades de saúde e as ações de cuidado à saúde na atenção básica;
- Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, as necessidades de saúde e ações de cuidado à saúde na atenção básica.

5.1 Quadro Síntese das Entrevistadas

Pseudônimo	Função profissional	Sexo	Cor/Raça	Idade	Tempo de serviço	Local de trabalho
Joice	Psicóloga	Feminino	Branca	25 anos	1 a 8 m	UBS
Gilmara	Médica	Feminino	Branca	31 anos	2 anos	UBS
Bruna	Enfermeira	Feminino	Amarela	29 anos	5 a 6 m	UBS
Tainara	Gerente	Feminino	Branca	50 anos	10 anos	UBS
Letícia	Dentista	Feminino	Branca	49 anos	20 anos	UBS
Jéssica	ACS	Feminino	Parda	48 anos	4 a 6 m	ESF
Gabriela	Enfermeira	Feminino	Branca	29 anos	5 anos	ESF
Angélica	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	Branca	30 anos	7 meses	ESF
Clara	Médica	Feminino	Branca	32 anos	4 a 6m	ESF
Vera	Dentista	Feminino	Branca	33 anos	5 anos	ESF

Quadro 1. Síntese das entrevistadas

5.2 Condições de vida e trabalho, as necessidades de saúde e a produção de cuidados em saúde na atenção básica

Os discursos das profissionais de saúde denotam que há um reconhecimento de que as condições de vida e trabalho dos usuários dos serviços de atenção básica são importantes DSS, as quais constituem os processos de saúde, adoecimento e cuidado da população e que existe uma relação bastante complexa entre os vários DSS, conforme descrito na introdução deste estudo.

Logo no início das entrevistas, quando as profissionais de saúde foram questionadas sobre quais as necessidades de saúde elas identificavam na população atendida, prontamente várias comentaram sobre os cuidados realizados aos hipertensos e diabéticos.

Letícia: *“Eu atendo muito paciente diabético e hipertenso.”*

Clara: *“De uma forma geral, a gente tem bastante hipertensos e diabéticos.”*

Tainara: *“[...] olha, é o hipertenso e o diabético.”*

Gilmara: *“Aqui nessa UBS, o que mais a gente tem são diabéticos e hipertensos.”*

Angélica: *“[...] nós estamos fazendo alguns grupos, tem o grupo de hipertenso, tem o grupo de diabético.”*

Cabe destacar que a hipertensão arterial e o diabetes melito tipo 2 são doenças que já apresentam muitas comprovações e evidências científicas que se manifestam nos indivíduos após associação dos vários DSS, tais como as condições de vida e trabalho das pessoas, a idade, o sexo, os fatores hereditários, o estilo de vida, as redes sociais de apoio, bem como os macrodeterminantes (Brasil, 2008).

Com esses discursos, bem como a observação da prática profissional, verificou-se que existe um olhar, uma atenção, um cuidado em saúde das profissionais para os DSS por meio das manifestações concretas percebidas no cotidiano do trabalho (hipertensão e diabetes) que se configuram como as necessidades de saúde mais prevalentes dos indivíduos na atenção básica, por isso, provavelmente, tais depoimentos foram os primeiros relatos das entrevistadas. Além disso, identificou-se, nos dois serviços estudados, que há várias ações em saúde já bem estruturadas, como o programa para cuidados aos hipertensos e diabéticos, grupos educativos e consultas agendadas regularmente que procuram cuidar de modo integral desses indivíduos.

Nesse mesmo questionamento sobre as necessidades de saúde identificadas na população assistida, posteriormente as profissionais de saúde discorreram sobre como as condições de vida e trabalho dos usuários e de suas famílias se configuram como DSS e como isso se reflete nas ações de cuidado realizadas por elas e, também, no autocuidado em saúde.

Observou-se que há uma forte percepção por parte das profissionais da saúde de que alguns aspectos das condições de vida e trabalho desfavoráveis para o bem viver, como a pobreza e as dificuldades socioeconômicas, que se caracterizam como carecimentos sociais, que têm um impacto negativo nos processos de saúde e adoecimento dos usuários e nas ações de cuidado à saúde, são DSS. Cabe lembrar também que, a pobreza e as dificuldades sócio-econômicas, no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), enquadram-se mais como um aspecto negativo dos macrodeterminantes do processo saúde-doença, contudo observou-se que, o enfoque dos discursos das entrevistadas era mais para as condições de vida e trabalho dos indivíduos. Essa compreensão de algumas profissionais nos faz pensar no seguinte

questionamento: será que os DSS não estariam sendo “confundidos”, ou pensados como sinônimos de pobreza e condições de vida desfavoráveis?

Joice: “[...] a situação social interfere e muito, é muito diferente você trabalhar com uma pessoa de renda mínima, com uma pessoa que não tem as condições de vida que tem que ter para sobreviver.”

Jéssica: “[...] é assim, temos duas realidades, temos os moradores que trabalham e tem uma vida estável e temos a comunidade que é um povo bem necessitado, muito necessitado, então é assim, porque essa parte de dificuldade financeira abala um pouco, é assim onde assim, tem a falta de higiene no caso da comunidade, falta de higiene, como, muito lixo, eu acho que isso afeta um pouco a saúde é lógico, devido a esse tipo de vida que eles têm.”

Gilmara: “[...] a maioria das pessoas daqui, a gente percebe que tem muito problema financeiro, não tem emprego, filho usando droga. Então, muito problema social mesmo, dentro de casa, e que aí, você começa a atravessar tudo isso pro consultório. Então, não adianta você só tratar o diabetes, a hipertensão, dar o remédio para a depressão, para a pessoa dormir, se a base de tudo aquilo é um contexto familiar o social, no qual a maioria das vezes você não tem como interferir. É uma situação um pouquinho mais complicada, que tá ligada a casa, a criação, a estrutura familiar, onde é muito complicado você tentar entrar ali e impedir aquilo ali, tentar resolver a situação. Os problemas são muito maiores.”

Gilmara: “Influencia, porque sempre que vou atender uma pessoa, não me limito apenas na questão da doença dela, eu sempre questiono se está com algum problema em casa. A maioria das vezes você vê que aquilo tem um fundo de problema mesmo, relacionado aos determinantes sociais, da família, do lar, da falta de emprego, de todas aquelas coisas. Eu procuro mostrar pra pessoa, que ela tem que tentar se ajudar, tentar lutar pra mudar aquela situação, pois não adianta ela tomar o remédio que eu to mandando, sendo que ela voltará ao mesmo ambiente que não mudou. Então, eu tento analisar a situação como um todo e convencer a pessoa a tentar mudar a situação para melhorar a saúde.”

Essas profissionais observam durante a realização do cuidado em saúde que existem alguns carecimentos sociais que elas pouco conseguem intervir, apesar de identificá-los e abordá-los com os usuários durante as ações em saúde. Chama a atenção também a reflexão feita pela médica Gilmara, de que, na maioria das vezes,

ela identifica que acaba por cuidar dos ‘sintomas’ que se manifestam nas pessoas por conta da interação entre os diversos DSS.

No próximo depoimento, a médica Gilmara conta uma história que demonstra o quanto conviver com os carecimentos sociais e lidar com as condições de vida e trabalho desfavoráveis, como o desemprego, a falta de uma estrutura familiar, o vício por drogas, faz mal à saúde dos indivíduos e da população assistida nos serviços de Atenção básica.

Gilmara: “[...] outra coisa, que eu não tive muito envolvimento, foi uma senhora há pouquinhos dias. Ela faz acompanhamento psiquiátrico, pra saúde mental, e eu fiquei boba de ver o tanto de medicações que ela tomava, tomava acho que dez comprimidos por dia. E ela tava aqui porque ela tava sem receita, pois ela tinha vencido, e só tinha o retorno depois de um tempo. Ela veio conversar e começou a me contar que ela tinha um filho em casa, de 35 anos, desempregado que tava usando crack e cocaína. O marido tinha abandonado a família, ela tava sozinha e desempregada, e aquele filho também dentro de casa. Aí ela começou a me contar, ela fumava dois maços por dia de cigarro, aquele tanto de remédio, e aí eu fui entender o que aquela situação dentro de uma casa faz com uma mãe, que cuidou a vida inteira daquele filho, abandonada pelo marido. Aí fui entender porque ela toma dez comprimidos, se fosse eu tinha tomado trinta, porque eu acho que eu não ia ter a estrutura que aquela mulher tava tendo. São essas coisas que a gente vive no dia a dia aqui dentro [...] Ver a situação de vida daquela pessoa, ver o tanto que precisa daquela medicação, e olhar e pensar, ‘não sei se algum dia ela vai conseguir se libertar dessa medicação porque não sei se ela vai conseguir tirar o filho dela daquela situação’. Nessa hora você se sente um pouco impotente. Eu ouvi, tentei conversar um pouco, mas não tive muito o que fazer por ela, porque o buraco é mais em baixo, o que eu vou fazer com esse filho dela? Maior de idade, usando droga, desempregado, o que vou fazer? Uma coisa muito difícil de eu poder ajudar? Mas a gente tá aí, como se diz, a gente tem que levantar a cabeça e pensar que outros vão precisar da minha ajuda aqui dentro, então eu procuro ter um equilíbrio e tentar oferecer o que eu posso, mas também eu não consigo resolver todos os problemas.”

Ao fazer o exercício de se colocar no lugar do indivíduo que sofre, devido a condições familiares, sociais e financeiras inadequadas para o bem viver, a médica Gilmara fala sobre o sentimento de impotência e argumenta que, se fosse com ela, provavelmente ela estaria muito mais adoecida que a sua paciente. Além disso, relata

que, mesmo tendo consciência de que não é capaz de resolver todos os problemas identificados, que são os carecimentos e as necessidades dos indivíduos, ela busca manter um equilíbrio para poder ajudar as pessoas que lhe procuram e tenta, em suas ações práticas: otimizar a interação com o usuário, o que facilita na formação de vínculos; auxiliar na expansão dos horizontes terapêuticos, respeitando a autonomia do outro. Desse modo, entende-se que essa profissional tem procurado dar respostas satisfatórias às necessidades de saúde dos usuários e proporcionar um cuidado em saúde integral e mais humanizado.

A enfermeira Bruna, no relato a seguir, nos conta a história de uma família do território de abrangência da UBS que vive em condições de vida bastante precárias, com diversos carecimentos e necessidades de saúde, e como a equipe de saúde se mobilizou e se organizou para tentar cuidar dessa família.

Bruna: *“Teve uma paciente, que é essa paciente dos oito filhos, que não foi fazer a laqueadura. Primeira visita domiciliar que foi feita, ela morava numa casa que tinha dois ou três cômodos só, com oito filhos mais o marido. O marido tava desempregado, ela não trabalhava, ela recebe Bolsa Família, com oito filhos. Eles estavam com muitas feridas no corpo. A primeira visita quem fez foi a enfermeira gerente com as agentes comunitárias. Ela trouxe pra mim esse caso, as crianças estavam com feridas no corpo, e estavam sujinhas, higiene precária, pra gente fazer uma visita. A gente fez, eu fui, junto com a fono. E realmente, lá é barro, o esgoto a céu aberto, e as crianças brincavam, corriam no meio do esgoto. E aquilo, e todas assim, higiene precária, e tava um frio, um frio, e as crianças estavam com um... Tinha uma das meninhas que tava com uma camisolinha de alcinha, e eu e a fono com blusa de lã, com cacharrel e tudo, e a menininha lá peladinha. Tinha roupa no varal, e uma das meninas maiores tava fazendo o café, café puro. Não cheguei a entrar na casa, e no chão, perto da entrada da sala da casa, tinha um tipo um tapete meio que de papelão, com arroz, resto de arroz jogado, com larva também, e aquele criançada, em contato com aquilo lá. Então resto de comida sobra, joga ali mesmo. Não tem consciência que a coleta de lixo passava na rua de cima. Não tinha o cuidado de tá colocando num saco e colocando pro lixeiro tá levando. Isso é uma das dificuldades também. Então estar orientando a criançada a não tá pisando onde tinha água do esgoto, essa orientação a mãe não dá, e às vezes a mãe assim, 32 anos, a gente explicava pra ela e ela entendia, dava até pra conversar com ela, explicar as coisas que ela entendia, mas não ligava muito, porque também era muita*

criança, e também às vezes não dava conta. E a gente resolveu fazer uma vaquinha, cada um trazia uma coisa, até produto de limpeza, sabonete, pasta de dente, cesta básica, e levava. E roupa também, que não servia mais, das crianças dos funcionários daqui, pra tá fornecendo pra eles. Entregamos tudo, mas também não resolve muito. Depende da prioridade da pessoa, porque a gente passando lá pro Nova Marília IV, Nova Marília III, a gente vê restos de roupa jogada nos terrenos. O pessoal não tem consciência de que aquilo pode prejudicar a saúde deles, trazer doenças, e animais, que fazem mal pra saúde, e pega pra casa deles, eles não têm consciência mesmo, não tão nem aí. Essa é uma dificuldade de tá colocando isso na cabeça deles de cada um fazer sua parte. E isso, não sei se vai mudar.”

Pesquisadora: *“Nesse caso específico que você contou, foi a equipe toda que se mobilizou?”*

Bruna: *“A equipe toda se mobilizou pra ‘tá ajudando essa família, mas depois foi uma desilusão, porque a gente conseguiu que a laqueadura fosse aprovada, dessa mãe, mas aí ela chegou e falou que não foi porque não tinha ninguém pra cuidar do filho. A gente tá rezando pra ela não engravidar de novo, pra não trazer mais uma criança pra sofrer nesse mundo.”*

Pesquisadora: *“Você achou que teve algum resultado a intervenção de vocês, vocês tiveram algum outro tipo de intervenção, no sentido de orientação, pra essa família?”*

Bruna: *“No dia nós orientamos, pra trazer no pediatra, tinha que tomar banho, dar banho nas crianças, não ficar brincando no esgoto, mas acho que deu uma melhorada sim, razoável, mas deu. Ela trouxe no pediatra, mas geralmente quando ela vem, são oito filhos. Eu percebo que, como ‘tão na idade escolar, no pré e no parque, às vezes ficam no parque o dia inteiro então come, almoça no parque e esse lanche, esse almoço, vai ser pro dia inteiro mesmo muitas vezes. Até porque não tem comida pra oito bocas em casa. Mas ela não vem pra pedir as coisas não, essa mãe.”*

Observa-se que, ao narrar a história dessa família, a profissional de saúde já faz uma análise crítica de como as condições de vida precária estão prejudicando o processo de saúde, o adoecimento e o cuidado dos vários indivíduos que integram essa família. As ações de intervenções de saúde da equipe para cuidar dessa família foram: apoio social, por meio de doação de cesta básica e roupas, que a própria profissional avaliou como uma ação assistencialista pouco eficaz, pois muitas roupas

doadas são usadas poucas vezes e depois são jogadas fora; apoio para o planejamento familiar, por meio da aprovação da laqueadura, que não foi concretizada devido à interação dos vários DSS, e gerou o sentimento de desânimo nessa profissional; orientação para promoção e prevenção à saúde, como cuidados com a higiene e a moradia; e incentivo à utilização da UBS para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Estas últimas ações de cuidado, que focalizaram a necessidade de melhoria nas condições de vida, um maior vínculo com os profissionais de saúde e acesso ao serviço de atenção básica foram avaliadas como as que, provavelmente, tenham tido um maior impacto na saúde da família, pois possibilitaram uma melhoria, mesmo que pequena, no bem-estar dos indivíduos. Talvez, como sugere Cecílio (2001), a questão do fortalecimento da autonomia dos vários sujeitos dessa família fosse outro aspecto importante que poderia ter sido abordado pela equipe. Cabe destacar que nesse caso, positivamente, houve um trabalho em equipe, uma mobilização coletiva dos profissionais de saúde para realização do cuidado em saúde.

No próximo diálogo, a dentista Vera verbaliza sobre as dificuldades enfrentadas por ela no cotidiano do trabalho na ESF, a dor e o sofrimento que ela apresenta ao realizar uma visita domiciliar e ver de perto situações de precariedade de vida de uma parte da população do seu território adstrito que se caracterizam como carecimentos da população. Isso nos faz questionar: De que maneira algumas atividades realizadas na atenção básica tem mobilizado os trabalhadores da saúde?

Vera: *“Olha, quando eu comecei a trabalhar aqui, eu achei que eu não fosse dar conta, por ser uma área bastante carente, eu fiquei muito chocada com o que eu via nas visitas domiciliares, então eu achei que não fosse aguentar. Aí depois de um tempo a gente vai se habituando, vai conhecendo as pessoas, mas eu sempre fico*

chocada. Se eu te falasse sinceramente, a atividade que eu menos gosto de fazer é a visita domiciliar, porque eu fico muito abalada com as coisas que eu vejo [...] Eu acho que eu consegui aprender trabalhar bastante isso, mas eu ainda sofro muito com isso.”

A dentista Vera, apesar das condições de vida desfavoráveis reconhecidas e percebidas diariamente no trabalho, que muitas vezes provocam nela a sensação permanente de angústia e sofrimento, pois sabe que não depende apenas dela, do setor da saúde, para melhorar as condições de vida das famílias, conseguiu identificar nas consultas dentárias a importância das ações efetivas de cuidado à saúde, por meio de um olhar mais atento para as necessidades de saúde para as quais ela poderia intervir.

