



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**PRÁTICAS E ESTILOS DE PENSAMENTO EM PROMOÇÃO
DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

INEA GIOVANA DA SILVA ARIOLI

FLORIANÓPOLIS

2012

INEA GIOVANA DA SILVA ARIOLI

**PRÁTICAS E ESTILOS DE PENSAMENTO EM PROMOÇÃO
DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daniela Ribeiro Schneider

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jadete Rodrigues Gonçalves

Florianópolis

2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva-Arioli, Inea Giovana da

PRÁTICAS E ESTILOS DE PENSAMENTO EM PROMOÇÃO DE
SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA [dissertação] / Inea
Giovana da Silva-Arioli ; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider ; co-
orientadora, Jadete Rodrigues Gonçalves. - Florianópolis, SC, 2012.

218 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Saúde Coletiva. 3. Psicologia Comunitária. I. Schneider,
Daniela Ribeiro . II. Gonçalves, Jadete Rodrigues. III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Inea Giovana da Silva Arioli

**PRÁTICAS E ESTILOS DE PENSAMENTO EM PROMOÇÃO
DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de junho de 2012

Prof^a Dr^a Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP/UFSC – Coordenadora)

Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP/UFSC – Orientadora)

Prof^a Dr^a Jadete Rodrigues Gonçalves
(PPGP/UFSC – Coorientadora)

Prof^a Dr^a Agueda Lenita Pereira Wendhausen
(PPG - Saúde e Gestão no Trabalho/UNIVALI – Examinadora)

Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
(PPGSC/UFSC – Examinador)

Prof^a Dr^a Carmen Leontina O. Ocampo Moré
(PPGP/UFSC – Suplente)

*Para Sergio, Fernanda e Vinicius...
presenças que iluminam minha vida.
Amo muito vocês!
Aos meus pais, Alda e Ivo,
o exemplo das lutas travadas me inspira a buscar mais da jornada...*

AGRADECIMENTOS

Neste momento só tenho a agradecer....

Ao meu companheiro de jornada e incentivador constante Sergio: seu apoio foi fundamental neste percurso... e aos meus filhos, Fernanda e Vinicius, simplesmente por existirem.

Aos meus pais, às minhas queridas irmãs Alba e Aline, aos meus sobrinhos e aos cunhados... enfim, a toda minha família (Silva e Arioli). O afeto e o carinho de vocês me incentivam a continuar nas adversidades. Amo todos vocês...

À minha orientadora Daniela Ribeiro Schneider, que mesmo distante fisicamente estive ao meu lado todo o tempo, com seu apoio incondicional.

À minha coorientadora Jadete Rodrigues Gonçalves, pelo afeto e amorosidade.

Ao querido Marcão, por sua disponibilidade para partilhar, que me inspira e me dá “asas”.

Ao Grupo de Saúde da UFSC, nossas discussões me instigaram a chegar até aqui.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, a jornada foi mais divertida e atraente pela existência de vocês. Vou sentir saudades de nossos intervalos e cafés...

À Cibele, por sua importância em minha trajetória acadêmica e sua disponibilidade afetuosa.

Aos profissionais da Atenção Básica que possibilitaram o desenvolvimento desta pesquisa, pela disponibilidade e acolhimento em seu cotidiano de trabalho.

Aos examinadores da banca, pela disponibilidade em contribuir com seu conhecimento para o aprimoramento desta pesquisa.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização desta dissertação.

*O SUS é o território onde estabelecemos
nossa luta pela saúde, sabendo que
a própria luta é componente da
conquista de mais saúde em nossa
experiência de viver (CECCIM, 2006).*

SILVA ARIOLI, Inea Giovana da. **PRÁTICAS E ESTILOS DE PENSAMENTO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**. Florianópolis, 2012. 218p. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Ribeiro Schneider

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Jadete Rodrigues Gonçalves

Defesa: 11/06/2012

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada na Atenção Básica de um município do interior de Santa Catarina, com o objetivo de compreender os estilos de pensamento e práticas de promoção em saúde realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como trajeto mais coerente para consecução de seus objetivos, utilizou-se o enfoque qualitativo, sendo uma pesquisa de corte transversal. Para coleta de dados foi utilizada a observação-participante, seguida de grupos focais e entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, tendo como referência balizadora a compreensão de Ruiz-Olabuénaga. Para auxiliar na organização dos dados foi utilizado o software denominado *ATLAS TI 5.0 (Qualitative Research and Solutions)*. Participaram da pesquisa 19 profissionais, de diferentes áreas da saúde, pertencentes a duas equipes da ESF. Pelos resultados, observou-se, por um lado, as dificuldades e as precariedades das condições de trabalho na Atenção Básica (AB) e, por outro, as potencialidades de sua organização e as perspectivas de uma efetiva promoção em saúde. Apareceram os problemas do financiamento insuficiente e da falta de infraestrutura do sistema de saúde, assim como de sobrecarga de trabalho no contexto pesquisado, que está na base das queixas de falta de motivação por boa parte dos profissionais participantes. Por outro lado, evidencia-se a luta diária destes profissionais, que buscam reunir esforços para realizar seu trabalho junto à comunidade da melhor maneira possível, dentro das condições que lhes são dadas. Verificou-se o predomínio de práticas e de estilos de pensamento em promoção de saúde geralmente associadas à prevenção de agravos e da perspectiva da educação em saúde tradicional, que dificultam o protagonismo da população. Conclui-se que existem concepções contraditórias de promoção de saúde entre os

profissionais da Saúde da Família, sendo que a descrição do cotidiano na ESF indica, prioritariamente, ações mais voltadas para a prevenção, com dificuldade para o estabelecimento de práticas que visem intervir na determinação social da saúde e promovam a autonomia dos usuários.

Palavras-chaves: promoção de saúde; Atenção Básica e estilos de pensamento.

ABSTRACT

This research was performed in Atenção Básica (AB) (Primary Care), in a town of Santa Catarina/Brazil, in order to understand thinking styles and practices on health promotion of the core of professionals in Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Family Health Strategy). It was used qualitative procedure, being an intersectional survey. Data collection was obtained through participant observation, focal groups and semi-structured interview. Data analysis was made through content analysis with reference to Ruiz-Olabuènega's comprehension. In order to support data organization, it was used ATLAS TI 5.0 software (Qualitative Research and Solutions). Nineteen professionals, from different health areas and in two teams of ESF were the participants in this study. Results showed, in one hand, difficulties and disadvantages of the work conditions in AB (the primary care), and, on the other hand, the potentialities of its organization and the perspectives of an effective health promotion. Matters as inadequate funding, the lack of health infrastructure and workload were the basis of complains as a result of lack of motivation by the most of the participants. On the other hand, it was highlighted the day-to-day struggle of those professionals, who are joining efforts to perform their jobs to the community in their best possible way, according to the actual circumstances. It was verified the predomination of practices and thinking styles on health promotion, usually associated to disease prevention and the education perspective on traditional health, which hamper the population empowerment. So, it was concluded there are contradictory conceptions on health promotion among family health professionals, and the daily routine description in ESF has focused on actions aimed to prevention, besides difficulties on the establishment of practices that can intervene on social determination of health and promote autonomy of the users.