Vera: “[...] *acho que eu aprendi a trabalhar com essa comunidade, acho que eu tenho dificuldades, mas eu acho que se fosse outra pessoa e tivesse dificuldade em lidar com pessoas com carências educacionais e condição de higiene. Têm pacientes que você vai, e realmente você sente nojo de tocar no paciente, e assim, eu tenho conseguido, acho que superar essas dificuldades, mas eu me sinto em dois mundos, quando eu to aqui trabalhando, quando eu saio em visita acho que desço um degrau ainda, desço um pouquinho a mais e na hora que eu vou embora para a minha casa parece que eu estou em outro mundo. Então eu me sinto bastante dividida, sempre nas minhas orações eu peço bastante força pra Deus que me dê forças para eu conseguir dar o melhor de mim, e que ele me use para conseguir suprir as carências destas pessoas porque tem pessoas, que eu vejo assim, e que eu aprendi a ver isso aqui, que o tratamento odontológico ajuda a melhorar a qualidade de vida deles, não é dente que vai melhorar, não é a boca que vai melhorar, é a vida deles que vai melhorar.”*

Na continuação do relato da dentista Vera, verifica-se que, mesmo tendo que lidar com situações complicadas e precárias, atitudes práticas, como determinadas ações intersubjetivas e humanizadas de cuidado (proporcionar o acesso aos serviços de saúde, o acolhimento, a escuta, o interesse, estar atenta ao outro, a formação de vínculos e o respeito à autonomia do outro) podem promover a saúde e a felicidade

dos indivíduos e, também, proporcionar uma maior satisfação na realização das atividades laborais.

Entrevistadora: *“Eu queria que agora você me contasse algum caso marcante, alguma situação, alguma família, algo que marca você até hoje e que esteja relacionado com essa conversa sobre os determinantes.”*

Vera: *“Tá, uma criança que eu atendi, acho que faz uns dois anos, é uma família assim que eu fiquei bastante chocada com a situação da família, com a condição de organização da família. São duas irmãs casadas com o mesmo homem e têm filhos, que são primos e irmãos, e a gente atendeu a família toda, todas as crianças, acho que ao todo são oito crianças das duas irmãs, e uma das crianças que veio tinha um nome super diferente que não vou nem citar por questões éticas. Era assim, no começo ela vinha e não falava nada, era super quietinha, aí depois no começo ela vinha e começava a conversar e teve um dia que ela sentou na cadeira odontológica e ela virou para mim e falou ‘Ah, eu gosto tanto de vir aqui no dentista.’, aquilo me comoveu de um tanto porque eu falei assim ‘Nossa, as crianças fogem tanto dos dentistas’, e eu percebi naquela criança que naquele momento ela tinha um cuidado para ela, porque aquele espaço era dela. Então ela gostava de vir por conta daquilo. Nossa! Mas aquilo me emocionou de um tanto e até hoje, quando eu vejo ela e lembro da situação que ela me falava, eu fico emocionada e isso se repetiu com outras crianças também, que eu vejo que a carência afetiva é muito grande, acho que por ser uma família grande, pelas condições de pobreza que eles vivem, de falta de tudo. Então, falta até carinho, que é uma coisa que não fui eu quem propus pra ela, mas foi o que ela identificou no tratamento. Então eu tenho muita dificuldade em atendimento de criança por conta de questões técnicas mesmo, tem mais salivação, não abre tanto a boca, não tem paciência, quer terminar logo o tratamento, mas por outro lado é tão gratificante essa parte que eles se envolvem, eles criam um vínculo verdadeiro com a gente, já até na hora que você está passando na rua, indo embora eles abanam a mão, então esse caso me marcou bastante, da carência afetiva que ela conseguiu, sei lá, se sensibilizar aqui no tratamento odontológico. Acho que foi o caso mais marcante.”*

Nesse caso também verifica-se que o cuidado em saúde conseguiu mobilizar positivamente uma criança que sofre principalmente devido a uma provável desorganização na sua rede de apoio familiar e que gera uma grande carência afetiva, reforçando o quão importantes são as atitudes efetivas de cuidado humanizado à saúde que se propõe a intervir nas necessidades de saúde dos indivíduos.

A seguir, no discurso da enfermeira Gabriela, verifica-se que, apesar das diferentes condições de vida e trabalho da população, o cuidado em saúde integral, que tem um olhar ampliado para todas as necessidades de saúde dos usuários, faz com que o profissional de saúde, a equipe e o usuário se sintam mais felizes, e a ação é recíproca, devido à fusão de horizontes e à construção de projetos de felicidade, que levam em consideração qual a ideia que cada indivíduo que é atendido nos serviços de saúde tem sobre o bem viver, sobre como melhor se pode viver e se cuidar.

Gabriela: *“Agora uma experiência maravilhosa que a gente teve foi quando a unidade não tinha móvel, não tinha nada, a gente estava começando a unidade quando estava começando o cadastramento na rua, e em um destes cadastramentos nós descobrimos uma família de um etilista, que ele estava desesperado para iniciar o tratamento, nós começamos o tratamento para ele na unidade. A unidade não tinha nada, a gente estava no chão com ele, conversando com ele e com a esposa, a gente conseguiu fazer um link com o trabalho dele e a gente conseguiu interná-lo, ele foi internado para o momento de desintoxicação e a empresa aceitou numa boa e depois a empresa inseriu ele de novo no trabalho, não foi demitido nem nada, e a gente continuou, com o movimento, com a família de reabilitação. Ele já tinha um filho de treze anos, aí ele melhorou, ficou super bem, parou de beber, frequentou o AA, teve outro filho, a gente acompanhou o pré-natal dessa família. Foi muito rico mesmo para a equipe participar nesse momento que foi decisão da família. A gente só apoiou e deu os caminhos, mas foi uma coisa assim, uma necessidade que eles já tinham identificado.”*

Nessa primeira parte deste eixo ‘condições de vida e trabalho’, buscou-se apresentar os modos de compreensão da temática escolhida, que apareceram de maneira mais articulada nos discursos das profissionais de saúde, e que retratam a complexidade dos DSS, bem como a possibilidade real de ações de cuidados integrais e humanizadas à saúde e à intervenção mediante as necessidades de saúde. A seguir, serão enfatizadas algumas subcategorias deste eixo que foram abordadas nas entrevistas.

5.2.1 Serviços sociais de saúde, as necessidades de saúde e a produção de cuidado em saúde

Esta subcategoria para compreensão dos DSS, do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), “condições de vida e trabalho”, foi a mais percebida nos discursos pela pesquisadora e, conseqüentemente, a mais explorada nesta análise.

As profissionais da atenção básica do município de Marília apontam que os serviços de saúde nos quais elas trabalham, buscam realizar ações de cuidado para melhor responder às necessidades de saúde da população. Todavia, referem dificuldades para estabelecer os limites de atuação mediante os DSS: Até que ponto depende do setor saúde? O que é possível, ou, o que tem sido trabalhado na atenção básica?

Verificam que os serviços de saúde aparecem como um importante elo, um articulador entre a população e os demais setores da sociedade, porém é necessário que haja mais apoio intersetorial, ou seja, atuação da política, da educação, do planejamento urbano, para uma melhor atuação em relação aos DSS.

Pesquisadora: “O que os serviços de saúde podem fazer para atuar em relação aos determinantes sociais de saúde?”

Gabriela: “Ai, meu Deus. Em relação aos determinantes sociais é muito complicado porque é uma rede grande, é um emaranhado de coisas e os serviços de saúde acabam até que sobrecarregados por conta dessa rede de saúde. Tem coisas que deveriam entrar outras secretarias, teria que ter uma intersetorialidade para dar um apoio nisso, não só o serviço de saúde. Acho que a saúde deveria conseguir fazer mais. Às vezes a gente não consegue fazer isso mesmo, é de trazer a pessoa junto para refletir junto, para pensar junto, como está a sua vida, como vai a sua vida, como que isso interfere na sua saúde, na sua doença, nesse processo o que a gente pode fazer para conseguir fazer para que você viva melhor, viva bem.”

Nos depoimentos das profissionais de saúde, a intersetorialidade é lembrada como uma ação que potencializa o cuidado em saúde integral, pois permite responder a muitas necessidades de saúde da população. Contudo, ainda é uma maneira de intervenção que precisa ser melhor articulada para alcançar resultados mais positivos em relação aos DSS, bem como para enriquecer os horizontes terapêuticos.

Tainara: “[...] vacinação, acho que o que a Escola e a Saúde conseguiram muito bem foi a questão da vacinação, tanto nas EMElS e nas EMElFs a gente garante a cobertura vacinal porque a criança na matrícula tem que levar a carteira de vacinação, isso é muito importante para a gente porque a cobertura vacinal melhora muito, se a gente não tiver, então é uma coisa que a gente conseguiu da escola.”

Tainara: “Então, eu acredito que a unidade faz um pouco, mas teria que mudar desde lá da escola, política de saúde, educação, integração mais com a escola, com a saúde, com os outros setores que prestam serviços à população, e a gente não tem, a gente até tenta com a escola, mas, assim, a escola precisa quando alguém se machuca, se precisa fazer uma palestra na escola é difícil esse contado, você até vai, mas você não tem muita adesão porque até mesmo a gente vê que até para os professores isso não[...] falar de sexualidade na escola, falar de acidente para as crianças, falar de drogas, eles não encaram a saúde com esse papel, então a gente tem essa dificuldade, mas a gente vai tentando aos pouquinhos, é muito devagar, mas a gente consegue algumas coisas.”

Outro aspecto importante do cuidado em saúde realizado nos serviços de atenção básica é comentado pela médica Clara. Ela relata que sua prática profissional na ESF é bastante voltada para o cuidado das necessidades de saúde de modo mais individual, mesmo reconhecendo a importância do olhar e das ações para a saúde coletiva. Além disso, no discurso a seguir, verifica-se que há uma preocupação com a melhoria da qualidade de vida da população, e isso ocorre por meio das orientações para o cuidado em saúde realizadas principalmente nas consultas individuais.

Clara: “[...] então, a gente continua tentando de uma forma não preconizada, todo mundo insiste que não é, mas a gente continua fazendo isso de forma individual, essa que é a verdade. Então, falando pessoalmente na minha prática eu faço muito mais de forma individual, então se eu posso mudar alguma coisa na saúde dessas pessoas para daqui cinco, para daqui dez anos, para a melhora da qualidade de vida, eu tenho feito isso muito mais dentro da sala. Eu levo bastante tempo fazendo isso, espero que tenha algum resultado. Então, eu faço isso, eu sei que a enfermeira também faz isso dentro da sala, porque ela tem essa característica de orientar também, a gente está sempre orientando os agentes de saúde a fazer esse tipo de informação, porque eu acho que é o nosso papel e o papel do agente de saúde nas questões das prioridades. Eu acho que dentro do papel da unidade de saúde é o que pode ser feito, de uma forma não assistencialista.”

O trabalho em equipe nos serviços de saúde de atenção básica é visto como algo positivo para as profissionais de saúde, pois tem proporcionado um melhor acolhimento das necessidades em saúde dos usuários, encontros terapêuticos mais efetivos, formação de vínculos, com respeito à autonomia dos sujeitos, bem como um cuidado à saúde integral e humanizado para a população.

Letícia: “[...] foi uma dedicação, todo mundo ajudou, todo mundo participou e conseguiu resultado com a orientação, aquilo que eu te falei que é o principal.”

Pesquisadora: “Você acha que os usuários sentem-se satisfeitos com o cuidado de saúde recebido? Por quê? Isto está relacionado aos DSS?”

Letícia: “A maioria sim, porque a equipe se propõe, trata com carinho. Orienta. Então, eles vão ficar satisfeitos. Agora, se fosse ao contrário, se eles não fossem bem recebidos, tem o acolhimento, da pessoa que acolhe, acolhe direitinho, ela consegue, você orientando ela consegue, “vem tal horário”, ele consegue a consulta, com a dentista, com o médico, então tudo flui bem.”

Identificou-se, de um modo geral, que existe um reconhecimento por parte das profissionais da saúde que atuam nos serviços de atenção básica sobre a importância dos vários Determinantes Sociais da Saúde durante a realização do cuidado em saúde, contudo os discursos revelaram que a formação profissional, o conhecimento

prévio sobre os DSS e mesmo a educação permanente em serviço sobre essa temática ainda precisam ser trabalhados.

Pesquisadora: *“Algum momento aqui nesta unidade vocês já se reuniram em equipe para discutir sobre os Determinantes Sociais da Saúde?”*

Gilmara: *“Eu nunca discuti.”*

Bruna: *“Não.”*

Pesquisadora: *“Você se sente preparada para trabalhar com esse tema, essa temática com os Determinantes Sociais da Saúde, você recebeu algum treinamento para isso?”*

Joice: *“Não. Eu tive sim na faculdade, a disciplina de Saúde Pública, mas eu acho que quando você chega realmente em um serviço no qual os determinantes sociais estão tão gritantes você vê que não foi preparada.”*

Pesquisadora: *“E você já tinha pensado sobre essas coisas?”*

Angélica: *“Não. Não, nunca tinha pensando assim. Imaginei a entrevista, eu pensei ‘ah, ela vai perguntar coisas do dia a dia, do trabalho, ou mesmo pessoal’, mas eu não tinha parado para pensar o que é que eu vou responder, o que eu não fui, se ela me perguntar, isso eu não tinha, foi um pouco difícil, no momento, na hora, pegou de supetão, tive que pensar um pouco para poder responder.”*

Vera: *“Não, não me sinto nem preparada, na hora que você falou determinantes sociais, eu falei: ‘meu Deus, o que será que é? O que será? Não sei nem se o que eu falei, realmente é, é o que eu penso ser. Mas eu não tive nenhuma formação. A minha formação acadêmica é muito restrita em relação a isso, muita coisa eu tive que aprender em serviço mesmo, muita coisa aprender com outros profissionais, enfermagem, medicina. Então eu aprendi muita coisa em serviço, mas se eu te falar que vim formada academicamente preparada, não! E eu não me sinto preparada até hoje, sinto que tenho que aprender nesse sentido, tem muito ainda o que observar nesse sentido.”*

Clara: *“Eu não sei se estou preparada para discutir isso porque a gente que trabalha na unidade a gente tem que admitir que o nosso contato com essas questões com a realidade só acontece na unidade, não sei porquê. Felizmente quem tem condições melhores de vida, graças a Deus, mas muitas pessoas acabam descobrindo essas questões só quando vão trabalhar na USF. Então, quer dizer que nunca viu uma favela, nunca viu a pobreza de perto e na USF a gente tá lá dentro, vai fazer uma visita, você tá lá dentro você entra na casa daquele barraco. Você vê de perto, mas eu não sei se isso dá subsídio para discutir sobre esse assunto. É uma situação que eu não vivo, eu acho que precisaria para eu discutir isso melhor eu teria que estudar mais e me envolver mais até, porque muitas vezes essa realidade incomoda quem não faz parte dela. Então, se eu tô impotente para fazer alguma coisa, porque eu tô mesmo, eu não vou mudar a situação, não vou tirar aquela família daquele barraco, o que eu posso discutir a respeito disso, se é aquela pessoa que vive aquela realidade, não sei se eu tô preparada, eu acho que não.”*

Pesquisadora: *“Este é um tema que já foi debatido neste serviço?”*

Letícia: *“Não.”*

Pesquisadora: *“Nenhuma reunião de equipe?”*

Letícia: *“Que eu me lembre, não.”*

Pesquisadora: *“Você se sente preparada para trabalhar sobre esse tema? Você recebeu algum treinamento relacionado a isso?”*

Letícia: *“Não, eu não recebi treinamento, mas a gente atua sempre se preocupando com isso.”*

Mesmo as profissionais que relataram que tiveram alguma formação prévia na faculdade sobre os DSS verbalizam que não estão preparadas o suficiente para lidar com os DSS e manejar o cuidado em saúde no cotidiano do trabalho e da prática profissional, pois verificam que os usuários do serviço não conseguem perceber a relação entre os DSS e o seu processo de saúde e adoecimento, porque, em alguns casos, não querem visualizar a causa real do problema deles, isto é, querem apenas

um medicamento para aliviar os sinais e os sintomas do sofrimento. Essa é outra importante questão: O que leva o indivíduo a buscar o serviço de saúde? Será que ele apenas deseja um medicamento para aliviar o sofrimento? Ou ele teve uma antevisão que aquele serviço poderia lhe auxiliar em seus carecimentos e necessidades de saúde e ele busca um momento de atenção, partilha de sua dor, procura alguém que possa efetivamente lhe escutar e auxiliar na reconstrução dos seus projetos de felicidade?

Gilmara: *“Minha formação na FAMEMA foi muito voltada para isso, esse biopsicosocial. Então todas às vezes que você ia estudar um caso, tinha que estudar um determinante social. A gente trabalhou muito em UBS, fazendo pesquisa domiciliar. Então, minha formação na faculdade foi muito envolvida nessa situação, por isso eu não tenho nenhuma dificuldade em falar sobre isso. O que eu tenho um pouquinho de dificuldade é essa frustração, das pessoas não darem essa abertura, não conseguem enxergar que o problema maior tá ali, e não em sua doença. As pessoas acham que tem que tomar remédio, e não que tem que resolver o problema que tá lá.”*

Há alguns espaços, mesmo que poucos, nos serviços de saúde nos quais existe uma discussão sobre os DSS. Essa conversa ocorre entre os profissionais da saúde com os usuários, principalmente na ocasião das atividades programáticas. Verificou-se que esse assunto parece também estar relacionado com a maneira pela qual a população se organiza para buscar as melhorias para o bairro e que, conseqüentemente serão para saúde das famílias da comunidade.

Jéssica: *“É conversado sim, em grupos de hipertensos e diabéticos, que é o que tem aquelas orientações de alimentação, é conversado em reuniões de comunidade, surgem sempre assuntos assim nesse sentido, porque a gente tem uma reunião por mês de comunidade. Tudo bem que a população não adere, deveria ter mais gente, são muito poucos os que vêm. Mas, surgiu o assunto, já é falado, tanto que agora a gente está montando um, já foi montada a chapa de um conselho local de saúde que a gente não tem, aí já é uma coisa que vai ajudar a população do nosso bairro,*

porque eu também além de eu ser funcionária eu também sou moradora. Mas a gente faz sim essa parte.”

A preocupação com os DSS, ou seja, com as características sociais, biológicas, psicológicas, culturais que constituem o processo de saúde, doença e cuidado das pessoas, é um passo fundamental para uma prática profissional mais comprometida com um cuidado equitativo e integral à saúde. Porém, conforme o próximo relato da enfermeira Gabriela, é necessário que haja mais espaços de discussão e reflexão crítica nos serviços sobre os DSS e as necessidades de saúde da população com as equipes da atenção básica.

Gabriela: *“[...] a educação permanente acaba não tendo esse momento de reflexão, fica nesse momento de ajuste, de mais conversa da equipe, de acolhimento da equipe do que de avanço de reflexões sobre o cuidado da saúde, sobre as necessidades dos nossos usuários. Lógico que a gente discute ainda sobre usuários, a gente faz discussão de pacientes, levantamos as necessidades, elaboramos planos de intervenção para alguns usuários, colocamos para os usuários, damos a opção de voltar isso para os usuários e ver a melhor forma desse plano prosseguir, mas, assim, são bem pontuais, a gente consegue fazer isso com os casos bem pontuais e ou aqueles casos que chamam a atenção por conta da necessidade social, por conta da necessidade familiar, por conta da necessidade [...] muito pouco sobre o biológico, bem pouco, só se chamou atenção por conta da complexidade do caso, aí nós conseguimos fazer essa intervenção. O bom seria conseguir fazer com todas as famílias, a gente pegar família por família e ir discutindo, não é possível a equipe não tá nesse momento agora [...] Quando você começa a levantar você vai vendo que as necessidades são grandes e a gente precisa do apoio da equipe para pensar para a gente ver o que pode fazer por essa criança, o que a gente pode fazer por essa família.”*

Quando questionado para a profissional Angélica se ela se sentia preparada para lidar, trabalhar com os DSS que ela reconhecia durante as ações de cuidado em saúde, ela referiu que:

Angélica: *“Então, eu acho que às vezes falta um pouco de um olhar diferente nosso para aquela pessoa. Ela está vindo todo dia com isso, mas por que ela está vindo? Como que ela realmente tá? Melhorou esse problema? Então, eu acho que precisa também de um pouco de atenção nossa, do auxiliar, ou de quem atende para ver se realmente aqui é da saúde ou se ele faz aquilo para ter uma atenção. Então, falta assim [...] Como que eu posso dizer, precisa de um olhar mais reforçado que a gente sabe, assim, muito paciente chega aqui e fala assim: “olha, cheguei lá no médico e ele nem colocou a mão em mim”, aí no outro dia ele está aqui de volta com aquilo. Então, não só na parte de enfermagem, acho que quem cuida do geral, principalmente, porque fragmentou hoje, cada um tem, especialista da perna, especialista do braço, do olho, da cabeça. Então precisa desse olhar, como que eu posso dizer, um olhar humanitário mesmo, de amor para poder tentar resolver.”*

É importante destacar que, nesse depoimento, a resposta dada para as necessidades de saúde do usuário identificadas nos serviços de atenção básica está muito ligada às ações práticas do cuidado em saúde, isto é, ao acolhimento, à escuta atenta das carências que o sujeito verbaliza, por acreditar que ele poderá ser ajudado, ou sua dor minimizada, com o apoio e a conversa com os profissionais da saúde.

Além disso, a fala da profissional denota que há uma necessidade de uma capacitação, de um olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde para que esse aspecto dos DSS seja melhor trabalhado, tanto por ela como por todos os profissionais de saúde, para garantia de um cuidado integral e humanizado. Cabe ressaltar que a profissional Angélica apresenta atitudes bastante cuidadosas com os usuários do serviço no qual ela trabalha; é atenciosa, escuta as necessidades de saúde trazidas pelos usuários, mostra-se interessada em ajudar o outro e compromete-se com os cuidados em saúde.

No próximo discurso, a dentista Vera compartilha uma história particular que demonstra a importância de se ter uma boa comunicação com os usuários para responder efetivamente às necessidades de saúde dos indivíduos, isto é, ela reforça a

importância do entendimento mútuo, pois isso auxiliará na formação de vínculos, e no cuidado em saúde integral e humanizado.

Vera: “[...] mas acho que é muito importante isso, a forma de se relacionar é fundamental pro vínculo, aquela relação vai depender o vínculo, e, às vezes, a primeira relação não é legal pra você consertar, conseguir restabelecer o vínculo é bem mais complicado pros dois lados porque daí você vai ter que ir lá, baixar a cabeça pedir desculpa pela maneira de como você se portou. Eu tive que fazer isso uma vez com uma paciente, em uma reunião de comunidade que ela se colocou, eu coloquei, ela não entendeu, ela ficou super ofendida comigo, as meninas, as agentes comunitárias trouxeram. A princípio eu fiquei revoltadíssima: ‘Imagina! Não vou nem atrás dela’, mas depois eu pensei melhor e falei ‘vou lá conversar com ela porque vai resolver o mal entendido’, fui lá, ela me recebeu super bem, depois ela até me agradeceu, pediu desculpas, a gente se entendeu. Mas eu acho que é um processo mais difícil quando você tem um problema de relacionamento, quando se tem coisas para consertar é mais difícil, você tem que prestar atenção, tem que ser cuidadoso.”

A preocupação das profissionais de saúde com a qualidade dos atendimentos aos usuários, como “*faço o melhor que posso*” e o comprometimento com a melhoria do cuidado, é um ponto essencial presente nos discursos das entrevistadas e que é imprescindível para se ter um olhar atento às necessidades de saúde. Contudo, as profissionais reconhecem que a má remuneração dos trabalhadores da saúde, bem como a falta de uma estrutura e de materiais adequados e a falta de mais profissionais da saúde, são fatores que prejudicam as ações programáticas. Além da falta de estrutura física adequada para realização do trabalho, a profissional revela sentir que o seu trabalho não é valorizado por instâncias superiores.

Joice: “[...] a gente é mal-remunerada, não tem material algum doado pela secretaria que não seja mesa, cadeira e armário. Brinquedos, brinquedos pedagógicos, testes, a gente não tem, um espelho a gente não tem, que é importante em algumas técnicas que eu faço. Se fosse só isso, tudo bem. Mas, juntando tudo isso, eu acho que é muito injusto. Eu dispor da minha baixa renda pra isso e fora também a falta de reconhecimento.”

Bruna: “Hoje de manhã já fui num curativo também, fiquei mais de 1 hora na casa do paciente, com meu carro, eu fui, porque a frota tá difícil. A gente não tem como esperar então a gente se vira pra ir com nosso carro mesmo, ou a pé, ou com nosso carro.”

Tainara: “[...] a gente não tem muita condição de trabalho, assim, se oferecesse uma melhor condição de trabalho tanto, planta física, insumos, medicamentos, pessoal para trabalhar, que a equipe nunca está completa, sempre falta alguém.”

Gabriela: “Nós não estamos em condições plenamente favoráveis, a equipe não está completa, não tem um número de agentes comunitários completa, temos muitas áreas descobertas e eu tenho uma área complicada de comunidade.”

O espaço físico inadequado do serviço de saúde torna-se outro obstáculo para a equipe de saúde, que não consegue desenvolver da melhor maneira possível as ações para responder às necessidades de saúde da população, configurando-se como um problema estrutural da ESF estudada.

Jéssica: “[...] a unidade de saúde tem que ser um lugar com espaço e nós estamos tendo esse problema. Nossa unidade é muito pequenininha, isso já também acaba ficando difícil, o espaço físico é muito pequeno. Mas, a gente está com projeto de nova unidade porque aqui é alugado. Uma nova unidade é a nossa esperança porque eu acho que vai ser bem melhor para a população e bom para nós, profissionais, funcionários, vai ajudar bastante quando a gente tiver um espaço físico maior e eu acho que é isso que faltaria [...] está faltando!”

Clara: “[...] aqui é uma unidade pequena que nos limita muitas vezes, então a gente tem muitos profissionais agora na unidade, que vem para ajudar, mas a unidade não dá condições para esses profissionais trabalharem.”

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados, nível de atenção secundário, devido à falta de vagas, ou pela dificuldade financeira dos usuários para irem aos ambulatorios, também acaba por prejudicar na integralidade do cuidado prestado à população, e lembrado como outro desafio para melhoria do sistema de

saúde público que necessita de maior atenção e empenho por parte dos gestores dos serviços de saúde.

Joice: *“Têm crianças minhas aí, desde que eu entrei, e que eu encaminhei que não foram chamadas. Então, sim pela minha parte, minha partezinha que é pequena, mas eu não posso ver o tratamento só pela minha parte porque tem coisa que não é da minha competência. Então, eu preciso delegar e quando, principalmente nesse momento, delegar alguma coisa para alguém, eu me sinto totalmente incapaz, porque eu não posso fazer, eu não tenho esse respaldo.”*

Bruna: *“[...] por exemplo, quando a gente agenda o paciente em alguma especialidade, ortopedia, ou gastro, ou alguma coisa assim, que não seja perto da unidade, que seja num outro bairro, por exemplo, e que precise de transporte. A pessoa pode, ela não é acamada, ela tem condições pra andar, mas ela não tem dinheiro pra ir, pra pegar o ônibus e estar indo. Às vezes, a gente liga na frota, e a frota é assim, é um serviço que é pra atender as pessoas que não conseguem andar, não aquelas que não têm dinheiro pra pagar o transporte. Essa é uma dificuldade que a gente encontra aqui, e muitos pacientes perdem a consulta de especialidade, que demoram anos, meses pra ser agendado, por conta de não ter dinheiro pra pagar o transporte, pra ir até o NGA, pra ir até o Mário Covas, pra ir pra Santa Casa, pra tá consultando. Essa é uma dificuldade, o dinheiro mesmo, o dinheiro pro passe, porque às vezes uma consulta é no final do mês, dia 26, dia 27, 28, e o dinheiro já acabou, ela não vai ter dinheiro mesmo, não vai deixar de comer pra pagar o transporte pra ir até a consulta médica. Ela pode tá precisando mesmo, mas ela não vai tirar da boca do filho.”*

Observa-se no próximo discurso, que há uma percepção por parte da profissional, de que alguns carecimentos sociais são “encaminhados” pelo poder judiciário aos serviços de saúde sem uma conversa prévia, sem o devido cuidado de averiguar quais os pontos de atuação, competência desse setor. Será que o entendimento sobre quais as responsabilidades dos serviços de saúde de Atenção básica em relação aos vários aspectos que constituem os DSS não deveriam ser melhor compreendidos e esclarecidos por todos os setores sociais?

Joice: “[...] pede ajuda pro juiz que foi quem encaminhou aqui, porque encaminhar aqui é muito fácil, isso eles fazem muito constantemente, mas cadê o subsídio? Não é só isso, é como o famoso passa a bola, que a gente vê tanto. ‘Passa a bola para eles, eles que se vire’. Esse fato me marcou demais.”

Outra situação são as dificuldades que os profissionais de saúde encontram para realizar atividades que tenham como objetivo a intervenção nos diversos aspectos dos DSS.

Pesquisadora: “Você acha que os serviços de saúde podem fazer alguma coisa em relação a esses determinantes sociais que influenciam na saúde?”

Gilmara: “Poder até pode, existe o CAPS, que ajuda na parte do álcool, e a gente procura muito orientar essa população.” [...] “A parte de droga até acho que seria interessante ter, mas, de qualquer forma, acho que tem que ter a abertura das pessoas, eles se sentem invadidos. Eu já fui algumas vezes em um clube, orientar a terceira idade, em campanha contra o HIV, sobre o preservativo. Pois quando a pessoa é jovem, a pessoa tem medo de engravidar, já o idoso não tem essa preocupação porque não vai engravidar, não se cuida contra as doenças. E eu fui tentar conversar sobre isso. Tem pessoas que são mais polidas, mais fechadas e não te dão tanto essa abertura, e eles não aceitaram muito falar sobre esse assunto, falaram “não, doutora, mas a gente não faz essas coisas, a gente só gosta de dançar”, mas a gente sabe que acontece outras coisas. Aí percebi que havia um pouquinho de receio, uma dificuldade de abertura de espaço da população para a gente poder falar as coisas.”

No depoimento anterior, a médica Gilmara verbaliza que há uma ausência de intervenções em saúde que inclui os serviços de saúde, como a falta de equipamentos sociais de apoio aos usuários de droga, que hoje em dia é um importante aspecto negativo dos DSS. Porém, relata que as ações de saúde de modo programático nem sempre são suficientes para o cuidado em saúde, visto que é necessária “uma abertura das pessoas”, ou seja, o interesse que as pessoas têm ou não de compreender e assimilar as informações e de modificar suas práticas em relação aos seus problemas é fundamental.

5.2.2 Educação, as necessidades de saúde e a produção de cuidados em saúde

O acesso ao conhecimento por meio de uma educação de melhor qualidade para os indivíduos é visto pelas profissionais de saúde dos serviços de atenção básica como uma necessidade de saúde da população, uma necessidade básica, por ser uma demanda social trazida pelos próprios usuários, identificada nas ações de cuidado em saúde e compreendida como um determinante do processo de saúde, adoecimento e cuidado das pessoas.

Pesquisadora: *“Quais são as principais necessidades de saúde que você identifica na população que você atende?”*

Joice: *“Necessidades básicas, necessidade de uma educação melhor.”*

A educação é reconhecida pelas profissionais de saúde como uma importante ferramenta para a produção de cuidado em saúde, por meio das orientações para prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. Nesse caso, entende-se que os serviços de saúde aparecem como espaços legítimos para transmissão do conhecimento de informações necessárias para um melhor viver, para responder às necessidades de saúde da população e para promover a educação em saúde.

Nas observações participantes foi possível perceber que todas as profissionais de saúde, durante as suas ações de atenção em saúde, buscam orientar, ensinar os usuários e auxiliá-los na melhoria da qualidade de vida e saúde, participando, assim, ativamente no cuidado à saúde e compartilhando responsabilidades para efetivação das ações e intervenções.

Pesquisadora: “*O que os serviços de saúde podem fazer em relação a todos esses determinantes sociais que influenciam na saúde das pessoas?*”

Joice: “*Educar, principalmente. Orientar, ‘vem aqui, vamos conversar, você tem treze anos, a sua mãe tem esquizofrenia, como você acha que vai ter condições de cuidar de uma criança?’ Sabe trabalho de formiguinha? Então, eu acho que educar, orientar, trazer para a realidade. Orientar também quanto aos direitos e quanto aos deveres. ‘Ó você não pode deixar água parada porque vai juntar, vai crescer a larva, vai ter dengue’, mas também quanto ao direito, ‘Ó você tá doente, você tem direito desse atendimento, vai atrás desse atendimento’. Acho que o fundamental, o nosso papel aqui é orientar e quando já foi não dá mais, já pegou a dengue, já engravidou. Cuidar. Sempre educando, sempre mostrando o que é certo.”*

Vera: “*[...] eu acredito bastante no trabalho com as crianças, eu vejo nas crianças, na EMEI e na comunidade, eu acho que é muito legal porque eles conseguem desenvolver a técnica de escovação muito bem, então eles acabam ensinando os pais em casa. Tem muitas mães que falam que a criança falou “a tia da dentista da escola falou como faz, e é assim que faz, mãe, eu que vou fazer sozinho.” e então, eu acredito muito nas crianças, mas nos adultos eu vejo muita dificuldade de mudança de hábito, de mudar estas perspectivas, em relação à educação mesmo que a gente pode trabalhar.”*

Verificou-se, tanto na fala anterior, quanto nas consultas dentárias individuais observadas, que uma das maneiras que essa profissional busca lidar com os vários aspectos que constituem os DSS é por meio das orientações para melhoria do cuidado à saúde. Essa profissional apresentou-se bastante cuidadosa, zelosa, preocupada em ensinar o usuário para que ele cuide melhor da saúde bucal. Além disso, ela acredita na importância da educação principalmente das crianças, pois estas apresentam mais facilidades para modificar suas ações do que os adultos.

Os serviços de Atenção básica, por conviverem muito próximos da realidade da comunidade, acabam por visualizar os vários carecimentos sociais e os diversos aspectos que constituem os DSS dos indivíduos para os quais eles prestam cuidados, e, em algumas atividades, realizam ações de intervenção até mesmo de outros setores

da sociedade, como a Educação, com o intuito de auxiliar na diminuição das vulnerabilidades sociais. Um exemplo disso é o grupo de alfabetização da ESF estudada.

Pesquisadora: *“Além das visitas, semana passada eu participei de um grupo de alfabetização com você. Me conta um pouquinho sobre esse grupo?”*

Jéssica: *“[...] o que a gente fez, foi atrás dos moradores analfabetos, cada uma procurando em sua microárea, trouxe uma relação, daí a gente perguntava se eles queriam participar. Não conseguimos trazer todos os que necessitam de ser alfabetizados, porque muitos ou cuida de neto, ou tem algum problema que não deu pra vir à unidade. Mas aqueles que se interessaram, que estavam livres, aí a gente trouxe e começou-se esse grupo. E hoje faz dois anos, mais ou menos, que a gente tá com o grupo e, assim, tem aquelas, de repente, seja uma situação de, precisou de cuidar da neta, porque a filha foi trabalhar, aí já parou de vir. Mas, mesmo com isso agente não parou com o grupo, sempre tem algum aluno pra gente tá trabalhando com eles.”*

Durante a observação participante do grupo de alfabetização, verificou-se que a ACS Jéssica mostrou-se bastante habilidosa e competente. Sabe se comunicar muito bem com as usuárias, utiliza uma linguagem clara e simples para cativar a atenção das senhoras idosas.