Key Words: health promotion; Atenção Básica (Primary Care); thinking styles.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS(s) – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
MS – Ministério da Saúde
NPS – Nova Promoção de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PSC – Promoção de Saúde Comportamental
SF – Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS(s) – Unidade(s) Básica(s) de Saúde

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Estilos de pensamento em promoção de saúde..... 210

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Tela principal do <i>ATLAS TI 5.0</i>	82
Figura 2 -	Tela complementar do <i>ATLAS TI 5.0</i> , que permite a visualização das relações entre as categorias.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Núcleos temáticos e categorias decorrentes da análise preliminar de dados.....	85
Tabela 2 - Núcleo temático Organização do Trabalho e suas categorias.....	86
Tabela 3 - Núcleo temático Condições de Trabalho e suas categorias.....	120
Tabela 4 - Núcleo temático “Promoção de saúde na Atenção Básica” e suas categorias.....	140

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	27
2.	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo Geral.....	33
2.2	Objetivos Específicos.....	33
3.	REVISÃO DA LITERATURA.....	35
3.1	Sistema Único de Saúde.....	35
3.2	Integralidade.....	41
3.3	Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.....	44
3.4	Promoção da Saúde: Trajetórias e Contradição do Campo...	51
3.4.1	Estilos de pensamento: um marco metodológico.....	55
3.4.2	O Estilo de Pensamento da Promoção de Saúde Comportamental (PSC).....	58
3.4.3	O Estilo de Pensamento da Nova Promoção de Saúde (NPS).....	62
3.4.4	Tendências Atuais da Literatura Sobre Promoção de Saúde.....	67
4.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	75
4.1	Caracterização da Pesquisa.....	75
4.2	Caracterização do Campo de Pesquisa.....	75
4.3	Participantes.....	76
4.4	Coleta de Dados: Instrumentos e Procedimentos.....	77
4.5	O Processo de Análise dos Dados.....	80
4.6	Aspectos Éticos.....	84
5.	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA - UM MOVIMENTO INSTITUINTE?.....	85
5.1	Organização do Trabalho.....	86
5.1.1	Processos do trabalho.....	87
5.1.2	Importância do Vínculo.....	98
5.1.3	Importância e Dissonâncias da Função do Agente Comunitário de Saúde.....	103
5.1.4	Dificuldade de Comunicação.....	110
5.1.5	Relação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	115
5.2	Condições de Trabalho.....	120
5.2.1	Financiamento Insuficiente e Falta de Estrutura.....	121
5.2.2	Falta de Motivação e de Reconhecimento.....	128

5.2.3	Sofrimento no Trabalho e sua Medicalização.....	131
5.3	Promoção de Saúde na Atenção Básica.....	140
5.3.1	Ações em Promoção de Saúde.....	141
5.3.2	Diferentes Estilos de Pensamento em Promoção de Saúde.....	155
5.3.3	Educação em Saúde e Relação Usuários/Profissionais de Saúde.....	167
5.3.4	Fatores Limitadores da Promoção de Saúde	180
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	187
7.	REFERÊNCIAS.....	195
	APÊNDICES.....	211

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Cidadã, de 1988, mudou os rumos do Setor Saúde no Brasil ao inserir a universalidade e equidade do acesso, a integralidade das ações, e o controle social¹ enquanto prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa nova concepção refere a saúde como um bem coletivo, incorporando a cidadania como dimensão necessária, pois, objetiva ultrapassar uma forma de atenção centrada apenas em procedimentos e doenças, para outra maneira de exercer a atenção e o cuidado, que priorize os sujeitos e suas condições de vida e saúde. Nessa nova forma de compreensão, o processo saúde-doença é percebido como expressão da organização social e das condições de vida das pessoas e comunidades, configurando-se como eixo das ações, da saúde e das possíveis formas de promovê-la.

No entanto, a mera explicitação constitucional de direitos não garante sua aplicação prática, principalmente ao levar-se em conta a realidade da saúde brasileira ainda impregnada do modelo biomédico². As formas de compreender e exercer o papel de cada ator no cenário da saúde, seja ele profissional ou usuário, faz parte de um processo construído ao longo de décadas, implicando em difícil mudança de percepção e de postura.

A edificação do novo é um processo complexo de construção permeado por caminhos de incertezas, que busca formas inovadoras de organização do fazer cotidiano, ameaçando alterar verdades que vêm proporcionando segurança de um saber estabelecido, e não raramente pode trazer como implicação, um estranhamento em relação a valores já consolidados.

Enquanto uma proposta renovadora da saúde, permeada por todas as dificuldades do novo, o SUS é construído em seu cotidiano por profissionais que foram, e em grande parte ainda são, formados na perspectiva tradicional assistencial. Esses profissionais têm por

¹ Entende-se por controle social as formas estabelecidas pelo SUS de participação da população na elaboração, alteração e fiscalização das políticas públicas.

² Termo usado para caracterizar uma lógica que procura causas biológicas para explicar os adoecimentos e intervir sobre eles (Tesser, 2008). Da Ros (2000) afirma que este modelo além de ser centrado na prática médica possui um enfoque basicamente biologicista que fragmenta o ser humano em especialidades e desconsiderando os sujeitos de sua condição social.

atribuição serem agentes de mudança, mas esbarram na falta de formação para consolidarem na prática o avanço da legislação, evidenciando uma lacuna existente entre o discurso de mudança e a prática que se efetiva na condução dos serviços. Escorel, Giovanella, Mendonça e Senna (2007) afirmam que o processo de capacitação dos profissionais é um dos maiores desafios impostos ao sistema de saúde, implicando na possibilidade desses profissionais estarem aptos para articular os aspectos técnicos e científicos, às idiosincrasias locais e à humanização do atendimento.

A consolidação de novos processos de trabalho pautados na integralidade deve ser fruto do esforço de confluência dos muitos saberes, implicados na equipe multiprofissional e no espaço singular de cada serviço. No encontro entre usuário e equipe, o que deve prevalecer é a escuta diferenciada, que exige sensibilidade na decodificação das demandas (Cecilio, 2006). É responsabilidade do trabalhador, estimular e acolher a participação da comunidade, embasado no entendimento que a saúde é um processo a ser construído por diferentes atores, que compartilhem as responsabilidades e as conquistas.

O SUS é o resultado da construção democrática de políticas públicas, a expressão da participação da sociedade enquanto componente essencial de sua elaboração, embasada na concepção de saúde ampliada que abarca a produção social do processo saúde/doença. Enquanto fruto do intenso processo da Reforma Sanitária Brasileira, tem como diretrizes básicas: a universalidade, equidade e integralidade. E, como princípios organizadores: descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular (Vasconcelos & Pasche, 2006). Essa descentralização das ações enquanto aspecto estratégico, objetiva contribuir para espaços de diálogo e participação da comunidade, localizando a porta de entrada prioritária do sistema na Atenção Básica. Esse nível de atenção, que tem como base a Estratégia Saúde da Família, está pautado na busca da efetivação da integralidade em seus vários aspectos, dentre eles, a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, configurando-se em contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, e organizador da demanda (Brasil, 2006a).

Um dos fundamentos da Atenção Básica é a promoção da saúde, enquanto parte integrante de uma nova forma de pensar saúde e na qualidade de estratégia de articulação transversal que visa a redução das situações de vulnerabilidade (Brasil, 2006b). Nesse sentido, a promoção de saúde é estratégia que possibilita a transformação das condições de vida das populações e contribui para a ruptura de velhas práticas de

saúde, impulsionando a renovação do pensamento sanitário (Carvalho, 2010). Esse conceito/estratégia, encontra-se estreitamente relacionado com a emancipação da população, na medida em que suas ações podem propiciar a potencialização dos recursos comunitários na busca reflexiva do coletivo por soluções de seus problemas concretos.

A Carta de Ottawa, um dos documentos mais importantes referentes ao assunto, define promoção de saúde como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p.19). A promoção à saúde, constitui-se em um modo de significar a saúde e a doença, e pode, tanto estar embasada no modelo biomédico quanto trazer contribuições para o rompimento com esse modelo (Heidmann, Almeida, Boebs, Wosny & Monticelli, 2006) implicando em significações radicalmente diferentes para as ações nesse âmbito. Ou seja, os direcionamentos das ações que promovem saúde dependem da perspectiva epistemológica a que estão vinculados.

Vários autores apontam duas perspectivas no que diz respeito à promoção em saúde (Carvalho, 2010; Castiel & Diaz, 2007; Czeresnia 2009; Verdi & Caponi 2005): a comportamental e a nova promoção de saúde. A perspectiva comportamental focaliza a regulação do comportamento individual, buscando a modificação dos estilos de vida e a introjeção de conhecimentos, delegando aos sujeitos a responsabilidade por suas condições de saúde. Já a perspectiva progressista ou nova promoção de saúde amplia a discussão, incluindo a determinação social da saúde e compondo um cenário intersetorial para sua promoção, o que envolve as condições de vida das populações. As práticas de promoção de saúde compõem matizes destes contrastes, indicando a amplitude interventiva das propostas.