Pesquisadora: *“E você já percebeu alguma coisa positiva neste trabalho?”*

Jéssica: *“Percebi! Porque no começo elas nem conheciam as letras do alfabeto, tanto que eu não tenho Pedagogia, eu to passando o básico, o que eu sei, eu fiz até o ensino médio. Aí, elas não conheciam as letras, a gente começou do alfabeto, começamos a conhecer as letras, ajuntando as letrinhas, formando palavras pequenininhas, e aumentando por palavrinhas maiores, depois formando frases pequenas. E assim, este ano a gente também retornou, este ano a gente tá entrando no terceiro ano, então a gente volta a lembrar o alfabeto e tenta recapitular começando ainda do zero e hoje eu percebo que elas estão bem melhores de quando elas começaram. Tanto que uma que começou desde o começo com a gente, ela não sabia assinar, ela disse que não tiraria a identidade dela enquanto ela não soubesse a assinatura, que ela tinha vergonha de colocar o dedo, colocar o dedo lá*

na almofadinha. Aí ela aprendeu a escrever o nome dela. E quando foi ano passado, foi muito legal porque ela chegou com o RG mostrando, então, pra mim, foi um ânimo de continuar. Aí ela conseguiu toda feliz de assinar o nome dela e tirou o documento dela, foi muito legal isso.”

Identificou-se que, para a equipe de saúde da ESF, a possibilidade de proporcionar a alfabetização para idosos num serviço de atenção básica é compreendida como uma ação muito positiva, pois auxilia na melhoria da auto-estima, bem como do cuidado em saúde das usuárias e de suas famílias. Contudo, vale questionar: não seria mais interessante fortalecer os vínculos com a Educação para que esse outro serviço assumisse tal responsabilidade?

Nos próximos depoimentos existe um entendimento de que a falta de conhecimento se deve a um déficit educacional da população, e que isso acaba por fragilizar as ações de cuidado em saúde dos indivíduos e das famílias, as relações interpessoais, além de reproduzir historicamente e socialmente as dificuldades dos pais no cuidado com os filhos.

Pesquisadora: “*Durante os atendimentos, quais são os determinantes que mais influenciam no cuidado em saúde das pessoas?*”

Joice: “*Eu acho que o conhecimento delas, ‘eu não sei educar o meu filho, porque eu não tive uma educação’, a história mesmo delas, o dia a dia, todo esse cuidado, que, por exemplo, às vezes eu falo assim para uma mãe: ‘mãe, tem que falar não!’ Quando ele pede e faz birra você não pode dar, ‘ah mas aí ele fica gritando’, ‘deixa ele gritar, porque senão ele vai aprender a ganhar as coisas no grito’ e assim um conhecimento fundamental, que até na bíblia diz ‘não, é não!’ e ‘sim, é sim!’.* Então, falta muito conhecimento!”

Clara: “ [...] eu acho que de uma forma geral a questão socioeconômica que determina essas questões de saúde se a gente for ver, muitos problemas que aparecem lá para a gente na unidade são consequência dessa pobreza, da falta de informação, da não educação no sentido de não frequentar a escola, que são coisas que estão sendo perpetuadas. Então o pai não teve educação, nem a mãe e a criança

não vai ter e os seus filhos não vão ter, e isso vai se perpetuando. É isso que eu tenho observado.

A Educação é um importante DSS que não deve ser ignorado durante o levantamento das necessidades de saúde dos usuários dos serviços de atenção básica, pois se considera que este seja um aspecto bastante relevante e que acaba por constituir os processos de saúde, adoecimento e cuidado da população.

5.2.3 O ambiente de trabalho, o desemprego, as necessidades de saúde e a produção de cuidados à saúde

O Ambiente de trabalho e o desemprego são subcategorias presentes no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) das ‘condições de vida e trabalho’, que foram lembradas por se caracterizarem como DSS, pois integram o processo de saúde, adoecimento e cuidado das pessoas e aparecem nos serviços de atenção básica como carecimentos que acabam por se tornar necessidades de saúde da população.

Clara: *“Eu acho que a questão do trabalho influencia na qualidade de vida deles, porque muitas vezes são pessoas que não conseguem fazer um acompanhamento médico. Por exemplo, a gente tem na área alguns caminhoneiros. Caminhoneiro é uma pessoa que não acompanha, que não faz tratamento, não adere, não se alimenta adequadamente, então, eu acho que a questão do trabalho influencia muito. As pessoas saem cedo, então não conseguem ir ao posto cedo, chegam depois do horário de funcionamento da unidade. A gente tem um período para o atendimento de algumas pessoas que trabalham, mas não são todas que vêm, então as pessoas acabam deixando a saúde de lado em detrimento do trabalho. E isso eu observo bastante, pessoas que, por exemplo, trabalham durante o dia que estudam à noite. Tenho pacientes assim, que tratam, por exemplo, isso é frequente, tem uma obesidade, tem hipertensão, o paciente jovem com todas essas patologias que não consegue aderir ao tratamento, que não consegue ter uma mudança de hábito, que não consegue fazer uma atividade física, uma caminhada, porque não tem tempo. Então, eu acho que o trabalho é um fator determinante na saúde. O estresse do trabalho, o que agente abordou, a gente já abordou a questão da saúde do trabalhador aqui na unidade. Olha, uma coisa importante que eu esqueci de falar: os catadores. Então, a gente fez um trabalho quando a outra residente de*

fisioterapia estava aqui, ela até que coordenou um pouco esse grupo em relação aos catadores. Foi feita orientação, por conta das doenças que sobreviviam até a falta de segurança, a falta de equipamento de proteção individual, acidente com pérfuro cortante durante a coleta. Então, a saúde do trabalhador a gente tem olhado de uma forma especial, mas fora dessa questão socioeconômica, dessas pessoas dos catadores que são pessoas que não têm condição, então estão catando porque um trabalho fixo, eu acho que a questão do trabalho influencia bastante. Então, em relação ao estresse quanto à falta de adesão ao tratamento e falta de tempo para uma mudança de hábito.”

A médica Clara relatou vários aspectos que revelam como as condições de trabalho dos indivíduos acabam por se tornar importantes necessidades de saúde e também DSS. No seu depoimento, a profissional de saúde destacou como a rotina de trabalho, os maus hábitos alimentares e o sedentarismo prejudicam os caminhoneiros, além da dificuldade de acesso e continuidade do cuidado em saúde desses indivíduos. Referiu que pessoas que trabalham o dia todo e estudam no período da noite apresentam muitas dificuldades na realização do autocuidado, pois não realizam atividades físicas e nem se alimentam adequadamente. E, ainda, falou sobre o estresse que alguns tipos de trabalho ocasionam nas pessoas. A ESF atenta às necessidades de saúde da população adstrita ao seu território, com o intuito de garantir o acesso às pessoas que trabalham e de efetivar as ações de cuidado em saúde de modo mais universal e integral, realiza atendimento noturno uma vez por semana e está interessada em auxiliar e melhorar a qualidade de vida e saúde do trabalhador, bem como expandir os horizontes terapêuticos dos usuários, para uma melhoria nas condições de vida. Foi observada a preocupação dessa profissional com a situação de trabalho dos usuários durante as consultas individuais.

O desemprego também foi abordado nas entrevistas, pois é identificado como um aspecto negativo dos DSS pelas profissionais de saúde. A ACS Jéssica reflete que com o trabalho há uma possibilidade maior de acesso ao dinheiro, e ter uma renda,

facilita os cuidados em saúde, como, por exemplo, no acesso aos alimentos saudáveis, e analisa que isso auxilia positivamente no processo de saúde, adoecimento e cuidado das pessoas.

Jéssica: *“se você tem um trabalho, se você tem uma situação financeira que você tenha onde recorrer, hoje tenho meu dinheiro, vou comprar frutas, principalmente quando vem na unidade, o médico orienta, a enfermeira, você precisa comer frutas tal, tenho o meu dinheiro, vai ser mais fácil ter condição de comprar frutas, no caso daqueles que não têm da onde tirar o dinheiro, aí fica assim, no como comer a fruta, como comer aqueles alimentos que eu preciso, é onde acaba comendo aqueles, falta de vitamina, aonde tem essa parte aí, né, de dificuldade.”*

No depoimento a seguir, há um entendimento de que alguns usuários desempregados utilizam mais os serviços de atenção básica, ou seja, buscam mais apoio, apresentam mais necessidades de saúde, pois não ter um emprego acaba por significar não ter condições financeiras para cobrir os gastos da família. Isto gera, além de uma desordem familiar e social, uma desorganização emocional e física no processo de saúde, adoecimento e cuidado dos indivíduos.

Tainara: *“[...] o desemprego faz esse usuário ir todo dia à unidade, ele está na casa dele, vai ter atritos porque falta o dinheiro começa a desorganização, aí ele fica nervoso, aí ele vem para a unidade porque ele tem uma dor, ele tem, ele tá sentindo, mas acho que a dor nem é física, é uma coisa psicológica, ele vem aqui ele quer a pílula da felicidade, quer um calmantezinho porque não tá dormindo, tá muito nervoso, mas o que está irritando?”*

A gerente Tainara chama a atenção para o seguinte fato: como um problema social pode desencadear necessidades de saúde biológicas e psicológicas nas pessoas? Essa profissional observa que a busca dos usuários pela “pílula da felicidade”, na verdade é consequência da articulação dos vários aspectos dos DSS que constituem o processo de saúde e doença.

Pesquisadora: “E o desemprego, você acha que afeta?”

Jéssica: “O desemprego? Não tenho observado assim o desemprego, porque é assim, tem a maioria de que são trabalhadores, mesmo os da comunidade. Aqui a gente tem um número grande de recicladores, então, trabalha muito com essa parte de reciclagem. É um dinheiro pequenininho, mas a maioria da comunidade são recicladores.”

Nesse diálogo, verifica-se que há uma percepção da diminuição do desemprego. A ACS Jéssica observa que, devido a uma cooperativa de reciclagem na comunidade, mesmo a população mais carente em questões socioeconômicas tem tido acesso ao trabalho no território de abrangência da ESF, e, desse modo, o desemprego não se enquadraria como um aspecto relevante dos DSS do processo saúde-adoecimento nesse local.

5.2.4 Habitação, água, esgoto, as necessidades de saúde da população e a produção de cuidado em saúde

As condições inadequadas de moradia e a falta de saneamento básico são vistos como aspectos negativos dos DSS no processo de saúde, adoecimento e cuidado de alguns usuários dos serviços de atenção básica, que acabam por se configurar como importantes carecimentos e necessidades de saúde da população que são reconhecidas pelas profissionais de saúde. A seguir, a dentista Vera analisa as dificuldades de orientação de cuidados com a higiene para os usuários que não têm acesso a água encanada.

Vera: “[...] a gente vê muitas pessoas com problemas de saúde e falta de condições adequadas de moradia e falta de higiene. Eu acho que o que mais pesa aqui são essas duas coisas, falta de moradia adequada, saneamento básico, tem casas que o

esgoto corre na frente da casa, e é questão de higiene mesmo, mas você vai cobrar higiene pra uma pessoa que não tem água encanada, que não tem água quente em casa. Como que vai fazer, né? Eu acho que a principal necessidade de saúde é essa, em questão de moradia, não sei se entra, a meu ver, questão de moradia, saneamento básico.”

Em alguns discursos, as entrevistadas desabafaram sobre a dificuldade de promover ações de intervenção para DSS como a habitação, a água e o esgoto, pois avaliam que a atuação delas é bastante limitada, isto é, não depende apenas do setor da saúde, além de se sentirem angustiadas por não poder ajudar mais e perceber que essa situação prejudica o cuidado em saúde da população.

Vera: “[...] mas a gente percebe que a gente tem pouca ação nessa questão de moradia, de saneamento. A gente tenta articular algumas coisas, mas a gente percebe que a nossa atuação é bastante limitada e a gente acaba se angustiando com isso, porque parece que a gente para em um momento e dali não consegue mais, e não consegue melhorias pro paciente. Acho que isso é até um pouco angustiante e cansativo para a equipe, a gente percebe que tem horas que a equipe nem quer mais discutir sobre isso: ‘ah, isso não adianta a gente falar porque não vai resolver, não é a gente que faz’, então a gente percebe isso, um cansaço da equipe por lutar por isso.”

Jéssica: “A gente falou da parte social, o que eu posso fazer? É mostrar saúde, a gente tem um posto de saúde, quando precisar vai lá para ajudar quem está passando por necessidade de uma intervenção social, aí levar assistente social, os profissionais no caso. Mas, nessa parte de melhorar a casa deles, o ambiente deles, a moradia, já não cabe a mim, eu já não tenho como. Tem casa, lugares que eu vou tenho vontade, naquele momento, a vontade que dá é de pegar uma vassoura, mexer, mudar para melhor aquele lugar, mas já não cabe a mim eu já não posso fazer isso, já não é parte minha.”

Vera: “[...] agora em relação ao social, à moradia, essas coisas, eu acho que a gente pode alertar as autoridades, chamar atenção. Mas, diretamente, acho muito difícil a gente atuar nisso, a gente pode orientar a família, coisas de higiene, melhorar a higiene, mas eu também acho que é bastante complicado. A gente teve até cadastramento para desfavelamento, muitas pessoas ficaram resistentes porque não querem sair do lugar aonde moram, porque não pagam imposto, não pagam água, não pagam luz, não pagam nada e a hora que for para ter uma condição melhor de vida, vai ter que arcar com isso, então não querem. Eles não vêem isso um

problema para eles, eu acho que isso é uma das grandes dificuldades nossa, porque para eles não é um problema, a gente até tava conversando com o nosso coordenador, que a nossa unidade está muito pequena, fica difícil de trabalhar, a unidade está feia esteticamente, e para a comunidade não tá, porque isso aqui é um palácio perto da casa deles, então para eles é ótimo isso daqui porque eles vivem em um lugar muito pior que para eles está bom do jeito que tá, eles não têm consciência. Eu acredito que nas consultas é orientado em questão de higiene, ventilação, tal, pra eles não toca isso neles pra eles é normal isso, eu acho bastante difícil.”

No relato anterior, a profissional de saúde reflete que, para intervir em alguns DSS, tais como as condições inadequadas de moradia, é necessário também uma atuação das autoridades governamentais para resolução dessa questão. Além disso, a profissional de saúde observa que uma grande problemática é que nem sempre o usuário e a família reconhecem essa vulnerabilidade social como um problema, como uma necessidade de saúde, pois mesmo quando o serviço de saúde contribui com alguma ação intersetorial, como o cadastramento para o desfavelamento das famílias, verifica-se que algumas famílias preferem não modificar sua condição de moradia, pois, com isso, precisarão arcar com algumas despesas que não desejam, como, por exemplo, pagar uma conta de luz. Desse depoimento, observa-se que a orientação para o cuidado em saúde aparece como um instrumento para lidar no cotidiano do trabalho com alguns aspectos dos DSS, contudo chama a atenção o fato de algumas famílias já estarem “acostumadas” a viver em condições precárias e não terem vontade de modificar a sua vida para melhor. Isso traz à tona, outra importante reflexão: as condições de moradia da população é apenas uma questão econômica ou também trata-se de uma inclusão sociocultural?

No próximo depoimento, a profissional de saúde mostra o quanto uma condição de habitação inadequada de uma família pode tornar-se um obstáculo enorme para

orientações de cuidado em saúde, e como é difícil propor ações de cuidado integral em uma situação como essa.

Joice: *“Então, acontece a situação social, falando melhor, quando você pede para o paciente ‘olha, separa o seu filho de quarto, isso tá fazendo mal’, mas não tem um quarto na casa. ‘Separa o seu filho de cama’, mas não tem. ‘Olha o seu filho está indo bem, leva ele para passear, como uma forma de você reconhecer o empenho dele’, mas não tem dinheiro. ‘Fecha a porta para o seu outro filho não mexer nas coisas’, mas não tem porta.”*

Esse discurso mostra que tal aspecto dos DSS, condições de moradia, representa um grande desafio para os profissionais de saúde, pois lidar com essa realidade no cotidiano do trabalho, e ao mesmo tempo buscar uma fusão de horizontes com os usuários para efetivação do cuidado em saúde, torna-se um paradoxo. Além disso, essa profissional ficou bastante emocionada, demonstrou que se sente abalada e chateada por ver os carecimentos sociais e algumas famílias vivendo de modo tão desfavorável.

Gabriela: *“Nós fizemos em um ano um estudo sobre o que mais aparecia na unidade, o que alertava mais e, no primeiro ano, foram doenças parasitárias, porque a gente tem uma necessidade grande, uma área sem esgoto, uma área sem saneamento básico porque é uma área de favela. Então, a gente fica discutindo em relação a isso, no primeiro ano a gente fez isso, chamou a comunidade, mostrou para a comunidade que tinha essa dificuldade, teve uma mobilização até formar um dossiê sobre o esgoto, sobre a necessidade de pavimentação, sobre a necessidade do famoso desfavelamento que tem no projeto urbano de planejamento da cidade. Então, teve um envolvimento da comunidade e diminuiu mesmo, a gente fez uma intersetorialidade com a creche, as duas creches, porque estavam vindo muitos casos de diarreia das creches e diminuiu bastante depois desse levantamento.”*

Nesse relato, a enfermeira Gabriela nos conta que a realização de um levantamento sobre as necessidades de saúde da população atendida na ESF possibilitou compreender que a falta de saneamento básico da área de favela era a

causa de uma das principais demandas de saúde da unidade, a saber, as doenças parasitárias. Após essa constatação, as profissionais de saúde conseguiram planejar ações de cuidado em saúde com o apoio da comunidade e das creches próximas ao serviço, demonstrando, assim, a potencialidade e a eficácia das ações intersetoriais para promoção e prevenção da saúde. Ressalta-se, nesse caso, a importância do levantamento das necessidades de saúde dos indivíduos que são atendidos nos serviços de atenção básica, pois isso proporciona um cuidado em saúde mais efetivo.

5.3 O estilo de vida dos indivíduos, as necessidade de saúde e a produção de cuidados em saúde na atenção básica

As profissionais de saúde refletem que o estilo de vida dos indivíduos, que está bastante articulado com o modo como cada pessoa vive, com os carecimentos e as necessidades de saúde que esses sujeitos apresentam, e com as condições e os interesses que cada pessoa tem, ou não, de compreender e assimilar informações para cuidar melhor da saúde, é um aspecto importante que constitui o processo de saúde e adoecimento da população.

Pesquisadora: “*O que você acha que interfere na saúde das pessoas?*”

Gilmara: “*Alimentação principalmente, hábitos de vida: não dormir bem, cigarro, álcool. Acho que o primordial é isso mesmo, alimentação e hábitos de vida, se a pessoa não faz atividade física, fica muito em casa, sedentarismo, eu acho que é o que mais influencia. Aí começa a juntar um monte de coisas, começa a ter outros problemas, emocionais também, pois, às vezes, a pessoa fica parada, engorda, e a pessoa acaba não se gostando mais, perda da auto-estima. Aí uma coisa vai levando a outra. Mas resumindo: é hábitos de vida mesmo e alimentação.*”

Vera: “*[...] acho que essa questão dos hábitos alimentares, eu acho que pega bastante, pego bastante no pé dos pacientes. As questões de hábitos de higiene*

também pega bastante, e é uma coisa que você tem que trabalhar bastante, por exemplo, fio dental é uma coisa que não se usa aqui, acho que 99% dos pacientes que eu atendo não usam e eles dão desculpas por questões financeiras, eu até brinco com eles, ah pode parar, questão financeira não é, a unha está pintada, não tá? Então dá para comprar o fio dental. Mas têm questões de hábitos de higiene, hábitos alimentares são as coisas que eu mais abordo mesmo. Que mais? Em relação à minha atividade é o que pega que eu tenho o olhar para isso, talvez possa ter outras coisas que eu não tenha olhado, mas o que eu tenho claramente no olhar são estas duas coisas.”

Verificou-se que, para as profissionais de saúde, o estilo de vida dos usuários e de suas famílias, isto é, bons hábitos, como alimentar-se adequadamente, com uma dieta balanceada, fazer exercícios físicos, escovar os dentes após as refeições, dormir a quantidade de horas adequadas para sua idade e não usar drogas, proporcionam saúde, e o contrário determina as causas das doenças físicas e emocionais. Além disso, as profissionais de saúde observam que, atualmente, as condições financeiras desfavoráveis e o acesso às informações para como manter-se saudável não seriam mais “desculpas” para que os sujeitos não busquem cuidar melhor da sua saúde. Todavia, não seria questionável o fato de igualar os valores das coisas para os sujeitos? É compreensível que o “fio dental” seja mais importante do que uma “unha pintada” para uma dentista, mas será essa a mesma lógica utilizada por alguns usuários dos serviços de Atenção básica?

As profissionais de saúde acreditam que uma das maneiras para se intervir no estilo de vida dos indivíduos, no sentido de atender as necessidades de saúde, promover o cuidado em saúde e a melhoria dos hábitos de vida, seja por meio de uma comunicação efetiva com o usuário, isto é, o modo como elas se comunicam com os usuários, influencia sobremaneira no cuidado à saúde. Durante as observações participantes, constatou-se que todas as profissionais de saúde entrevistadas buscam

se comunicar de modo que possam se entender com o usuário e auxiliá-los nas necessidades de saúde trazidas e levantadas durante o cuidado em saúde.

Pesquisadora: “Qual é esse jeito de chegar ao usuário?”

Jéssica: “Se colocar como ele, não mostrar diferença entre eu e ele, mostrando que eu estou ali para ajudar, eu acho que é isso, é mostrando que eu estou disponível, estou ali para ajudar e sendo, não sei se a palavra seria simpática, que ele veja em mim que eu vou fazer o bem, é esse, o lado que eu tenho que passar para ele.”

O depoimento de Jéssica denota que essa profissional de saúde procura entender-se com o usuário, pois ela refere que tem a intenção de ser entendida pelos usuários e, assim o seu trabalho será realizado com sucesso. Observa-se também que a profissional verbaliza que tem a vontade de ajudar o outro e que é importante que haja uma relação empática durante o cuidado em saúde. As atitudes e postura dessa profissional com os usuários durante as ações práticas de saúde confirmam esse discurso.

Verificou-se, também, que o ato de orientar, por meio de uma linguagem clara e compreensível para o outro, apresenta-se como uma importante ferramenta que as profissionais de saúde utilizam para ações de prevenção, promoção à saúde, tratamento, reabilitação e facilitar no reconhecimento das necessidades de saúde as ações de cuidado em saúde.

Clara: “[...] se você simplesmente põe a receita na frente dele e fala ‘toma’ é diferente de você falar: ‘olha, você está tomando isso por causa disso, se acontecer alguma coisa você vem amanhã, se não você vai voltar tal, tal, e tal’. Olha, as consequências da hipertensão são assim: ‘Oh! eu vou te mostrar, olha aqui!’ Desenha, mostra, fala, você faz o que for para a pessoa entender.”

Nas consultas médicas observadas, a médica Clara mostrou-se bastante atenta e preocupada em entender-se com os usuários, dar orientações claras, transmitir o conhecimento dela acerca das patologias e tratamento, tirar dúvidas, para promover o cuidado em saúde.

Letícia: *“Não é só oferecer o remédio. Oferecer o remédio e principalmente orientação que eu te falei. Porque quando eu também prescrevo remédios para os meus pacientes, se você põe de oito em oito horas, ele, às vezes, não tem a capacidade de ver um horário, já que ele tem que tomar direitinho, de pegá-lo acordado, então você tem que facilitar, então escrever um horário que o pegue acordado, que não pegue a madrugada. Então, você tem que orientar, orientar sempre.”*

Observou-se nas consultas dentárias que a dentista Letícia é bem acolhedora, zelosa, gosta de explicar para os usuários todos os procedimentos que foram realizados, apresenta um bom vínculo com a população e gosta de orientar o usuário para a continuidade do tratamento e os cuidados permanentes à saúde.

Outro aspecto acerca das orientações de cuidado em saúde que é lembrado pela enfermeira Bruna e pela dentista Vera, para promover o entendimento mútuo entre usuários e profissionais da saúde, é a preocupação com a tonalidade da voz, para que o usuário possa ouvir e compreender as informações dadas. Além disso, ressaltam a importância de se estar atento para como se comunicar, qual linguagem utilizar para cada faixa etária.

Bruna: *“[...] porque se você usa termos muito científicos pra uma mãe, ou algum paciente mais idoso, ele não vai entender, não vai entender e não vai fazer. E outra coisa, tem que ver o volume que você fala também. Algumas vezes, ele fala que tá entendendo tudo, mas não tá entendendo nada. Então, às vezes, você tem que perguntar, ‘O que eu acabei de falar? Explica pra mim o que eu falei.’ Aí ele vai te explicar. Mas eu costumo falar numa linguagem mais simples mesmo, e várias vezes, repetidas vezes, pra pessoa entender, pra sair daqui sem dúvida alguma. E muitas*

vezes você tem que falar alto, tem que falar gritando no ouvido do paciente porque senão ele não escuta. Cada paciente é um paciente. É lógico, tem aqueles mais cultos, e a gente, tem que se adequar a linguagem de cada um. Porque, às vezes, até criança vem sozinha, às vezes é porque a mãe tá trabalhando, às vezes adolescente, 12, 13, 14 anos, que já entende também. Então a linguagem já é diferente, entender certinho, a gente até brinca um pouco, pode até brincar um pouquinho. Então cada caso é um caso, e cada faixa etária é diferente também.”

A enfermeira Bruna, em suas ações práticas no cotidiano do trabalho na UBS, é atenciosa com os usuários, mostra-se disponível para escutar as necessidades de saúde e dar respostas satisfatórias, por meio de uma linguagem clara e compreensível.

Vera: *“A forma de como você aborda, o jeito de como você fala, o tom de voz, tem paciente que fala mais bravo, tem aquele que é mais incisivo, tem paciente que você tem que ser mais meiguinho, mais carinhosa, pegar no colo mesmo. Às vezes quando eu saio em visita, sempre saio em visita com a minha ACD, às vezes eu oriento o paciente, eu acho que tô falando uma coisa que pra ele é óbvia e daí, ela, a ACD, pega e reforça a minha orientação mudando as palavras. Eu lembro uma vez que eu fui falar para o paciente assim, que ele tinha que colocar água sanitária na água para poder limpar a dentadura pra dormir. A ACD falou assim ‘a senhora tem QBoa em casa? É QBoa que tem que por, tá?’ (risos). São coisas assim que você não percebe, água sanitária achei que era o básico pra eles, mas tem que ser QBoa. Foi muito legal, ter esse contado com outros profissionais que têm uma proximidade maior, que têm uma forma de relacionamento, uma postura diferente, até personalidade diferente, eu tenho conseguido perceber, tenho tentado construir um pouquinho com isso.”*

A dentista Vera apresenta-se de modo tranquilo e acolhedor, demonstrando em suas atitudes e postura profissional preocupação em trabalhar em equipe e orientar da melhor maneira possível os usuários, para que haja uma mudança no estilo de vida e consequentemente uma melhoria do bem viver.

No próximo depoimento, a enfermeira Gabriela explica que a orientação para o cuidado em saúde, para que seja efetiva, exige um olhar ampliado do processo saúde-

doença por parte do profissional da saúde, para que ele possa, respeitando a autonomia do outro, responder às necessidades de saúde levantadas. Nas consultas de enfermagem realizadas por essa profissional, identificaram-se tais atitudes cuidadosas, demonstrado sua habilidade e seu conhecimento, bem como, uma compreensão sócio-histórica da determinação social do processo saúde-doença.

Gabriela: *“Então, eu acho que a abordagem do profissional de todo local, não só no Saúde da Família é ter essa visão dessa autonomia, a visão de que ele é uma pessoa inserida na sociedade, inserida neste contexto, contexto dele e dentro deste contexto dele ver o que a gente pode fazer para ajudar. Um exemplo simples, então eu tenho o resultado de colesterol aumentado, estou falando de paciente com hipercolesterolemia e é um valor que dá para você orientar a alimentação, sem entrar com medicação. Se eu vier com a receitinha pronta, ‘olha, se o senhor comer isso, ou deixar de comer aquilo e tal’, não vai ter impacto nenhum na vida dele, desse paciente. O que eu tento fazer com ele? É tentar trazer a alimentação dele. ‘Conta para mim, o que o senhor come, desde a hora em que o senhor acorda, fala para mim como é o seu dia, de manhã até a noite?’ Ele vai contar, e com o que o senhor contou eu vou explicar o que é o colesterol. O colesterol é isso, isso e isso, os alimentos que ajudam, os alimentos que pioram e tal, dentro da vida do senhor, da alimentação do senhor, o que que a gente pode fazer para melhorar, e daí a gente constrói uma prescrição, como diz, assim, uma intervenção para esse problema.”*

Contudo, a enfermeira Gabriela e a dentista Vera relataram, também, sobre as dificuldades da orientação para o cuidado, pois esse processo de educação em saúde nem sempre apresenta respostas satisfatórias imediatas, principalmente porque depende muito também de uma mudança de estilo de vida dos sujeitos e de suas famílias, e isso gera angústia e as incomoda.

Gabriela: *“[...] por exemplo, quando a gente trabalha com pacientes hipertensos, que o grande foco é a mudança de estilo de vida, é muito difícil isso, é muito difícil você trazer a pessoas para esse raciocínio, para essa lógica, ou entender a lógica deles, a vida deles no contexto deles. Você se colocar aqui e tentar olhar pelo olhar deles, isso é muito difícil. Então, em alguns momentos você consegue avançar, em*

alguns não. É isso que acaba me deixando incomodada, né? Tem momentos que você não consegue.”

Vera: “[...] eu acho que essa questão de a gente falar é um trabalho de formiguinha que a gente vai construindo aos poucos, acho que isso é muito angustiante pra mim, porque eu quero ver o resultado, porque eu quero orientar essa mãe e na próxima consulta, daqui um mês, dois meses ela voltar, e pelo menos tentar fazer as mudanças. Eu vejo que, às vezes, é claro que tem mãe que responde ao tratamento que fazem tudo, mas tem mãe que, tanto fez você falar, ou não. Vou dar só um exemplo, eu falei para uma mãe uma vez a respeito, em toda consulta eu oriento sobre alimentação, a importância da alimentação para a saúde bucal, eu falei para uma mãe assim, a questão dos salgadinhos para evitar principalmente para as crianças, que não têm nutriente, que pode prejudicar a saúde bucal, ‘ah não, tudo bem doutora’, aí eu acho que na terceira consulta que ela veio no posto agendada, as crianças vieram no posto comendo salgadinho (risos). Falei ‘ai, meu Deus do céu, não sei se não entra, se tá tão habituado?’ porque é questão de mudar hábitos, então é uma coisa que é difícil, para a gente é difícil, para eles, que têm uma carência educacional, cultural, é maior ainda. Então, eu acho, que o que a gente pode fazer é parte educativa, tentar trabalhar a parte educativa, não sei se só em consultas individuais, se há necessidade de uma intervenção em grupo.”

A psicóloga Joice relata que, para entender-se com o outro, para cuidar do outro, a linguagem não verbal, por meio da expressão corporal, é fundamental. Ela busca se colocar na mesma posição, colocar-se como o outro, para que a conversa seja interessante para ambos, para que haja uma boa interação, referindo que isso auxilia no levantamento das necessidades de saúde, na troca, no diálogo, nas conversas terapêuticas. Durante as ações práticas de saúde, observadas na ocasião de um grupo de gestantes, foi possível comprovar a preocupação dessa profissional com um cuidado em saúde integral, pois ela se comunica muito bem com os usuários, mostra-se sempre sorrindo e disponível para dialogar e ajudar, o que consequentemente, acaba por fortalecer o vínculo entre ela e os usuários da UBS.

Joice: “ [...] por exemplo, adolescente eu gosto muito, é um desafio entender o adolescente. Eu sempre brinco com ele ‘oh, não faz tanto tempo assim que eu tive a sua idade’. Então, eu sento, ponho o pé na cadeira, cruzo a perna igual eles fazem mesmo e sabe que eu percebo que quando isso acontece o papo flui. Quando você usa, você não precisa falar palavrões essas coisas todas, mas quando você usa a linguagem deles, nossa eles se abrem, eles até se expandem com tudo. Abre mesmo e eles falam mesmo e aí a troca acontece. Aí ele tem vontade de voltar naquela psicóloga, por que se for aquela velha, não de idade, mas de mente, chata que vai passar sermão, pra que ele vai vir? Ele tem a mãe que faz isso. É assim que muitos vêm a mãe. Então, eu acho que determina sim, todo tipo de comunicação que a gente possa ter com o paciente. Tem que ser do nível deles, tem que ser de acordo com ele, tem que ser do interesse deles.”

Além disso, observou-se que, para as profissionais de saúde, a orientação no cuidado em saúde não deve ser apenas uma informação dada, ela deve causar um efeito sobre o usuário, para que ele possa ter condições de modificar as suas ações e melhor cuidar da sua saúde.

As profissionais de saúde estudadas mostraram-se sensíveis nesse sentido. Consideram fundamental a escuta ampliada das necessidades de saúde, por meio do acolhimento, do respeito à autonomia do outro. Destacaram a importância do vínculo e da empatia, para que os usuários possam depositar confiança nelas e terem uma possibilidade maior de seguir as orientações dadas.

Joice: “[...] orientar, conversar, educar, não no sentido de educação de escola, mas de uma outra educação que, eu acho que a gente leva muito mais para a vida... Se você não atingir a pessoa, não tiver essa empatia, não tiver essa relação mesmo, não tem cuidado da saúde.”

O vínculo entre o profissional de saúde e o usuário é consequência de uma comunicação e uma interação bem sucedida, bem como de uma atitude de maior responsabilização pelo outro, que leva à empatia; um olhar ampliado para os DSS e também de uma busca pelo cuidado em saúde.

Pesquisadora: “*Você acha que tudo isso, essa relação, esse cuidado, esse vínculo com os seus usuários. Você acha que isso tem a ver com os determinantes sociais da saúde?*”

Joice: “*Eu acho que sim.*”

Pesquisadora: “*De que maneira?*”

Joice: “*Eu acho que se não for desse jeito, como é que você vai atingir a pessoa? Para que a pessoa possa mudar? Como eu sempre falo para eles, eu não posso mudar para você, eu sou um pedaço e você é outro pedaço, esses dois 50% aí tem que se somar para dar o 100%.*”

Quando questionado para a médica Gilmara sobre a satisfação dos usuários com os cuidados em saúde realizados por ela, referiu que observava que os usuários sentiam-se felizes com a consulta dela.