Se as contradições insistem em permear os aspectos teóricos, na prática, especificamente na brasileira, as dificuldades de operacionalização das ações são evidentes (Czeresnia, 2009; Figueira, Ferreira, Schall & Modena, 2009; Heidmann, 2006). Apesar de a promoção em saúde estar diretamente vinculada à autonomia, no cotidiano dos serviços, a população dificilmente aparece como protagonista nos cuidados com sua saúde. As diferenças epistemológicas entre os profissionais, a herança assistencialista de atenção à saúde e as formas de organização das práticas do cotidiano que compõem o universo dos serviços de saúde, aliadas à dificuldade de articular ações intersetoriais, compõem um cenário preocupante. Segundo Figueira *et al.*, (2009) os discursos e práticas predominantes, calcam-se na perspectiva comportamental da promoção em saúde, com claras

dificuldades de ampliar as possibilidades de ação, que abarquem o conceito ampliado de saúde³ e os princípios atuais de sua promoção, que buscam respostas para as iniquidades sociais.

Apesar dos grandes avanços e ganhos do SUS, a transposição dos princípios que constam nas leis que o regem, para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde apresenta lacunas, colocando-se como desafio a ser enfrentado na sua construção e efetivação como política pública (Brasil, 2004). A ampliação do comprometimento e da corresponsabilização entre profissionais de saúde e usuários implica em pensar estratégias de emancipação dos sujeitos e comunidades (Brasil, 2006b). As ações de promoção em saúde podem contribuir nesse sentido, desde que possam incitar uma postura reflexiva diante do processo de vida e de saúde das comunidades e sujeitos.

Pretende-se a partir desse cenário, evidenciar a relevância científica deste estudo pelo enfoque no cotidiano das práticas e concepções de promoção em saúde no contexto atual da Atenção Básica. Parte-se do pressuposto de que um maior conhecimento desse processo pode viabilizar alternativas orientadas a ações que promovam saúde, potencializando recursos tanto do ponto de vista metodológico, quanto da relevância social. Dessa forma, espera-se contribuir para potencializar uma maior aproximação aos pressupostos do SUS e, com o conhecimento produzido, refletir a realidade como forma de subsídios para transformá-la.

Vale ressaltar que esta pesquisa aponta para inúmeras dificuldades, dentro da complexidade da temática escolhida, a ser objeto de muitas outras investigações, no entanto, entende-se que pode contribuir também para o descortinamento de realidades pouco estudadas, nesse caso, especificamente, o contexto do atendimento à saúde no interior do Estado de Santa Catarina. Levando-se em consideração a descentralização e regionalização enquanto diretrizes operacionais do sistema de saúde, a situação dos municípios, torna-se de extrema importância para o sucesso das ações preconizadas, pois, configuram-se no *locus* da ação. Dessa forma, a opção delimitada nesta

³ A VIII Conferência Nacional de Saúde define que “Em sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades por níveis de vida.” (Brasil, 1986. P.4)

dissertação é a investigação das práticas e estilos de pensamento em promoção de saúde na Atenção Básica de uma cidade do interior do Estado de Santa Catarina, buscando possíveis respostas para a pergunta: *quais as práticas e estilos de pensamento estão presentes na promoção de saúde no contexto da Atenção Básica?*

OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Compreender as práticas e estilos de pensamento em promoção de saúde no contexto da Atenção Básica.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as práticas de promoção de saúde realizadas nas Unidades.

- Identificar características dos estilos de pensamento em promoção de saúde.

- Descrever a organização e condições de trabalho que sustentam as práticas de promoção de saúde.

- Caracterizar a relação entre as práticas e estilos de pensamento, no que concerne à promoção de saúde.

- Promover uma experiência de compartilhamento, junto ao grupo de profissionais, sobre as práticas de promoção da saúde e seus desdobramentos no contexto da saúde.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Sistema Único de Saúde- SUS

O SUS é uma importante política de inclusão social do país, pois amplia sobremaneira os direitos e acesso da população aos serviços em saúde (Santos, 2009; Paim, 2009; Silva, 2009). Enquanto arranjo organizacional, dá suporte à efetivação das políticas de saúde no Brasil, compreendendo a articulação de serviços e ações de saúde, e integrando o conjunto destas articulações entre as três esferas do governo: municipal, estadual e federal. Tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade, e como diretrizes organizativas a descentralização, a regionalização, a hierarquização e o controle social, tomados não como definições estáticas, mas como valores que devem ser contextualizados e atualizados historicamente (Mattos, 2009; Vasconcelos & Pasche, 2006).

A universalidade refere-se à garantia de acesso ao sistema de saúde para todos os cidadãos sem discriminação, da vacinação a cirurgias complexas, enquanto direito inerente a todo brasileiro. A equidade no acesso aos serviços de saúde assinala a garantia de atendimento em todos os níveis, de acordo com a complexidade do caso, assegurando ações e serviços aos usuários sem barreiras. Já a integralidade pressupõe a oferta de um conjunto de ações e serviços que abarcam a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, tanto dos indivíduos quanto dos coletivos (Brasil, 1990). Este princípio por estar diretamente vinculado à promoção de saúde será abordado mais consistentemente no próximo tópico.

A descentralização político-administrativa diz respeito à redistribuição, entre os vários níveis de governo, da responsabilidade pelas ações de saúde, partindo-se do suposto que a proximidade das demandas aumenta a possibilidade de sucesso destas ações. A regionalização e hierarquização, referem-se à organização em três níveis de complexidade tecnológica, em sentido crescente, atenção primária, secundária e terciária, oferecendo todas as modalidades de assistência com vistas a propiciar alto grau de resolubilidade. Já o controle social, configura-se na garantia legal da participação da população na elaboração e na avaliação dos serviços de saúde, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacionais (Böing, 2009; Brasil, 1990).

O SUS é fruto da reforma sanitária brasileira, e nessa condição, é parte integrante de um processo que se formou a partir da união de

vários movimentos da área da saúde, como uma luta em prol da redemocratização do país (Da Ros, 2006). Configura-se em um exemplo bem sucedido, da articulação da produção de conhecimento com o engajamento nas lutas sociais, por condições melhores de saúde para a população. O debate de uma nova forma de pensar e fazer saúde, explicitada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de mais de cinco mil delegados, possibilitou a discussão e aprovação de um texto que serviu como base para o projeto do SUS. Esse processo de construção democrática de uma política pública, contou com a apresentação do referido texto por meio de uma emenda popular à Assembleia Nacional Constituinte, que contava com mais de cem mil assinaturas (Brasil, 2009a).

A Constituição Cidadã, de 1988, agrupa o Sistema Único de Saúde ao Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social para compor o tripé da seguridade social, mudando os rumos do Setor Saúde no Brasil. Assim, pressupõe um conceito ampliado de saúde, visando ultrapassar uma forma de atenção centrada apenas em procedimentos e doenças para outra lógica, a que prioriza os sujeitos e suas condições de saúde, implicando na concepção do processo saúde-doença como reflexo das formas de organização social e das condições de vida das pessoas e das comunidades.

No entanto, após 20 anos, o SUS continua ainda um projeto em construção, que apresenta vários entraves para sua implementação plena. Existem vitórias importantes a comemorar, como a expansão da capacidade de atendimento da rede, o aumento significativo do número de trabalhadores no setor, a criação de instâncias para o controle da sociedade sobre o sistema de saúde (como Conselhos e Conferências de Saúde), e de outros mecanismos inovadores como as comissões interfederativas (conselhos de gestão compartilhada entre Municípios, Estados e União). No entanto, as dificuldades não são poucas, dentre as quais, destacam-se: a falta de efetivação da regionalização e da integração da rede, a falta de uma política que combine direito dos trabalhadores com construção de responsabilidade sanitária, a falta de investimento federal para o financiamento do setor, e a falta de diálogo entre a formação de profissionais e as diretrizes e princípios do sistema de saúde (Campos, 2010a; Ceccim & Feuerwerker, 2004).

O problema da falta de financiamento acompanha o SUS desde seu surgimento, e vem se agravando na última década com a retração gradativa da participação da União, ou seja, do aumento progressivo da

responsabilização das esferas estaduais e principalmente municipais, acompanhado da desresponsabilização da esfera federal.

O valor gasto na área de saúde de cada país deve refletir as pretensões das premissas constitucionais nessa área, e esta é uma das principais contradições do nosso sistema de saúde: delimita legalmente saúde como direito, assegurando acesso universal, mas não provê recursos suficientes para sua consolidação enquanto realidade concreta (Silva, 2009). Além disso, os princípios legais do financiamento do SUS não estão sendo cumpridos. A insuficiência de recursos, principalmente por parte do governo federal, tem sido um dos “gargalos” do sistema. Há uma dificuldade em fazer a lei ser cumprida, sendo necessário, portanto, diminuir a distância entre o que a lei preconiza e a realidade, para atingir na prática um preceito legal (Carvalho, 2011).

A insuficiência de recursos fica evidente ao comparar as verbas destinadas à área da saúde no Brasil com as de outros países com sistema de saúde universal: aqui, tem-se 1/5 do valor de financiamento! Os países desenvolvidos com sistemas de saúde semelhantes gastam aproximadamente 7,5% do PIB com o setor saúde e, nos últimos dez anos, o Governo Federal gastou 1,76% do PIB do país, evidenciando um *déficit* considerável (Carvalho 2009, Campos 2010a). Essa falta de investimento dificulta a ampliação e qualificação do setor, gera precarização das relações de trabalho, contribuindo para a fragmentação dos serviços ao inibir práticas intersetoriais e estratégias inovadoras para superar a cisão da rede.

Outro grande entrave enfrentado é a questão da lógica dos serviços. Configura-se em desafio de todos os profissionais do SUS a busca de sua efetivação, a transposição dos princípios aprovados em lei para as formas de realizar a atenção e a gestão da saúde no território brasileiro (Brasil, 2009b). Essa não é uma tarefa fácil, levando-se em conta a tradição dos serviços de saúde no país, que tem a marca do modelo biomédico e do modelo preventivista. O primeiro é centrado na prática médica, com excesso de especialização e tecnificação, o que acaba por fragmentar a percepção do ser humano em especialidades. Tem como uma de suas características principais um enfoque biologicista e individualista, marcado pelo reducionismo e pela inadequação de seus métodos às necessidades da população, isolando os sujeitos e coletivos de sua condição social concreta (Da Ros, 2000).

Já o modelo preventivista faz uma leitura liberal dos problemas de saúde e traz em seu bojo um conjunto de atitudes que incorporam a cultura higiênica, o discurso da História Natural das Doenças e a noção de que a história é feita pelos sujeitos em particular. Busca demonstrar

certa autonomia política do setor saúde, naturalizando o conjunto das relações sociais que determinam este setor e o próprio sujeito em suas ações. Esse modelo, mostra-se reducionista, pois, apesar de se libertar da noção de unicausalidade, nega as diferentes formas de causação (incluindo o social), transformando a multicausalidade em ‘monismo causal’, que se vislumbra no emaranhado de suas redes de causalidade (Mascarenhas, 2005).

A lógica do SUS é diametralmente oposta a esses modelos, visto estar calcado na Saúde Coletiva, que amplia o campo para incorporação das Ciências Sociais e se caracteriza por um pensar sobre a saúde que transcende a questão da doença em si mesma, analisando-a como prática social. Segundo Mattos (2006), a Saúde Coletiva⁴ é um campo de conhecimento que se construiu enquanto uma crítica à Saúde Pública tradicional e à Medicina Preventiva americana, tendo como uma das bases de sua construção o movimento da medicina social.

O pressuposto norteador do SUS é o conceito ampliado de saúde, um modelo que se firma na contraposição ao modelo biomédico. Apesar de, muitas vezes, o discurso dos profissionais, pautar-se na Saúde Coletiva, a prática cotidiana ainda se revela norteadada pelo modelo biomédico, dificultando a efetivação das propostas emancipadoras dispostas na lei. O processo de transformação enfrenta vários desafios, dentre eles, a modificação do perfil dos profissionais e gestores do SUS, tanto relativo à formação e à qualificação, quanto à reestruturação da área da gestão do trabalho (Brasil, 2009c).

A hegemonia do modelo biomédico na academia e nas ações cotidianas dos serviços de saúde, evidencia a contradição desse cenário com a concepção ampliada de saúde que norteia o SUS (Lima, 2006). Dessa forma, a formação dos profissionais aparece como questão importante a ser discutida: como alterar não só o currículo dos cursos da área da saúde, mas também a forma que esses conteúdos são repassados ou construídos (currículo oculto). É inviável continuar formando profissionais focados na doença, para trabalhar no SUS, que prioriza a integralidade do atendimento, a saúde e as formas de promovê-la.

⁴ Esta lógica difere da lógica da Saúde Pública, que focaliza a prevenção de doenças por meio de campanhas e programas, caracterizados muitas vezes, por intervenções autoritárias. No entanto, cabe ressaltar que alguns autores utilizam este termo para designar os serviços públicos de saúde, em contraposição aos serviços privados, sem nenhuma referência ao modelo de Saúde Pública aqui diferenciada.

Vários autores evidenciam como um dos pontos conflituosos do SUS, e da Atenção Básica especificamente, a dificuldade gerada pela formação dos profissionais calcada no modelo hegemônico biomédico (Besen *et al.*, 2007; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Escorel *et al.*, 2007; Heidmann, 2006). Essa concepção da saúde aponta em sentido inverso ao percorrido pelo SUS nesses últimos 20 anos, configurando-se em um dos principais empecilhos para sua concretização.

Pesquisas recentes atestam as dificuldades de incluir na formação o ensino do trabalho em equipe multiprofissional, detectando a centralidade da visão reducionista de saúde, com insuficiente capacitação para lidar com as demandas, as técnicas e as questões ético-políticas, do trabalho na Estratégia de Saúde da Família – ESF (Campos, Reis & Gherardi-Donato, 2010). Nesse contexto, ressalta-se a importância da reestruturação urgente dos cursos de graduação e pós-graduação, pois, segundo Ludke e Cutolo (2010), a falta de investimento na formação do profissional e do docente em saúde, acaba por comprometer todo o SUS. Ainda, segundo esses autores, para a consolidação do sistema, faz-se necessária mais do que competência metodológico-pedagógica na formação em saúde, é preciso inverter a lógica biomédica e difundir a integralidade.

Questionar sobre a integralidade da atenção e a formação na área da saúde é recuperar a tarefa constitucional designada pela Reforma Sanitária, na busca da superação do modelo pedagógico hegemônico. A necessidade de alteração do perfil dos profissionais está imbricada com as novas formas de organização do trabalho no setor sanitário, e requer a reafirmação dos compromissos e dos supostos com a construção de um conhecimento coerente com as diretrizes do SUS. A integralidade, portanto, enquanto eixo balizador da atenção em saúde, também deve ser referência para o processo de formação de seus profissionais (Cecim & Feuerwerker, 2004).

O MS realizou algumas tentativas de resolver o problema da formação por meio da criação de programas, merecendo destaque o Programa de Educação Permanente, que propõe a articulação entre as Instituições de Ensino e os SUS, com o objetivo de reorganizar simultaneamente os serviços e a formação em saúde. A Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, e é operacionalizada pelos Polos de Educação Permanente, constituídos por articulações interinstitucionais e locais. O grande avanço destes polos é a formação e o desenvolvimento, mas como estratégia de pensamento e experimentação, isso porque, para a ESF ser uma alternativa de

mudança no redirecionamento das ações deve investir na formação de seus profissionais (Ceccim, 2010; Heidmann, 2006).

A educação permanente pressupõe a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são incorporados aos serviços e tem como um dos objetivos a transformação das práticas em saúde e da própria organização dos trabalhadores, abrindo caminho para um processo de problematização (Besen *et al.*, 2007). Os mesmos autores propõem um processo que visa à transformação das práticas profissionais a partir da problematização das necessidades em saúde, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços, onde o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem (Brasil, 2005; Brasil, 2011).