Pesquisadora: “*Eles estão felizes por quê?*”

Gilmara: “*Já ouvi várias vezes me falarem que nunca tinham sido atendidos tão bem, que eu falo o que eles precisam ouvir, que eu oriento, que eu escuto o que eles têm pra falar, que muitas vezes eles vão ao médico e ele nem olha pra eles. E eu vejo diferença, pois ela vem de um jeito, e no retorno está melhor do que ela tava naquele dia. Consigo perceber que estou sendo útil praquela pessoa, tô vendo uma resposta, que ela tá fazendo o que eu orientei e foi bom pra ela.*”

Durante as observações dos atendimentos individuais da médica Gilmara, verificou-se estas atitudes descritas pela profissional, como olhar nos olhos, escutar com atenção, mostrar interesse pelo problema do outro e a satisfação dos usuários após a consulta com essa profissional.

A gerente Tainara reforça a importância de se ter um tempo para outro, um momento de escuta e conversa com os usuários durante as ações práticas de cuidado à saúde, pois isso auxilia, e muito, no processo educativo de orientação para o cuidado. Tais atitudes positivas relatadas pela gerente Tainara e postura profissional foram observadas no trabalho de campo.

Tainara: “[...] sempre que eu vou medir a pressão eu pergunto ‘Toma medicação? O que você toma? Como você toma? Que horas você toma? É de jejum?’ Eu gosto, de vez em quando, estar ali na salinha verificando, porque às vezes ele não tem uma ideia. Por que tá assim? Qual a alimentação? E as comidinhas enlatadas, linguiça, salsicha? Então às vezes eles não param para pensar que tudo enlatado tem extrato de sódio, que tem conservante, que isso não é bom para ele. Então, assim, você sempre tem alguma coisa que ele não sabia, você vai conversando, você vai puxando fazendo com que ele fale, aí você vê aquele fato é mais de início, aí você nota que ele não tem, que ainda falta conhecimento pra ele. Então eu acho que é questão de conversar, ter um tempo para conversar, você tem que começar a questionar algumas coisas, é um pontinho no oceano que ainda ajuda.”

Foi possível identificar, durante as observações etnográficas das unidades de saúde de atenção básica do município de Marília, que, no momento de orientação para o cuidado em saúde, principalmente nos atendimentos individuais, as profissionais de saúde reforçam para os usuários que para se ter uma boa saúde é necessário ter bons hábitos de vida.

A dentista Letícia revelou que acredita que o estilo de vida dos indivíduos, o modo como cada pessoa busca cuidar da sua própria saúde, é o fator mais importante no processo saúde-doença e, conseqüentemente, o principal DSS. O diálogo a seguir ilustra essa constatação:

Pesquisadora: “O que você acha que interfere na saúde das pessoas?”

Letícia: *“Interfere como? Me explique o que você quer que eu responda. Interfere na saúde?”*

Pesquisadora: *“É. O que é que faz as pessoas adoecerem?”*

Letícia: *“O cuidado, né.”*

Pesquisadora: *“O cuidado de quem?”*

Letícia: *“Não, dele mesmo. O autocuidado.”*

Além disso, quando levada a pensar em outros tipos de determinantes sociais, a profissional reconheceu que há outros determinantes no processo saúde-doença, porém demonstrou dificuldade para refletir sobre esse assunto.

Pesquisadora: *“O que mais interfere?”*

Letícia: *“O que faz adoecer? O autocuidado. Adoece, no sentido de estar me procurando, é não se cuidar. E... aí eu não sei te responder.”*

Pesquisadora: *“Você acha que o fato das pessoas não terem uma alimentação adequada, não terem acesso a alimentos saudáveis. Isso acaba por prejudicar a saúde delas?”*

Letícia: *“É, prejudicaria, sim. Não tendo uma boa alimentação, claro.”*

Pesquisadora: *“Então, além do auto cuidado isso seria mais uma questão?”*

Letícia: *“Também!”*

Mesmo depois de refletir sobre os outros tipos de determinantes, essa profissional reafirma que, na visão dela, estilo de vida de cada indivíduo é o principal DSS.

Pesquisadora: *“Hoje, o que leva, assim, pensado nesse mundo complexo que a gente vive com tantas coisas, com tanta violência, desemprego, pobreza. Essa situação, como isso afeta a saúdes das pessoas ou não?”*

Letícia: *“O autocuidado para mim é o mais importante. Porque não adianta você ter e num... ter as condições e num... que nem o diabético como eu te falei aquela hora. Ele não pode ingerir certos alimentos; é passado para ele, é dado uma orientação e ele não segue. Aí ele não vai, ele vem no médico, ele vem, tudo, mas ele não segue, e não adianta.”*

No próximo discurso, observou-se que a profissional leva em consideração que o estilo de vida de alguns grupos populacionais faz parte dos DSS e que esses determinantes são construídos historicamente e socialmente.

Jéssica: *“[...] o jeito que a gente se alimenta, é um jeito errado, muitas das vezes a gente não está preocupado em não comer com muito sal, a gente não está pensando nisso que é uma coisa que afeta a saúde, que é uma coisa nossa, da população, por isso que eu acho que tem muitos hipertensos na nossa área.”*

Verifica-se que a ACS Jéssica se incluiu no discurso, demonstrando que ela percebe a sua dificuldade, que faz parte da comunidade na qual trabalha, e da população em assimilar as informações que ajudam a ter uma vida mais saudável e também de mudar suas práticas em relação a esse problema. Observou-se que essa profissional, em suas ações práticas de cuidado na ESF, busca compreender o modo como os usuários se cuidam, para depois conversar sobre tais práticas e pensar em maneiras de proposição de mudanças de hábito para uma melhoria na situação de saúde.

No depoimento a seguir, a dentista Vera reflete que, para haver uma mudança no estilo de vida, é necessário que os sujeitos tenham interesse em modificar os seus hábitos de vida para que tenham uma melhor saúde, e isso, demonstra para ela, uma “carência cultural” da população que não enxerga, por exemplo, que a alimentação de um modo mais saudável é uma necessidade de saúde. Cabe destacar que a profissional verbaliza que nunca havia parado para pensar sobre essas questões anteriormente, reforçando a importância do debate sobre os DSS na atenção básica.

Vera: “[...] O que eu vejo essa questão de alimentação, eu vejo bastante no Programa Bebê Dente, quando eu questiono as mães, que você vê assim, que elas oferecem bastante salgadinho, suco de saquinho, coisas mais práticas e baratas. Se você for ver, verdura, fruta, essas coisas, tudo bem não são caras, mas exige preparo, exige tempo. Então, tem essa falta de alimentação e também tem uma falta, uma carência cultural. Dá para ter uma boa alimentação, se você se basear em frutas, verduras e legumes, ‘ah mas é caro’, mas tem dia da feira, dá para você comprar, selecionar, mas você percebe, assim, que as pessoas não têm interesse, não querem nem saber sobre isso. A princípio eu pensava assim: ‘nossa, deve ser preguiça, não se vê responsável pelo filho’, sei lá, mas aí eu não sei se é falta de vontade de fazer as coisas, ou se não vê importância disso, ou não acredita na importância disso, dá trabalho, né? Eu tenho uma bebezinha de um ano, eu sei, dá muito trabalho você planejar a alimentação, você planejar o cuidado, toma muito tempo. E eu acho que essas mães, não sei, ou não estão dispostas, ou não querem, ou não acreditam na importância disso. Eu sinceramente nunca parei para pensar, mas eu acho que é um desinteresse mesmo, é uma falta de acreditar que aquilo realmente seja importante para a saúde. Porque vê a criança crescendo, se desenvolvendo, então não vê necessidade disso.”

A seguir, a profissional Gilmara relata que as escolhas que cada indivíduo faz, ou não faz, são fundamentais para modificar ou não seu estilo de vida. A profissional chama a atenção para o fato de que as orientações para os cuidados em saúde nem sempre apresentam resultados positivos, ou seja, nem sempre há uma comunicação que promova entendimento mútuo, pois, para isso, é imprescindível que tanto quem fala, como quem ouve tenha o mesmo horizonte terapêutico.

Gilmara: “Você pode orientar, fazer programa de apoio, palestras, só que a pessoa tem que querer, pois, se ela não quiser, não adianta você fazer tudo porque ela não vai aderir porque ela não quer, pois se considera bem naquela situação. Então, acho que vai muito da própria pessoa. Não adianta você dar o peixe, tem que ensinar a pessoa a pescar, se a pessoa não quiser, ela não vai sair daquilo ali, é igual para alcoólatras, fumantes, diabéticos que tomam insulina, mas não deixam de comer doces (...) não adianta a família inteira se dispor a ajudar, uma equipe de saúde fazer uma visita domiciliar. Então eu acho que falta uma conscientização, não dá pra jogar tudo nas costas da equipe se a pessoa não quiser fazer. A nossa parte a gente procura fazer, mas se a pessoa não quiser, infelizmente não adianta.

Será que esse tipo de interpretação, mais naturalizada do processo de saúde e adoecimento, baseada na ideia de que cada pessoa é responsável pelo seu processo de saúde e adoecimento, sem as devidas ponderações, ou seja, sem considerar os diversos determinantes, poderia por acabar por esvaziar o conteúdo ampliado que caracteriza os DSS?

Interessante foi perceber que a médica Gilmara, apesar de relatar que o autocuidado e o estilo de vida dependem muito das escolhas das pessoas, mostrou-se bastante atenta em seus atendimentos individuais às necessidades de saúde dos indivíduos, preocupando-se em dar orientações claras e educativas para auxiliar na melhoria da saúde da população.

5.4 Redes sociais e comunitárias, as necessidades de saúde e a produção de cuidado em saúde na atenção básica

As profissionais de saúde no decorrer das entrevistas, enquanto contavam sobre os carecimentos e as necessidades de saúde observadas na população, comentaram também sobre como as redes sociais e comunitárias de apoio são importantes para os indivíduos, para efetivação do cuidado em saúde e para auxiliar na construção de um

bem-estar coletivo. Observou-se no discurso das entrevistadas que uma das redes sociais de apoio é a família, sendo assim, parte constituinte dos DSS.

Angélica: *“No meu ponto de vista, eu acho que precisa de uma boa base familiar, porque simplesmente a gente trabalha em uma comunidade e que a gente sabe que a família é base de tudo. Então, eles precisam de uma estrutura familiar. A gente observa também uma carência muito grande, e principalmente afetiva”*

Existe um olhar por parte da auxiliar de enfermagem Angélica, de que a família constrói as relações afetivas entre as pessoas, bem como os aspectos culturais, educacionais e geracionais, além de ser fundamental no processo saúde, adoecimento e cuidado, e que a falta desse apoio familiar torna-se, em muitos casos, uma das principais causas tanto de busca pelo serviço de saúde como de várias necessidades de saúde identificadas.

Bruna: *“[...]E eu acho também que os idosos não têm valor nas suas famílias, que isso facilmente a gente percebe. Então, que eles ficam doentes, isso ajuda muito, entram em depressão, não comem direito, às vezes, não têm ninguém pra ajudar a cozinhar dentro de casa, nem pra buscar o salário, o salário mínimo da aposentadoria, no banco também não tem, depende dos outros, tem família que não liga mesmo. A gente já teve um caso assim também, que o único filho da senhora, usuário de drogas, tava preso, e a nora pegava o cartão da aposentadoria, pra tá descontando, e assim, é mãe, perdoa tudo que o filho faz, ficava meio que acoitando o filho. Ela tava sem luz, ela tava sem água na casa dela, ela tava sem comida, a gente foi ver no serviço social. Tava uma sujeira a casa dela, tava cheio de carrapato, o cachorro, cheio de carrapato. Só foi pressionado o serviço social e ela foi pra uma casa de repouso e tá feliz da vida agora, limpinha, cortou o cabelo, quer um namorado agora. Então, tem coisas que dá pra gente resolver, a gente consegue tirar um final feliz, mas tem coisa que não adianta, se a pessoa não quiser ser ajudada, não tem jeito. Então, uma coisa que prejudica muito é a falta de atenção da família, principalmente dos filhos dos idosos, também, isso prejudica.”*

A enfermeira Bruna, nesse depoimento, revela a sua percepção sobre a falta de atenção que os idosos sofrem de suas famílias e o quanto essa situação é complicada, pois envolve vários DSS e prejudica nos cuidados à saúde dessa população. Cabe destacar, a efetividade da intervenção da equipe de saúde da UBS, que, ao mesmo

tempo em que visualizou o problema, os carecimentos sociais e as necessidades de saúde, o denunciou e proporcionou uma melhoria na qualidade de vida da senhora idosa, e também na reconstrução dos projetos de felicidade dela.

Além da família, outras redes de apoio foram lembradas como importantes e que também se configuram como DSS. As redes de apoio comunitário, de acordo com as profissionais, têm auxiliado nos cuidados à saúde dos indivíduos que apresentam dificuldades socioeconômicas e envolvimento com drogas. Contudo, a enfermeira Gabriela alerta que, mesmo havendo uma mobilização da comunidade e também da unidade de saúde, a violência estrutural, como o tráfico de drogas e o poder paralelo prejudicam bastante as ações de cuidado à saúde.

Gabriela: *“[...] Um problema grande que nós temos é o tráfico de drogas, aliciamento de menores, é complicado, eu digo assim, trazendo essas crianças pro tráfico, então de alguma forma acabam sendo inseridos nisso e por mais projetos que se faça, porque já existem muitos projetos na unidade, tem na comunidade, tem o Pequeno Cidadão, tem o Barsanulfo, tem o Pró-jovem, o projeto Guri, tem todos esses projetos que a gente leva à comunidade, tem a ONG, que faz uma atividade que se chama atendimento psicossocial, mais ou menos nesse sentido, com alunos de Psicologia da Unimar e o psicólogo que é o residente aqui da área, ele tem uma ONG para trabalhar com pacientes dependentes de álcool e drogas. Então, assim, de alguma forma essa comunidade se mobiliza para resolver as suas necessidades, mas acaba sendo ainda de forma limitada porque tem o poder paralelo. Até nós, da unidade, acabamos ficando limitados pelo poder paralelo de tráfico de drogas. Não é todo momento que você pode entrar, não é tudo que você pode abordar.”*

Esse depoimento leva-nos a interrogar sobre como as redes comunitárias e de apoio dos sujeitos são favoráveis ou não para o bem viver. A um indivíduo que vive numa favela, na qual as principais redes interpessoais giram em torno do tráfico de drogas, isso não seria um aspecto importante dos DSS que constituiria o processo saúde-doença-cuidado dessa população?

A reunião com a comunidade é uma das maneiras que a ESF estudada tem buscado para fortalecer as redes de apoio comunitário e conscientizar a população sobre a importância da ação coletiva e dos laços de solidariedade para o bem comum.

Gabriela: *“E com a reunião de comunidade também, às vezes, a gente tenta fazer um momento de reflexão. Por exemplo, as pessoas pararem de olhar tanto no individual, de olhar para as suas próprias necessidades, de tentar ampliar um pouquinho o olhar para a necessidade do bairro, por exemplo, do que a gente pode fazer para melhorar o bairro, discutir isso em comum. Então, a gente tenta ir por esse caminho.”*

A dentista Vera relata que na reunião com a comunidade muitas questões de interesse coletivo, como a arborização do bairro e a coleta de lixo, são discutidas, todavia ela observa que a participação das pessoas ainda está muito atrelada aos interesses particulares, pois avalia que os usuários comparecem mais a reunião quando, por exemplo, a ESF vai discutir questões do Bolsa Família.

Vera: *“Olha, a gente tem reuniões de comunidade, todo mês há uma reunião que a gente chama a comunidade. Algum tempo, alguns meses atrás, a gente não tá tendo uma boa participação da comunidade. A gente tinha bastante participação quando a gente atrelava à questão do Bolsa Família, as mães participavam bastante e daí, disso surgiram algumas coisas interessantes, questões de coleta de lixo na comunidade, na área de favelamento que foi discutido. A questão que a gente tinha uns terrenos baldios que eram jogados lixo a gente conseguiu mobilizar a comunidade para que buscasse com a prefeitura a melhoria e conseguiram o calçamento, plantaram árvores, então parou de se jogar lixo ali. O que mais? Eu acho que pela movimentação de reunião de comunidade foi organizado uma associação de moradores, que existe essa associação apesar dela não estar muito assim organizada, muito atuante, existe essa associação, agora o pessoal parece que tá, tem indivíduos que se despontam na comunidade, que estão procurando buscar bastante, a questão da gente mudar para uma unidade nova, a gente tem conversado bastante com a comunidade, da comunidade cobrar isso do governo municipal, da comunidade vai ser mais rápida, o olhar vai ser diferente se nós, profissionais, ficarmos reivindicando isso. Então, tem algumas coisas que na reunião de comunidade pontualmente são importantes e vão surgir. Mas, sinceramente, a participação deles, tipo assim “ah vamos na reunião de comunidade que a gente vai conseguir melhorias pro nosso bairro”, não acontece, acontece atrelado a alguma*

coisa, ou o Bolsa Família. Uma vez nós fomos sortear cesta básica, daí lotou a reunião e assim, com a presença deles lá, a gente conseguiu articular algumas coisas, mas a reunião de comunidade não é uma coisa que roda plenamente aqui não, precisa fazer uma “chantagenzinha” para eles participarem da reunião (risos), mas tem saído uns resultados legais.”

Neste eixo temático, visualizamos o quanto essa categoria do modelo Dahlgren e Whitehead (1991) é fundamental e se articula com as demais para melhor compreensão dos DSS que constituem o processo de saúde, adoecimento e cuidado da população, pois enfatiza as relações interpessoais e os laços de solidariedade entre os indivíduos, demonstrando a importância do cuidado e a interação das pessoas na busca do bem coletivo.