A formação de profissionais para o SUS é foco de debate frequente, confluindo a discussão na contradição de uma formação com fortes características do modelo biomédico, imperar em um país cuja organização em saúde tem uma perspectiva que caminha em sentido oposto (Mascarenhas, 2005). Apesar da aprovação das Diretrizes Curriculares para os cursos da área terem reafirmado o compromisso com o sistema de saúde, essas diretrizes gozam de *status* apenas de recomendação, tendo em vista a autonomia de que dispõem as universidades. Ceccim e Feuerwerker (2004) assinalam que a perspectiva biomédica, enraizada na área da saúde (tanto na formação como nas práticas), empobrece, e muitas vezes, anula a integralidade no atendimento, submetida que está à fragmentação das especialidades, implicando ainda na baixa interação como os usuários e na diminuição da autonomia dos mesmos.

Com a implantação do SUS, as políticas públicas passaram a caminhar no sentido de estabelecer diálogo com a sociedade organizada, exigindo estratégias de fomento da participação da população na arena de decisões políticas, no que concerne às várias áreas de nossa sociedade, inclusive à saúde. Esse percurso é repleto de entraves e resistências, advindas das contradições entre as formas de pensar a saúde (ou estilos de pensamento, como será explicitado adiante).

Em decorrência das desigualdades da sociedade brasileira e da complexidade de nosso sistema de saúde, tem-se vários desafios impostos ao SUS, dentre eles, a necessidade de discutir com a sociedade a importância dessa política pública que se constitui em conquista inerente ao povo brasileiro (Campos 2010a). Essa nova forma de encarar a saúde impõe desafios teórico-práticos a todos os profissionais de saúde, na construção de novas práticas mais condizentes com nossas premissas legais do setor. As diretrizes e princípios do SUS delimitam o conceito de saúde que buscam promover. Assim, permanece o desafio

de se acompanhar essas formulações na prática, buscando prover atendimento pautado na integralidade das ações, que abarcam além da reabilitação, do tratamento e da prevenção de doenças, a promoção da saúde. Na sequência, será abordado esse fundamento da perspectiva de saúde que embasa o SUS: a integralidade.

3.2. Integralidade

A integralidade é um dos princípios do SUS, configurando-se desta forma em balizadora das ações em saúde no país, no entanto seu significado não se encerra em conceito único, abarcando vários sentidos e dimensões. Segundo Mattos (s/d) este princípio é um dos guias da reforma sanitária, sua própria imagem objetivo⁵, indicando a recusa a qualquer forma de reducionismo, seja de sujeitos a objetos ou de patologias a uma dimensão descontextualizada da vida. Portanto, tentar encerrar seu significado em um único conceito, é agredir esta trajetória e desconsiderar a polissemia do termo, que se constitui em potencialidade de transformação (Mattos, 2006, 2009).

Enquanto valor, a integralidade remete para a escuta, a compreensão das demandas e o atendimento das necessidades dos grupos e comunidades, implicando em uma nova forma de conceber a atenção em saúde (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007). Implica na ampliação da dimensão cuidadora no cotidiano das práticas em saúde, possibilitando o acolhimento e o diálogo entre profissionais e usuários, inscrevendo outras dimensões do processo saúde-doença que não se restrinjam apenas a epidemiologia e a clínica tradicional (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Esta nova concepção se contrapõe a medicalização do social, enquanto fenômeno marcante do modelo biomédico de assistência à saúde, requisitando outros saberes profissionais e não profissionais.

A medicalização do social é um dos fenômenos característico da contemporaneidade, que consiste na ampliação dos limites das práticas biomédicas, e que tem como tendência considerar o sofrimento humano sob a perspectiva neuroquímica e biológica. Este conceito surge na atualidade para designar a progressiva expansão do campo de intervenção da biomedicina, redefinido as adversidades e experiências

⁵ Segundo Mattos (2006) imagem objetivo designa certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável.

da vida como problemas médicos solucionáveis por meio de medicação. Trata-se de uma prática que transforma a existência cotidiana e suas mazelas num problema médico-farmacológico (Dantas e Ewald, 2010; Tesser, 2006).

O processo de medicalização da sociedade brasileira tem como fio condutor o modelo biomédico que despersonaliza o sujeito por meio da ênfase na doença (Pinheiro & Luz, 2007). No entanto esta ciência ao centralizar em si, enquanto instituição onipresente, toda competência e excelência, esvazia progressivamente a competência da vida das pessoas comuns e institui um processo que é o reverso de seu suposto projeto ‘emancipador’, ou seja, constrói uma incompetência epistemológica das pessoas em relação ao processo saúde-doença por meio da medicalização social (Tesser, 2006).

A cultura da medicalização influencia negativamente, tanto na organização das práticas, como nas demandas sociais por saúde. Campos e Wendhausen (2007) descortinam em seu estudo que um fator limitante para a participação em saúde dos usuários em geral, identificado pela equipe, é a cultura da medicalização. Afirmam que esta cultura contribui para tornar a comunidade dependente e acomodada e conseqüentemente menos participativa. A medicalização aumenta a dependência dos sujeitos aos serviços de saúde em sentido contrário ao atendimento integral em saúde e a emancipação dos sujeitos, tanto usuários quanto trabalhadores da área, sendo a expressão do modelo biomédico.

A integralidade enquanto um conjunto de significados aponta para a contraposição a este modelo, enquanto produtor de saberes fragmentados, focados apenas nos processos de adoecimento e centrado na figura do médico. Incita a refletir até que ponto a alteração da organização da assistência (com o surgimento do SUS) conseguiu alterar as formas de atendimento no que concerne a inclusão da perspectiva promocional na assistência a saúde. Tesser e Luz (2008) afirmam que o modelo biomédico apresenta dificuldade em abarcar a assistência integral, já que quanto mais fragmentado e especializado for o conhecimento, menos integral será o cuidado. Ou seja, apontam para o fato que o modelo hegemônico de assistência à saúde não contribui para a construção da integralidade, ao contrário, cria dificuldades para sua implementação.

Neste sentido Mattos (2009) afirma que a integralidade é, entre os princípios do SUS, o menos visível em termos de avanços. Obviamente que inclui vitórias, mas que aparecem esporadicamente em algumas experiências pontuais, não tendo a visibilidade almejada enquanto um

dos princípios fundamentais da reforma sanitária. O modelo predominante ainda consiste na fragmentação do cuidado, que se evidencia na produção de intervenções desarticuladas, que buscam sanar cada queixa como algo sem contexto. Machado e colaboradores (2007) reafirmam a necessidade de construir ações diferenciadas da lógica atual, que induz ao consumo de procedimentos, buscando ações que priorizem as tecnologias direcionadas para a produção do cuidado integral do usuário.

É válido ressaltar que esse princípio também possui divergência de significado para diferentes atores do contexto, ou seja, para usuários e profissionais de saúde, configurando-se em missão permanente para os últimos. Segundo Tesser & Luz (2008) para os usuários é importante o acolhimento e a valorização simbólica de seu estado, sua perspectiva pragmática procura por soluções aos seus sofrimentos e empatia na relação de “cura”. Essa flexibilidade pressupõe apenas uma condição básica: que ele (o usuário) seja o centro da intervenção do curador. Este centramento da atenção e da ação no paciente, enquanto aspecto primitivo da integralidade é o mais relevante para os usuários. No entanto o modelo biomédico reproduz nas suas práticas a base de seus pressupostos, ou seja, a centralidade da intervenção refere-se à doença e não ao paciente, numa relação onde este é mais objeto do que sujeito. Essa forma de interação provoca um apagamento das pessoas reais, numa espiral de padronizações impessoais. É nesse ponto que a falta de integralidade na perspectiva do profissional inviabiliza a premissa mínima para a satisfação dos pacientes, e transforma a busca da integralidade em missão permanente para os profissionais (Tesser & Luz, 2008).

O conhecimento sobre doenças só faz sentido se conduzir ao sucesso prático, desta forma o sofrimento (aspecto subjetivo) e sua interferência na vida dos sujeitos deve ser considerado, ampliando o cenário da intervenção. Para a obtenção de sucessos práticos, não se pode apenas identificar a doença e utilizar procedimentos técnico-científicos para sua remissão, é necessário abarcar a dimensão do sofrimento e das consequências que o próprio procedimento acarretará no modo de andar a vida daquele sujeito (Mattos, 2009).