5.5 Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais e a produção de cuidado em saúde

No discurso das profissionais da saúde verifica-se que há uma compreensão de que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais são importantes aspectos DSS e que estes não podem ser esquecidos durante as ações de cuidado à saúde. Este eixo temático apresenta muitas semelhanças com a parte inicial do primeiro eixo, contudo, neste, será analisado os discursos que abordam com mais ênfase os macrodeterminantes.

A enfermeira Gabriela verbaliza que é necessário observar e considerar atentamente as várias facetas e aspectos que constituem o processo de saúde e adoecimento da população dos sujeitos atendidos nos serviços de Atenção básica e que essa atitude proporciona um olhar mais atento para as necessidades de saúde e consequentemente, um cuidado à saúde mais comprometido com os macrodeterminantes sociais da saúde.

Gabriela: “[...] Como diz um autor: ‘A forma de andar a vida interfere na saúde das pessoas, a forma de andar a vida’. Então, assim, como as pessoas, como elas se organizam socialmente, como elas estão inseridas nessa sociedade, isso tudo interfere na saúde deles, desse processo saúde-doença. Porque olhando pela amplitude do que é saúde, tudo isso interfere. Eu acho que a gente discute bastante com a equipe, a equipe também consegue olhar por esse lado das necessidades, da dificuldade, da situação de como essas pessoas olham a vida, como essas pessoas são inseridas nessa vida, nessa sociedade. Então isso interfere e muito a saúde das pessoas.”

Constatou-se que a enfermeira Gabriela, e a equipe de saúde na qual ela está inserida, procuram, durante as ações de cuidado à saúde, conhecer as necessidades de saúde, não somente por meio das dimensões biológicas e psicológicas, as dimensões macrossociais dos indivíduos e de sua família, para melhor identificar as necessidades de saúde da população e promover um cuidado integral à saúde e mais humanizado.

A gerente Tainara também identifica que os macrodeterminantes são fundamentais nos processos de saúde, doença e cuidado. Essa profissional reflete que os carecimentos e as necessidades visualizados hoje nos serviços sociais de saúde são consequência de um processo sócio-histórico-cultural. Ela acredita que, com a atual atenção à saúde, a preocupação com o cuidado em saúde, com as orientações feitas pelos profissionais de saúde, no futuro, é possível que haja uma mudança na visão de mundo da população e, assim, uma melhoria no bem viver dos indivíduos para os quais são prestados os cuidados.

Tainara: “[...]a saúde nem é tanto, mas o social. É questão de educação a falha desde muito tempo atrás, então a gente não consegue dar conta agora pode ser que no futuro. Com todos os programas, com todas as orientações, a gente, alguém, não serei eu. Não vou viver pra ver, mas a gente tem esperança que com toda essa

orientação que a gente dá hoje, se for continuar, a população vai ter um conhecimento, e um cuidar melhor da saúde porque as patologias que a gente tem é gerado da cultura, da visão de mundo deles, da maneira de como eles vivem e eles adoecem.”

Em seguida, verifica-se que a reflexão sobre os macrodeterminantes sociais, se apresentou como uma tarefa difícil para a profissional Letícia, que verbalizou sua dificuldade para responder à questão proposta.

Pesquisadora: “*Pensando na sociedade em geral, nos problemas sociais que você identifica na sociedade, o que você acha que, hoje em dia, tem interferido na saúde das pessoas, na vida de como elas levam todos os dias?*”

Letícia: “*Complicado responder... O que, que leva? Repete pra mim?*”

Letícia: “*Eu trabalho em duas unidades e é diferente da região mais central, aqui é o bairro mais afastado. Então, você poderia falar assim ‘Aqui é o pessoal mais pobre, então são mais descuidados, tem mais necessidade de tratamento.’ Não, aqui a população é maior então eu atendo mais pacientes, mas não significa que porque são pobres que a situação dentária está pior não, tudo é orientação, é aquilo que eu te falei. Você orienta e a pessoa acata então, você faz a sua parte e ela fazendo a dela, você consegue resultado.*”

Esse discurso revela que os macrodeterminantes para essa profissional não influenciam tanto nas necessidades de saúde e no cuidado à saúde. A desigualdade social é percebida, porém ela afirma que, no seu cotidiano, sua experiência lhe mostra o quanto importante é a orientação na efetivação do cuidado.

Joice: “[...] *teve uns dias aí que teve uma moça de treze anos que veio ao médico porque queria engravidar, ‘pera lá, isso aí, é até um crime’ tem que pôr a polícia no meio, mas aí você vai por a polícia no meio? Ela está querendo engravidar dos traficantes da favela, aí ele vem aqui e fala que vai tacar fogo em tudo, no carro de todo mundo, risca o carro, depedra o posto e ameaça. Então, eu acho que o sistema é muito falho. Enquanto o sistema não der subsídio para a gente, fica difícil até mesmo educar. Sabe, eu tenho a sensação de que é um ciclo vicioso, que começa, aí*

você tenta fazer uma outra coisa, aí não dá porque tem uma coisa errada, aí você tenta fazer outra e tem outra errada, aí aquela outra também tá errada, então é isso que eu tenho a sensação e acho que estrutura de saúde que tá precária.”

O argumento anterior revela o quão complexos e interdependentes são os vários aspectos que constituem os DSS e o quanto as profissionais de saúde lidam com alguns macrodeterminantes desfavoráveis, como as mazelas sociais, a violência, a falta de uma perspectiva de vida melhor da população mais pobre e também com dilemas ético-morais no dia a dia do seu trabalho.

Outro tema abordado nas entrevistas foi sobre o programa Bolsa Família e as atuais políticas sociais que buscam atuar principalmente em relação aos macrodeterminantes. Há um entendimento, por algumas profissionais, que este tipo de auxílio governamental não tem contribuído na melhoria do cuidado em saúde, pois tem prejudicado o planejamento familiar.

Bruna: *“[...] fora situação de Bolsa Família, que quanto mais benefícios você dá ao paciente, mais ele quer ter. No Bolsa Família tem aquele número de filhos, dá por cabeça, renda familiar, então quanto mais filho ele tem mais ele recebe. Então pra ele é uma coisa melhor, pra ele ter mais filho porque ele recebe mais do Bolsa Família. Essa visão eu acho que prejudica, porque planejamento familiar não existe na verdade. A gente tem tudo, tem pílula anticoncepcional, tem DIU, tem anticoncepcional injetável, não falta, isso tem aqui. Preservativo também não falta, não tem falta disso, e as pessoas.. não adianta, engravida, tá engravidando com 12, 13, 14, 15 anos, sem planejamento nenhum, isso é uma coisa que dificulta também.”*

No próximo depoimento, a profissional de saúde posiciona-se veementemente contra o programa Bolsa Família, argumenta e critica esse tipo de apoio social, pois acredita que isso faz com que as pessoas não busquem melhorar sua situação socioeconômica, somente mantém o *status quo* e reproduz socialmente a desigualdade social.

Pesquisadora: *“Pensando no governo, no suporte social, como você classifica e qualifica no sentido desse apoio para que as pessoas tomem suas escolhas?”*

Gilmara: *“Falta saúde, educação, e existem muitas bolsas, Bolsa Família, Bolsa Escola. E a maioria das pessoas fica contente com essas bolsas, muitos querem ter filho para ganhar bolsa, para ganhar um salário a mais, virou fonte de renda. E eu acho que isso acaba sendo um incentivo pra pessoa não ir atrás de crescer. Ia ter um concurso aqui no posto, e eu lembro bem de uma mulher que ia prestar, e ia assumir o emprego e ter um salário. E ela não quis assumir porque ia perder a Bolsa Família. Ao invés de ajudar, isso embutiu na população, aquele dinheiro fácil, tá ali, então as pessoas se inscrevem e ganham. E muitas vezes a pessoa ganha aquele dinheiro e não usa pra alimentação, pra educação, usa pra comprar um lanche no final de semana, ou pra comprar um cigarro. A cultura, a educação na população não está sendo melhorada, nem aprimorado para um objetivo de crescer, de amadurecer, ter senso crítico de mudar de vida. Ninguém quer que tenham senso crítico, querem apenas que eles recebam aquela bolsa e fiquem quietinhos lá. E as pessoas só recebem a bolsa, pagam umas contas supérfluas, e essa é a educação, e vai ser passada de geração pra geração.”*

Os macrodeterminantes sociais da saúde têm uma relação muito forte com todos os demais DSS apresentados nesta análise. Considera-se que as profissionais de saúde dos serviços de Atenção básica precisam compreender essa interação, por meio do levantamento de necessidades de saúde da população, bem como por meio de um processo de educação permanente dentro das equipes de saúde, para um entendimento mais ampliado sobre a complexidade dos DSS no processo de saúde, adoecimento e cuidado da população.

6 CONCLUSÕES E PROPOSTAS PRÁTICAS

Nos discursos das profissionais de saúde da Atenção básica do município de Marília, bem como nas observações participantes nos serviços, constatou-se que as profissionais de saúde buscam compreender os processos de saúde, adoecimento e cuidado levando em consideração vários aspectos dos DSS e as necessidades de saúde da população. Porém, isso não é percebido por todas as profissionais da mesma maneira, sendo que, algumas delas, devido a uma aproximação com a temática na formação acadêmica, ou a experiências práticas vividas, ou até mesmo por participarem de atividades de educação permanente, mostraram-se um pouco mais preocupadas e engajadas com os DSS em suas ações de cuidado em saúde.

As condições de vida e trabalho de cada indivíduo atendido nos serviços de Atenção básica é um aspecto dos DSS que foi possível identificar nos depoimentos das entrevistadas como um importante determinante no processo de saúde, adoecimento e cuidado. Mas, observou-se, em alguns discursos, que existe uma compreensão, talvez algo limitante, de que os DSS referem-se exclusivamente a condições desfavoráveis para o bem viver e a pobreza. Entende-se que as dificuldades socioeconômicas e a desigualdade social são prejudiciais à saúde da população, mas que, essencialmente, são aspectos negativos das condições de vida, do trabalho e dos macrodeterminantes, que acabam por ser tratados de forma “naturalizada”, perdendo-se de vista o caráter propriamente social desses processos e do modo como são “lidos” como necessidades de saúde.

Verificou-se, também, que, para as profissionais de saúde, conviver com indivíduos que apresentam muitos carecimentos sociais, econômicos e culturais gera

um grande sofrimento e sentimento de impotência, além de interferir na realização das atividades laborais, como pôde ser identificado no relato de uma das entrevistadas que verbalizou sobre a dificuldade em fazer uma visita domiciliar, pois visualiza algumas condições de vida bastante precárias.

Acredita-se que seja fundamental a realização de uma discussão mais ampliada sobre esse fenômeno nas equipes de atenção básica, para se buscar compreender melhor essas situações complexas e fortalecer os trabalhadores de saúde em relação aos papéis desempenhados por cada um. Conforme nos diz Contandriopoulos (1998), é importante perceber que há ainda pouco conhecimento acumulado sobre a complexidade de todos os determinantes do processo saúde-doença e dos modos como podemos desenvolver nossas ações de cuidado em saúde e resolver de modo satisfatório às necessidades de saúde dos usuários dos serviços de atenção básica.

Observou-se que existe um reconhecimento, e também um olhar crítico, por parte das profissionais de saúde, de que para se intervir nos vários aspectos que constituem os DSS, que aparecem nos serviços de saúde como carecimentos e necessidades da população, é preciso que haja efetivas ações intersetoriais e políticas públicas que tenham verdadeiramente essa finalidade.

Contudo, felizmente, uma das estratégias para se tentar superar alguns desses grandes obstáculos encontrados no cotidiano, que muitas vezes fazem com que o profissional da saúde fique desanimado e desmotivado em relação à sua contribuição para melhoria do processo saúde-doença dos sujeitos atendidos, tem sido a realização de práticas efetivas de cuidados integrais à saúde, tais como: acolher os usuários, por meio de uma escuta ampliada dos carecimentos e necessidades de saúde, promover o acesso aos diversos serviços de saúde, formar vínculos, responsabilizar-se com o

outro e respeitar a autonomia dos sujeitos. Essas ações acabam por ressignificar e transformar positivamente o trabalho em saúde. Isso corrobora o referencial teórico utilizado neste estudo sobre o Cuidado em Saúde proposto por Ayres (2009a), bem como com os conceitos de necessidades de saúde de Schraiber e Mendes Gonçalves (2000) e Cecílio (2001).

Percebeu-se, ainda, que é imprescindível que a temática dos DSS seja trabalhada na formação dos profissionais de saúde, desde a graduação, pois nos depoimentos ficou claro que há uma grande falha nesse sentido. Foi significativa a referência das entrevistadas ao desconhecimento em relação aos DSS, ressaltando-se alguma (pequena) aproximação à questão em algumas atividades práticas ou reflexões durante reuniões de equipe. Além disso, acredita-se que esse assunto também deva ser discutido entre as equipes de atenção básica, em atividades de educação permanente, e com a comunidade, para que as ações de cuidado em saúde sejam ampliadas, atentas e humanizadas em relação aos vários aspectos que constituem os DSS.

É fundamental que se tenham ações intersetoriais para uma efetiva atuação nos diversos DSS, porém é necessário que haja uma melhor comunicação e compreensão sobre as responsabilidades, competências e ações desenvolvidas por cada setor que presta apoio à população. Conforme depoimento de uma das entrevistadas, diversos carecimentos sociais são simplesmente “encaminhados”, sem qualquer conversa prévia, para serem resolvidos pelos profissionais de saúde nos serviços de atenção básica.

Em alguns discursos, verificou-se que há um entendimento por parte de algumas profissionais de que os usuários muitas vezes procuram a unidade de atenção básica

apenas para buscar um medicamento para aliviar o sofrimento, a “pílula da felicidade”, sem se preocuparem em resolver as causas de base dos problemas envolvidos nos processos de saúde, adoecimento e cuidado.

É necessário olhar criticamente para essas colocações, pois, conforme questionado na apresentação dos resultados e da discussão, acredita-se que seja possível enxergar essa situação de um modo diferente. Por exemplo, no acolhimento, no momento em que o profissional da saúde escuta que o usuário que compareceu àquele serviço foi apenas para buscar um medicamento, ele poderia também se propor a escutar melhor o indivíduo, acolhê-lo no sentido de compreender mais integralmente suas necessidades de saúde e tentar construir com o sujeito novas possibilidades de cuidados em saúde que façam sentido no contexto de seus legítimos projetos de felicidade.

Outra situação bastante complicada que ficou evidenciada nas falas foi sobre as dificuldades estruturais que as profissionais de saúde encontram na Atenção básica para realização do trabalho: má remuneração, falta de materiais, falta de profissionais, falta de apoio da gestão, falta de vagas com especialistas para o nível secundário e sobrecarga de trabalho. Infelizmente, essa é uma realidade dos serviços sociais de saúde que necessita ser enfrentada, tanto pelos próprios profissionais da saúde, por meio de reivindicações pela melhoria das condições de trabalho, como também por gestores, políticos e por toda a comunidade, mediante uma maior participação na saúde para que os princípios e as diretrizes do SUS sejam cumpridos e, ainda, para que as ações de cuidado em saúde possam ser de melhor qualidade para cada sujeito atendido nos serviços de atenção básica.

Os serviços de atenção básica se configuram como a porta de entrada do SUS. Observou-se que as profissionais de saúde, além de acolherem as demandas de saúde dos indivíduos que buscam os serviços, muitas vezes “acolhem” demandas que remetem a aspectos e determinantes que se beneficiariam de ações de outros setores, como a Educação, o Bem-Estar Social, etc. Entende-se, assim, que é fundamental a articulação intersetorial, porém atividades como a alfabetização, por exemplo, devem prioritariamente ser realizadas nos serviços de Educação.

A condição de moradia da população foi outro aspecto dos DSS que levantou alguns questionamentos que cabem ser revistos. O processo de desfavelamento proposto para o município de Marília é importante, contudo será efetivamente concretizado quando, primeiramente, houver uma conversa com os indivíduos que moram nas favelas sobre a proposta de não somente haver uma mudança na condição de habitação, mas também de uma inclusão sociocultural desses sujeitos, e isto modifica todo o processo e, talvez, possa modificar também a aceitação da população.

As questões culturais, que se configuram como macrodeterminantes sociais da saúde, segundo o modelo utilizado neste estudo, foram aspectos pouco identificados e explorados nos discursos das profissionais entrevistadas, todavia cabe fortalecer sua importância nos DSS. Em um dos depoimentos, uma profissional de saúde referiu, por exemplo, que não haveria “desculpa” para não se usar o fio dental como recurso para a higiene bucal, pois as usuárias que ela atende comentam não ter dinheiro para esse tipo de despesa, mas “apresentam-se de unha pintada”. Contudo, vale lembrar que, para os diferentes sujeitos que somos, há também diferentes

significados e valores culturais, sociais e históricos para as diversas escolhas que fazemos no cotidiano.

Compreende-se que o estilo de vida dos indivíduos se caracteriza como um DSS, mas que é preciso ter cautela ao fazer qualquer tipo de julgamento, como, por exemplo, dizer que depende apenas da escolha do indivíduo para que ele próprio possa mudar os seus hábitos de vida para uma melhoria na qualidade de sua saúde. Esse tipo de interpretação, mais naturalizada, do processo saúde-doença, não auxilia muito nas ações de cuidado em saúde. Tem-se uma ideia clara de que os processos de saúde-doença são construídos social, histórica e culturalmente e que isso deva ser levado em consideração nas proposições e nos encontros terapêuticos com os sujeitos para os quais prestamos cuidados à saúde.