A integralidade se situa enquanto conjunto articulado e contínuo de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, tanto individuais quanto coletivas, que são necessárias para cada caso em todos os níveis da atenção em saúde. Este imbricamento de ações requer diferentes saberes diante de tal complexidade, e um trabalho de múltiplas especialidades compondo o cenário da saúde

(Spink, 2007). Nesse sentido, a promoção de saúde está diretamente vinculada à integralidade da atenção e a reorientação do sistema de saúde, e esse campo exige um leque de competências voltadas para a construção de projetos coletivos, não pertencendo a nenhum núcleo profissional, pois se constitui de gente cuidando de gente, implicando em diálogo e acolhimento na produção de cuidado. (Machado *et al.*, 2007).

A integralidade na saúde indica não apenas o consumo de serviços para o melhor funcionamento de corpos, mas aponta para o atendimento da necessidade de pessoas e coletividades de forma ampliada. É um desafio que continua presente na construção do SUS, constituindo-se no próprio caminho a ser trilhado, na transformação das pessoas enquanto os únicos elementos capazes de construir a integralidade na saúde (Mattos, 2006). A busca de ações diferenciadas na produção do cuidado, com foco nos espaços institucionais, aponta para uma nova relação entre usuários e trabalhadores, na busca de ações em saúde mais humanizadas. Nesse contexto a Atenção Básica destaca-se como ponto estratégico, constitui-se em lócus privilegiado. Dessa forma, serão abordadas na sequência a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e seus profissionais, partindo do entendimento que os processos de trabalho vivenciados nesses espaços são fundamentais na construção da integralidade e da promoção de saúde.

3.3. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Primária de Saúde (APS), nomeada no Brasil como Atenção Básica (AB), caracteriza-se por um conjunto articulado de ações, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Utiliza tecnologias de alta complexidade com baixa densidade e, configura-se no contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias do trabalho em equipe e dirigidas à população do território⁶. (Brasil, 2006a).

Segundo o modelo adotado pelo SUS, esse é o primeiro nível de atenção à saúde, pelo qual a população tem acesso às especialidades

⁶ Território é um espaço vivido por homens, síntese de convergência das condições de vida, ambiente e saúde das populações (O'Dwyer, Tavares, & De Seta, 2007).

básicas, sendo capaz de resolver 80% da demanda e, na impossibilidade de suprir as necessidades do usuário, tem como responsabilidade, conduzi-lo a outros níveis de complexidade (Brasil, 2006c). Outra característica importante da AB é a afirmação da participação ativa da população, apresentando como um dos fundamentos desse nível de atenção, o estímulo ao controle social, delegando à equipe o reconhecimento dos determinantes locais das condições de saúde e a articulação com a comunidade (Brasil, 2006a).

Calatayud (1999) assinala a importância da avaliação dos serviços e da participação comunitária na tomada de decisão sobre as prioridades. Segundo esse autor, em decorrência das especificidades de cada localidade, é essencial uma identificação dos problemas mediante o diagnóstico da situação de saúde, que servirá de base para os trabalhos da equipe. Essa interpretação da situação de saúde pela equipe deve estar integrada às percepções e prioridades da própria comunidade, na composição de ações que tenham por objetivo transformar e melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde. Segundo este autor, a AB deve estar calcada em ações que tenham elevado nível de acessibilidade, com utilização de tecnologia apropriada e que apresentem viabilidade econômica.

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, o Programa de Saúde da Família (PSF) assumiu caráter estratégico e transformou-se em uma política de Estado, a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é uma proposta de reorganização da AB no Brasil, alternativa ao modelo assistencial tradicional que se caracteriza pela fragmentação da assistência, centralidade da dimensão biológica e condutas medicalizantes. Nesse contexto, a efetivação da integralidade é um de seus fundamentos, sendo uma das atribuições dessa estratégia a parceria com outros setores governamentais, organizações sociais e instituições, visando ampliar as práticas de promoção de saúde (Brasil, 2006a).

A ESF, configura-se em um modelo de reorientação dos serviços com forte influência de descentralização da assistência, tendo a pretensão de desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade (Alves, 2009). Essa estratégia se caracteriza como um conjunto de ações articuladas com os princípios da descentralização, territorialização, coparticipação e priorização de grupos populacionais, sendo potencialmente capaz de transformar o modelo hegemônico calcado na doença (O'Dwyer, Tavares & De Seta, 2007). Pesquisas recentes apontam a ESF como um potente recurso de redução do número de hospitalizações e da mortalidade infantil

(Guanais & Macinko, 2009; O'Dwyer, Tavares & De Seta, 2007), apesar da alta demanda que deve atender⁷.

A ESF é fruto, em grande medida, das discussões levantadas na Conferência de Alma-Ata, em 1978, que apontavam as estratégias de Atenção Primária como foco de reorganização dos serviços de saúde. Tem como característica central o trabalho multiprofissional calcado na interdisciplinaridade, relação articulada entre os diferentes profissionais da saúde, e que tem como um dos pressupostos para sua realização a necessidade que cada profissional utilize os conhecimentos concernentes a sua profissão e ao mesmo tempo esteja disposto a construir um novo campo de conhecimento, comum a todos os profissionais (Heidmann, 2006).

No entanto, Freitas (2010) explicita que as equipes de SF enfrentam sérias dificuldades concernentes ao processo de trabalho e à construção de um espaço interdisciplinar, pautado na atuação integrada do trabalho em equipe. Pois, o trabalho multiprofissional em busca da interdisciplinaridade deve levar em conta não apenas a objetividade dos diversos saberes científicos, mas principalmente o encontro das várias subjetividades dos sujeitos que compõem a equipe.

Apesar das dificuldades, Cutolo e Madeira (2010) afirmam que o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade é de fundamental importância, e por este prisma, toda ação deve ser pautada no conjunto articulado de saberes, o que se configura em um dos maiores desafios dos profissionais da ESF, principalmente, tendo em vista a formação biologicista.

Em janeiro de 2008, entrou em vigor a Portaria GM/MS Nº 154, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um potente dispositivo interdisciplinar. Segundo Bezerra e colaboradores (2010), o NASF busca garantir o compromisso da gestão dos trabalhadores com a reordenação do trabalho, pautado na diretriz do vínculo terapêutico entre as equipes (da SF e do NASF) e os usuários. Esse arranjo tem como compromisso fundamental o trabalho interdisciplinar, que privilegia a corresponsabilização no cuidado das famílias em detrimento da lógica do encaminhamento. Esses autores ainda afirmam que este dispositivo propicia a potencialização das atividades coletivas e a ampliação dos

⁷ Cada equipe, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo e agente comunitário de saúde, devem atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas (Brasil, 2006c).

saberes das equipes e das ações interdisciplinares. Entretanto, vários são os obstáculos enfrentados.

A própria configuração das organizações, ou seja, a forma como se estruturam, conspira contra o modo interdisciplinar e o dialógico de operar. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e repensados na busca por soluções, para que seja possível trabalhar com base em equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro, sendo fundamental a responsabilização pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais (Campos & Domiti, 2007).

A proposta da ESF é a de uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e de sua relação com a comunidade, centrado no atendimento familiar a partir de sua relação com o contexto em que vive. A importância do contexto, deve-se por ser o *lócus* de construção das relações e espaço onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Esta estratégia possibilita a busca da integralidade do cuidado e a reafirmação dos vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população (Campos, 2005).

Segundo Feitas (2010), uma das mais importantes funções das equipes da ESF é a valorização dos diversos saberes e práticas populares, buscando a integração destes saberes com as práticas cotidianas. Cabe aos profissionais envolvidos nessa estratégia, o fomento da participação comunitária e do controle social, no sentido de desenvolver uma abordagem que alie integralidade à resolutividade, por meio da criação de vínculos de confiança e de respeito.

A proposta da ESF prevê a participação da comunidade na identificação e definição de prioridades e na avaliação do trabalho realizado. Essa é uma importante estratégia de conscientização e emancipação dos sujeitos, com potencial de se constituir em estímulo à organização comunitária. Esse processo é fundamental para a realização de promoção de saúde, embasada no fomento da participação e do controle social (Campos & Wendhausen, 2007). Nesse âmbito, das ações de um profissional, destaca-se pela sua proximidade com a população: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que pelo fato de morar na comunidade, configura-se em elo cultural entre o SUS e a população, sendo um personagem que se sobressai pela comunicação com as pessoas, e seu contato permanente com as famílias facilita o trabalho de promoção de saúde (Paim, 2009).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991, implantado inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, para depois espalhar-se pelo país. Esse programa se configura como uma parte importante da reorganização da AB no país, mostrando-se como uma ferramenta valiosa na consolidação do SUS e no processo de municipalização da saúde (Brasil, 1997). Contudo, apesar da importância atribuída pelo Ministério da Saúde a esse programa, somente em 2002, ocorre o reconhecimento oficial da profissão de Agente Comunitário de Saúde, quase 10 anos após a instituição do PACS como programa de saúde pública.

Katsurayama (2011) assinala, que muitas vezes, esse profissional percebe a necessidade de maior conhecimento técnico-científico para articular seus conhecimentos e o da população com as práticas de promoção e prevenção preconizadas pela AB. Essa situação denuncia certa vulnerabilidade a este ator em seu processo de trabalho. No entanto, Freitas (2010) vincula este desejo de formação a uma adequação ao saber biomédico predominante na área da saúde. Nesse sentido, sua necessidade de conhecimento técnico especializado pode indicar uma solicitação de maior representatividade na equipe, na busca de maior prestígio para participar ativamente das decisões.

Apesar de as diretrizes da ESF trazerem como delimitação das funções deste ator a necessidade de realização de práticas de promoção de saúde, é muito difícil o rompimento com o modelo tradicional no cotidiano dos serviços. Essa situação, configura-se como um dos paradoxos dessa estratégia, pois, ao mesmo tempo em que é esperada a realização de ações de promoção da saúde, foca-se concomitantemente na organização do trabalho por meio de um número de famílias a serem atendidas (Brigagão, e Gonçalves, 2009). Essas metas quantitativas de produção, pautadas no número de procedimentos imposta aos profissionais, e principalmente aos ACS, contrapõem-se ao trabalho dentro da perspectiva da dinâmica comunitária e as formas do enfrentamento dos problemas pela população (Stotz, David & Bornstein, 2009).

Os limites da atuação destes profissionais, referem-se a questões vinculadas à atenção de média e alta complexidade e às condições concretas de vida e de saúde da comunidade, contexto que dificulta a organização da demanda e a resolução dos problemas de saúde da população (Bezerra, 2009). No cotidiano de trabalho, os ACS vivenciam as tensões produzidas entre a dinâmica comunitária e os serviços. Estes profissionais, enquanto mediadores de conflitos têm uma

tarefa de difícil viabilização, pois, a resolução desses conflitos está, na maioria das vezes, vinculada à dinâmica mais ampla das relações de produção e de reprodução das condições de vida dos sujeitos. (Stotz, David & Bornstein, 2009).

Um dos alicerces das ações desenvolvidas pelos ACS é a educação em saúde, que tem como finalidade promover saúde e prevenir doenças, visando a mobilização comunitária no desenvolvimento de ações coletivas de melhoria do ambiente. A educação em saúde contribui para o desenvolvimento da consciência crítica e organização de ações coletivas na busca de melhores condições de vida (Gottardi & Silva, 2006).

No entanto, a educação em saúde realizada nos serviços de saúde frequentemente caminha em sentido oposto ao da emancipação humana. Em determinada perspectiva, o processo educativo pode ser definido como um processo dialógico e participativo com compromisso mútuo de escuta e de transformação. Nesse sentido, deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva, ou seja, o interesse e o compromisso do indivíduo pelo bem-estar coletivo. A educação é uma prática que pode fomentar a participação pelo seu potencial de contribuir para a formação para o exercício da cidadania (Campos, 2005).

Segundo Da Ros (2000), no Brasil há basicamente duas formas de realizar educação na área da saúde: uma perspectiva hegemônica (educação sanitária) e outra contra-hegemônica (educação em saúde). A primeira, objetiva a erradicação das doenças e pactua da percepção de que as condições de saúde dependem basicamente do indivíduo, concebendo a educação como repasse de ‘informações corretas’ à população. Tem na alteração dos hábitos e estilo de vida individual seu carro-chefe e coloca como eixo central a responsabilização individual.

A educação em saúde (contra-hegemonia) traz a necessidade de contextualizar sócio-historicamente o homem e aponta a determinação social do processo de saúde-doença. O foco recai em promover saúde e não evitar doenças, portanto, há uma valorização da atuação multiprofissional e interdisciplinar. Essa perspectiva da educação, tem como referência principal o trabalho de Paulo Freire, buscando formar cidadãos críticos e transformadores da realidade. No entanto, essa forma de educação em saúde não se configura na prática predominante nos serviços (Da Ros, 2000).

Nesse sentido, para a construção das mudanças necessárias no cotidiano dos serviços de saúde, é preciso refletir sobre as implicações das ações dos trabalhadores, apostando na qualificação dos profissionais

da saúde enquanto uma das principais ferramentas de reorientação da atenção. A organização da atenção sob a égide do SUS requer profissionais com valores éticos, que apostem na parceria com a população e, que desenvolvam competências que ultrapassem o seu núcleo de saber, superando as dicotomias que permeiam o campo (O'Dwyer, Tavares & De Seta, 2007; Verdi, e Caponi, 2005).

Dentre os principais objetivos da ESF estão a assistência integral e contínua, humanização das práticas de saúde, estabelecimento de ações intersetoriais, contribuição para a democratização do conhecimento e estimulação da organização da comunidade. O estabelecimento de vínculo, e de laços de compromisso e responsabilidade entre profissionais de saúde e população, configura-se em questão fundamental para a viabilidade das mudanças nas formas de pensar e fazer saúde, propostas pela ESF (Brasil, 1997).

Essa estratégia está diretamente vinculada à integralidade da atenção e à participação comunitária, sendo preconizada a utilização de ações intersetoriais para prover as necessidades de saúde. A equipe é localizada como catalisadora de políticas sociais, buscando uma ação sinérgica, abarcando áreas como saneamento, educação, meio ambiente, habitação, segurança, dentre outras (Brasil, 1997). No entanto, a prática demonstra a dificuldade de trabalhar nessa perspectiva, apontando para um cenário que inclui a centralidade das ações na doença e no corpo e a verticalidade das relações entre usuários e equipe de saúde (Besen, 2007; Heidmann, 2006).

Esse novo modelo apesar de representar avanços consideráveis, ainda trabalha de forma dicotômica, com inúmeros entraves que dificultam sua operacionalização. Primeiramente, porque a implantação da estratégia, por si só, não altera o modelo de atenção, e implica em muitos casos, na manutenção de velhas práticas e formas de organização dos processos de trabalho calcadas no modelo hegemônico (Alves, 2009; Machado *et al.*, 2007). Apesar de novas práticas voltadas para a família e a comunidade serem incorporadas pelas equipes (ainda que parcialmente), com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo saúde/doença, permanece a dificuldade de substituir as formas tradicionais de atenção por formas inovadoras, que deem conta da integralidade dos sujeitos (Escorel *et al.*, 2007).

Apesar das delimitações dos documentos oficiais recomendarem aos profissionais da AB o estímulo e a facilitação da participação ativa da população por meios formais e informais, esta não é situação vivenciada nos serviços de saúde. Portanto, faz-se necessário problematizar a forma como a atenção em saúde vem sendo realizada e

refletir se esta se configura em contribuição efetiva para o fortalecimento das pessoas e comunidades ou, ao contrário, colabora para a ampliação do domínio dos trabalhadores em relação à população (Campos, 2005).