Chama a atenção o olhar de uma das profissionais de saúde sobre as redes sociais e comunitárias de apoio. Ela nos fez pensar sobre as diferentes naturezas e implicações das redes interpessoais nas quais estão inseridos os indivíduos para os quais prestamos cuidados. Costuma-se pensar as redes sociais como formas relevantes e positivas de apoio aos indivíduos, o que de fato podem ser. Porém, há que se considerar que se um sujeito habita uma área na qual o tráfico de drogas domina o território, por exemplo, isso deverá ser considerado uma rede também, e com implicações no que se refere aos DSS. Trata-se de um macrodeterminante que não pode ser ignorado na avaliação de necessidades e nas estratégias de intervenção em saúde.

É importante, também, ponderar certas considerações presentes nos discursos de algumas profissionais de saúde em relação ao programa Bolsa Família, atual política governamental no Brasil de transferência de renda para a população em situação de

pobreza. De acordo com o modelo teórico para os DSS, de Dahlgren e Whitehead (1991), a situação socioeconômica é compreendida como um macrodeterminante e o programa Bolsa Família tem exatamente por finalidade atuar nos macrodeterminantes sociais que se encontram desfavoráveis para o bem viver e que constituem os processos de saúde, adoecimento e cuidado da população. Na atual conjuntura política de globalização econômica, a situação financeira é, sim, um DSS. Entende-se que as políticas sociais que pretendem buscar maior equidade social não podem se esquecer desse aspecto que constitui os DSS.

Alguns aspectos dos DSS presentes no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), tais como os da categoria “idade, sexo e fatores hereditários”, não foram enfatizados nos discursos das entrevistadas, alguma (pouca) proximidade, com o determinante idade. Quando uma das entrevistadas discorreu sobre as condições de vida de muitos idosos do seu território, e, em outro depoimento, em que uma profissional de saúde fala que, em determinada ocasião, ela realizou uma atividade educativa sobre DST e AIDS para um grupo de idosos e teve a percepção que alguns deles não se preocupavam com o uso do preservativo, pois não se sentiam vulneráveis e, ademais, não foram tão receptivos a essa conversa. Houve, também, algumas referências aos adolescentes, mas que não enfatizavam a faixa etária em relação aos DSS.

Os determinantes “sexo” e “fatores hereditários”, apesar de não terem sido explorados pelas entrevistadas, são compreendidos também como aspectos que se revestem de importantes significados em relação aos DSS. O primeiro, remete a um aspecto relevante que poderia ter sido abordado nesta pesquisa, que é sobre a influência das questões de gênero nos processos de saúde, adoecimento e cuidado, tão significativas nas atuais investigações científicas de natureza qualitativa (Couto

et al., 2010); o segundo, configura-se como uma das áreas de conhecimento com maior expansão nas ciências da saúde nos últimos anos.

Foi interessante perceber na prática as considerações feitas por Rozemberg e Minayo (2001) sobre o nosso olhar reducionista, mesmo quando temos a pretensão de buscar um olhar mais ampliado para as várias dimensões do processo saúde, adoecimento e cuidado. Acredita-se que não foi ao acaso que os determinantes “sexo” e “fatores hereditários” não tenham sido explorados pelas entrevistadas, e nem pela falta de interesse das profissionais da saúde em relação a essas questões, mas porque se acredita que a própria denominação do objeto de estudo, Determinantes Sociais da Saúde, tende a focalizar o olhar mais para exclusivamente em aspectos como questões de trabalho, salário, moradia, saneamento, etc.

Não houve referência direta à subcategoria “Produção agrícola e de alimentos”, conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Foi apenas comentado que o consumo de alimentos saudáveis se caracteriza como um aspecto positivo do estilo de vida dos indivíduos. Todavia, não foi explorado nos discursos das entrevistadas a importância da produção agrícola e de alimentos como um DSS, não obstante a ênfase recente em políticas públicas focalizadas no combate à fome e à miséria em todo o território nacional.

A questão ambiental, tão importante macrodeterminante, também não apareceu nos discursos, contudo, vale destacar que é imprescindível a luta contra a degradação do meio ambiente, bem como do apoio e do incentivo às políticas públicas e às ações de desenvolvimento sustentável.

Outra aproximação com a temática dos DSS que também se considera viável de ser explorada em estudos que tenham os propósitos parecidos com os desta pesquisa

é por meio do conceito de vulnerabilidade. Este, segundo Ayres (2009b, p. 447), indica:

[...] um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravamento, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção.

Acredita-se que também seja um caminho interessante para se compreender melhor a complexidade dos DSS que constituem os processos de saúde, adoecimento e cuidado. A vulnerabilidade é analisada por meio de três eixos interdependentes que não fragmentam tanto o objeto de estudo (Ayres et al., 2006):

- *Dimensão individual da vulnerabilidade*: refere-se ao grau e à qualidade de informação que cada pessoa tem sobre determinado problema de saúde, a capacidade e interesse de compreender e assimilar essa informação e de modificar suas práticas em relação a esse problema.
- *Dimensão social da vulnerabilidade*: refere-se ao acesso à informação, à qualidade do conteúdo, às condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, ambiente, relações de gênero, relações de classe, relações geracionais, políticas, religiosas, morais, etc. que se relacionam, mais ou menos diretamente, com as práticas em questão;
- *Dimensão programática da vulnerabilidade*: refere-se à qualidade das respostas dadas, ou não, ao problema em questão por instituições

relacionadas aos sujeitos e aos seus contextos, como escolas, serviços de saúde, políticas públicas, etc.

É importante destacar que o conceito de vulnerabilidade, apesar de ter nascido no campo da AIDS, também se aplica a outras áreas da saúde e ajuda a fazer uma ponte necessária entre a lógica dos Determinantes Sociais da Saúde e a operacionalização prática de ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação em saúde de modo geral.

Este estudo possibilitou identificar alguns aspectos dos Determinantes Sociais da Saúde que são reconhecidos pelos profissionais de atenção básica do município de Marília no cotidiano do trabalho em saúde e, além disso, auxiliou na compreensão e na percepção de algumas importantes atitudes práticas para o manejo do cuidado e para responder às necessidades de saúde da população.

Desse modo, para finalizar este trabalho, pensou-se em algumas sugestões práticas que podem ser úteis, talvez já conhecidas, mas certamente imprescindíveis, que sejam lembradas e reiteradas sempre por profissionais de saúde e gestores da atenção básica, bem como pelos docentes dos cursos da área da saúde para que possamos fortalecer a atenção básica no SUS e para que os cuidados em saúde sejam universais, integrais, equitativos, humanizados e que levem em conta os vários Determinantes Sociais da Saúde para a diminuição das vulnerabilidades.

Propostas práticas:**Para os profissionais da saúde:**

- Durante a escuta dos indivíduos, seja no momento do acolhimento ou nas consultas individuais, ou em uma visita domiciliar, ou, ainda, nas atividades em grupo, é importante estar atento aos vários DSS implicados na situação concreta daquele sujeito e de sua família; isto auxiliará no reconhecimento das necessidades de saúde, bem como dos carecimentos dos usuários;
- Reconhecer o outro verdadeiramente como outro, com a preocupação de otimizar o encontro terapêutico, é um passo fundamental para cuidar dos indivíduos que buscam nossos auxílios nos serviços de atenção básica, porque, além de nos ajudar no respeito à sua autonomia, facilita a formação de vínculos, expande as possibilidades de efetivos cuidados em saúde e nos ajudam na construção de legítimos projetos de felicidade com os usuários;
- Comunicar-se bem com o outro não é uma tarefa fácil, porém se faz necessário que essa ação seja buscada no cotidiano do trabalho em saúde, tanto com os usuários como com os demais profissionais de saúde com os quais trabalhamos, para que possamos definitivamente proporcionar um cuidado à saúde integral, equitativo, humanizado e mais atento aos DSS.

- Para lidar com situações complexas que envolvem os vários DSS que constituem os processos de saúde, adoecimento e cuidado, ressalta-se a importância do trabalho multiprofissional com envolvimento de toda a equipe de saúde e, se necessário, também apoio intersetorial, para promoção do cuidado em saúde e para se obter resultados mais favoráveis tanto para o usuário quanto para a equipe de saúde.
- Caso ainda não haja atividades de educação permanente no seu local de trabalho, é importante rever tal situação, pois esses momentos são fundamentais para se refletir sobre a prática profissional e para construir e desconstruir conceitos e atitudes e, assim, ressignificar positivamente o trabalho em saúde e ter um olhar mais ampliado para os DSS que atravessam os processos de saúde, adoecimento e cuidado.
- A participação social também contribui para um cuidado em saúde integral e mais preocupado com as intervenções aos DSS, por isso recomenda-se que sejam realizadas frequentemente reuniões com a comunidade, para que as diversas questões que envolvem os modos de Atenção à Saúde nos serviços de atenção básica possam ser socializadas e debatidas com a população.
- Sempre que necessário, é fundamental reivindicar por melhorias nas condições do trabalho. Isso também auxiliará na melhoria do cuidado em

saúde, na identificação dos DSS e contribuirá positivamente na melhoria das respostas dadas às necessidades de saúde dos sujeitos atendidos nos serviços de atenção básica.

Para os gestores da Atenção básica:

- Acredita-se que é necessário o engajamento de vários atores e setores sociais para as intervenções nos DSS, contudo é importante que os gestores da saúde reconheçam a importância dessa questão e incentivem os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção básica, para que possam desenvolver suas ações em saúde com um olhar mais atento aos DSS e com o intuito de responder satisfatoriamente às necessidades de saúde dos indivíduos.
- É importante pactuar compromissos concretos e respeitosos com as equipes de atenção básica em relação aos DSS, visando à melhoria das ações de cuidado em saúde para a população; isso pode auxiliar no fortalecimento do trabalho em saúde e, conseqüentemente, promover uma maior satisfação dos profissionais de saúde na realização das atividades laborais.

Para os docentes da área da saúde:

- Os Determinantes Sociais da Saúde constituem-se em importante temática no campo da Saúde Coletiva. Assim, entende-se que tal temática deva ser trabalhada com mais ênfase durante a formação dos profissionais de saúde, pois isso contribuirá para que já ingressem nos serviços de atenção básica atentos a essa questão e, também, com mais habilidades e competências para lidar no cotidiano do trabalho em saúde com os DSS.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de observação participante do tipo etnográfica

Serviço:

Tipo de atendimento:

Profissional:

1. Observar como é a relação entre o profissional e o usuário: como o usuário e o profissional parecem se sentir? Quais são os comportamentos verbais e não-verbais? Durante o cuidado foi abordado algo relacionado com os DSS?
2. Como são os ambientes interno e externo?
3. Há relações interdisciplinares?
4. E intersetoriais?

Anexo B – Roteiro para entrevistas com profissionais de saúde

- 1) Função profissional: _____
- 2) Sexo: _____
- 3) Cor/raça: _____
- 4) Idade: _____
- 5) Há quanto trabalha nesse serviço? _____

1. Quais são suas atividades aqui? Como são feitas?
2. Você se sente satisfeito em trabalhar aqui?
3. Quais são as principais necessidades de saúde que você identifica na população que você atende?
4. O que você acha que interfere na saúde das pessoas?

Explorar: Você acha que a pobreza, o desemprego, a falta de acesso a alimentos saudáveis e a falta de acesso à educação de qualidade influenciam no processo de adoecimento da população? Por quê? “Caso a pessoa não coloque.”

5. O que os serviços de saúde podem fazer em relação aos Determinantes Sociais da Saúde?
6. Há alguma ação nesse serviço que esteja relacionada aos Determinantes Sociais da Saúde? Quais?
7. Você realiza alguma dessas ações? Quais?

8. Esse é um tema que já foi debatido neste serviço?
9. Você se sente preparado para trabalhar sobre esse tema? Você recebeu algum treinamento relacionado a isso?
10. Você identifica durante os atendimentos aos usuários os DSS que influenciam no cuidado à saúde?
11. Você se recorda de algum caso marcante para contar?

Deixar discurso livre. Explorar o caso, pedir uma cena em detalhes: Quem era? Qual foi a situação? Como você se sentiu? Houve comunicação de resultado?

12. Como você se sente diante da desigualdade social presente na nossa sociedade?

Explorar: sempre você se sentiu assim ou em outro momento foi diferente?

13. Você acha que o modo como se comunica com o usuário influencia no cuidado à saúde?
14. Você se sente satisfeito com o cuidado à saúde prestado à população? Por quê?
15. Você acha que os usuários sentem-se satisfeitos com o cuidado de saúde recebido? Por quê? Isso está relacionado aos DSS?
16. Você quer acrescentar ou comentar algo à entrevista? Como foi participar dela?

Anexo C – Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas CAPPesq

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 07/10/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0986/09**, intitulado: "**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA-SP.**" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**

Pesquisador (a) Executante: **Juliana Ribeiro da Silva Vernasque**

CAPPesq, 09 de Outubro de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Anexo D - Aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marília

Prefeitura Municipal de Marília

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ofício SS.10 nº 126

Marília, 10 de dezembro de 2009.

Prezada Senhora,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 06/07/2009, Protocolada sob nº 335/09-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: **"Determinantes Sociais da Saúde: os olhares dos profissionais da Atenção Básica do município de Marília"**, junto a UBS Planalto e USF Toffóli.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a pesquisa na Unidade de Saúde mediante a apresentação deste ofício de autorização, bem como a Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa – COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Dr. MARCOS ANTONIO GIROTTO
Coordenador do COMAP

DR. JÚLIO CEZAR ZORZETTO
Secretário Municipal da Saúde

À Enfª Juliana Ribeiro da Silva Vernasque
Av. República, 332 – Apto 27
MARÍLIA

JLR/al

CÓPIA DO COMAP

Anexo E – TCLE

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HCFMUSP
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:.....

Documento de identidade nº: Sexo: .M ☐ F ☐

Data nascimento:/...../.....

Endereço:..... Nº apto:

Bairro:..... Cidade

CEP:..... Telefone: (.....)

Pesquisadora responsável:

Juliana Ribeiro da Silva Vernasque. RG: 27.306.078-8. Sexo: feminino. Data de nascimento: 22/06/1983.

Endereço: Av. República, 332, Ap.27. Bairro: Centro. Cidade: Marília. CEP: 17509-054

Tel: (14) 8115-4368. E-mail: juribeiro@usp.br

Projeto de pesquisa: **Determinantes Sociais da Saúde: os olhares dos profissionais da Atenção básica do município de Marília-SP.**

Esta pesquisa tem como objetivo estudar como os Determinantes Sociais da Saúde são percebidos e manejados pelos profissionais de saúde que trabalham em dois serviços de Atenção básica do município de Marília-SP.

Os procedimentos da pesquisa são: observação do serviço; e entrevistas com profissionais de saúde. As entrevistas serão gravadas e transcritas.

Os riscos da participação são praticamente nulos, embora possa haver algum desconforto em refletir ou falar sobre alguma experiência relacionada ao trabalho. Não haverá benefícios imediatos com a pesquisa, mas espera-se que seus resultados possam trazer subsídios para a melhoria do serviço e das políticas locais para a atenção básica à saúde.

1. Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. Você tem total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e suspender sua participação, sem que isso traga qualquer prejuízo à sua atividade profissional ou relações institucionais.
3. Nada do que for dito será comentado com outras pessoas que não sejam os pesquisadores do projeto. Será mantido absoluto sigilo acerca da identidade dos participantes e das pessoas mencionadas durante as entrevistas e as observações.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em lhe conceder uma entrevista e que ela realize a observação deste serviço.

Marília, de de

Nome do participante

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

REFERÊNCIAS

Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Ayres JRCM, Calazans, GJ, Saletti Filho, HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.295-315.

Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS: Abrasco; 2009a.

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, et al., editores. *Clínica Médica*. Barueri: Manole; 2009b. p.437-55.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev. bras. epidemiol.* 2005;8(1):7-17.

Barata RB. Desigualdades sociais e saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.295-315.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília; 2008. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde).

Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000;5(2):219-30.

Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.295-315.

Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(1):109-24.

Carvalho AI, Buss PM. Determinantes sociais na saúde na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ Abrasco; 2001.

Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. [Internet]. Rio de Janeiro: CNDSS; 2008. Relatório Final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. [citado 1 jun 2009]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cad. saúde pública*. 1998;14(1):199-204.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva, GSN; Gomes R, Schraiber, LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface comun. saúde educ*. 2010;14(33):257-70.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. [Internet]. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991. [citado 1 dez 2009]. Disponível em: [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)

Denzin N, Lincoln Y, editores. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: ArtMed; 2006.

Fernandes RCP. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(3):765-74.

Ferraz DAS. *Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids numa Unidade de Saúde da Família* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Fonseca TL, Silva JR, Zakabi D, Bonfim D, Pessoa F. Necessidades de saúde e organização do trabalho do ACS em região metropolitana. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *III Concurso Nacional de Experiências em saúde da Família: trabalhos premiados*. Brasília; 2008. p.147-58.

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(1):89-97.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizadores. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p.133-58.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. saúde pública*. 1993;9(3): 239-62.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Minayo MCS. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.295-315.

Nunes DE. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.295-315.

Rozemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001;6(1):115-23.

São Paulo. Fundação Seade. Fundação Sistema Estadual de Sistema de Dados. Secretaria de Economia e Planejamento. Índice de desenvolvimento humano. [texto na Internet]. São Paulo; 2010 [citado 13 jun 2010] Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Schraiber LB, Falcão MTC. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. saúde pública*. 1995;29(1):63-74.

Schraiber LB, Falcão MTC. *Aula 7: Observação Etnográfica*. [25 slides]. São Paulo: Disciplina Metodologia da Pesquisa Qualitativa em Saúde/2006; 2008. Acompanha texto.

Silva JR. *Estudos sobre determinação social do processo saúde-doença: delimitações teórico-metodológicas na literatura meta-conceitual da saúde coletiva brasileira* [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. saúde pública*. 1994;10(4):497-504.