A atenção integral implica na mudança das relações de poder no interior das equipes multiprofissionais (para a efetividade da interdisciplinaridade), e nas relações entre profissionais de saúde e usuários, com vistas à construção da autonomia dos sujeitos (Cecim & Feuerwerker, 2004). Um dos grandes desafios desse contexto consiste em fomentar o processo de participação ativa da população, considerando-se o histórico de relações verticais entre equipe de saúde e usuários, que relegam ao segundo um papel de passividade. Sendo assim, faz-se necessário pensar estratégias que fomentem a emancipação dos indivíduos e comunidades e estabeleçam formas diferenciadas de relações nos serviços de saúde, possibilitando espaço para a reflexão e debate sobre as condições de saúde das localidades, com vistas a alternativas de superação. A promoção da saúde aparece nesse cenário como um caminho promissor, porém, permeado de desafios e contradições.

3.4. Promoção de Saúde: Trajetória e Contradições do Campo

Promoção da saúde abarca um corpo de conhecimentos com conceitos profícuos e fortes, mas também traz em seu bojo ambiguidades, limitações e omissões, apresentando-se como um dinâmico campo em construção (Campos, 2010b). A discussão de seus princípios tem contribuído para a renovação do discurso sanitário, pela contraposição ao modelo biomédico e o resgate da determinação social do processo saúde-doença, mas seu ideário está longe de ser unísono. Ao inspirar-se em filosofias políticas diversas, implica em imagens-objetivo diferentes e práticas opostas em muitos casos, ampliando ou restringindo as intervenções no campo da saúde (Rabello, 2010).

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá em 1974, e vem sendo elaborado no cenário internacional por diferentes atores e discursos ao longo dos últimos 30 anos. O primeiro grande evento mundial desse movimento foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), no qual foi redigida a Carta de Ottawa, um dos documentos de referência nessa área. Inúmeros eventos internacionais, publicações e pesquisas têm contribuído para a discussão nesse âmbito, destacando-se: o Relatório Lalonde (Canadá, 1974), I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-

Ata, 1978), as seis Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (Canadá, 1986; Austrália, 1988; Suécia, 1991; Jacarta, 1997; México 2000 e Bangkok, 2005), o Epp Report (Canadá, 1986) dentre outros⁸ (Buss, 2009).

O Relatório Lalonde (1974) aborda o ‘campo saúde’, introduz a análise dos chamados determinantes da saúde e propõe o planejamento estratégico na área, estabelecendo as bases para uma nova forma de pensar saúde, firmada quatro anos mais tarde em Alma-Ata. Esse relatório considera os aspectos da biologia humana, do ambiente, dos estilos de vida e da organização da atenção, como princípios norteadores da intervenção em saúde. A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, 1978) incorpora o debate sobre a determinação social do processo saúde-doença e teve significativa importância na medida em que trouxe um novo enfoque para esse campo (Buss, 2009; Oliveira, 2008).

A Carta de Ottawa (1986), enquanto marco desse movimento, afirma um conjunto de valores como saúde, democracia, solidariedade, equidade, participação e ação conjunta, como resultado de diversas estratégias para a melhoria da qualidade de vida, discutidas na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. As Conferências subsequentes apontam várias necessidades e prioridades, enfatizando a importância da articulação do setor saúde com os diversos setores sociais e reafirmando a determinação social do processo saúde-doença. Já o Epp Report (1986) mantém estreita relação com a Carta de Ottawa, mas avança em relação à mesma, ao indicar como estratégias o fortalecimento dos serviços comunitários e o favorecimento da participação popular, por meio do *empowerment*, enquanto elemento-chave para alcançar saúde (Buss, 2009; Heidmann *et al.*, 2006).

Os novos desafios sociopolíticos das últimas décadas, os altos custos da assistência no setor saúde, aliada à completa ausência de evidências que esses custos fossem revertidos em melhores condições de saúde para a população (esgotamento do modelo biomédico), propiciam o aparecimento de um novo ‘pensar’ e ‘fazer’ sanitário, e dentro desse contexto surge o movimento de promoção da saúde (Carvalho, 2010). Segundo Fernandez, Andrade, Pelicioni e Pereira (2008) essa crise na área da saúde, decorrência da crise do projeto da modernidade e do paradigma científico dominante, propicia a compreensão ampliada do

⁸ Para uma cronologia do campo da promoção em saúde mais completa ver Buss (2009).

conceito de saúde, desviando o foco para os determinantes sociais e econômicos. Esse processo induz uma discussão mais política que, a princípio, poderia atuar para uma proximidade com agendas de conquista e efetivação de direitos, enquanto elemento instituinte. No entanto o que se descortina é o acirramento da disputa de projetos de sociedade, que abarca diversidade epistemológica, ideológica e prática, alimentando a pluralidade de reflexão.

Essa disputa acontece no cerne do avanço do neoliberalismo em escala mundial, com a retração das políticas sociais universalistas e redistributivas, consideradas retrocesso por esse ideário, deixando a saúde de figurar como um bem comum e passando a ser encarada como uma mercadoria, portanto, regida pelas leis do mercado. Esta conjuntura socioeconômica leva a intensificação da distribuição desigual de bens e do acesso a serviços, o aumento da pobreza, da violência e do desemprego, a precarização do trabalho e o agravamento sem precedentes das desigualdades sociais. Tal situação contribui para o adoecimento da população e conseqüentemente o aumento por atenção em saúde. Essa situação aliada ao processo de retração Estatal, no que concerne às políticas sociais e que incluem cortes de direitos adquiridos, exime o Estado da responsabilidade que lhe cabe na construção de sociedades mais justas, o que implicaria em aumento de subsídios para setores como a saúde (Carvalho, 2010; Lacerda & Valla, 2007).

No Brasil, na contramão da ampliação do neoliberalismo, surge na década de 70 do século passado um movimento contra-hegemônico, a Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento tem como desdobramentos um novo campo de conhecimento, a Saúde Coletiva, e a elaboração do novo sistema de saúde, o SUS. A semelhança de concepções desse movimento com o movimento de Promoção da Saúde que inicia no Canadá (e ao contrário da produção brasileira, espalha-se pelo mundo) é apontada por vários autores (Campos, 2010b; Carvalho, 2010; Heidmann, 2006). Apesar das semelhanças, as diferenças surgem quando se foca no panorama social e econômico dos países onde surgem as duas propostas, a saber, Brasil e Canadá. A incorporação do ideário da Promoção de Saúde ao projeto da Saúde Coletiva brasileira acontece por volta do final da década de 80, sendo oficializada enquanto política pública em 2006, na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Essa Política tem como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006b, p. 19). Enfatiza a ampliação do

comprometimento e da responsabilização entre os profissionais, a população e o território em que se localiza o serviço de saúde, buscando alterar os modos de atenção e gestão. Afirma a produção de saúde como indissociável da produção de subjetividades mais solidárias, ativas e críticas, considerando a promoção da saúde uma estratégia que confere visibilidade aos fatores intervenientes na saúde da população e as especificidades de cada contexto (Brasil, 2006b).

As diretrizes dessa política, firmadas no documento são: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade; implicando em considerável ampliação das intervenções sob essa perspectiva. A PNPS concebe a promoção da saúde como ações de características transversais, integrais e intersetoriais, que fornece subsídios para o diálogo de diversas áreas, não se restringindo ao setor saúde (Brasil, 2006b). A intersetorialidade, citada na referida política como parte importante destas ações de promoção, é uma prática de gestão que permite implementar ações que considerem os sujeitos e as coletividades em sua totalidade, pressupõe ainda relações horizontais entre parceiros e a interdependência de serviços (Mascarenhas, 2005).

No entanto, Freitas e Mandú (2010) ao analisarem várias políticas públicas⁹ referentes à promoção de saúde, incluindo a PNPS, indicam contradições. Apontam que, se por um lado, essa Política assume uma postura que indica a defesa da equidade e do controle social na gestão das políticas públicas, por outro, enfatiza ações e estratégias individuais de caráter assistencial e de controle clínico epidemiológico dos riscos. Essa postura reflete um modelo de atenção baseado no ciclo doença-prevenção, mostrando-se incongruente com a noção de que a promoção da saúde coloca a saúde, e não a doença, na agenda das prioridades. Concluem, ressaltando que apesar dessa política ser coerente com os princípios do SUS, faz-se acompanhar de estratégias limitadas de intervenção, sem destaque para as práticas produtoras do acesso a bens e medidas, que propiciem a qualidade de vida, a participação da população e o controle social.

⁹ No artigo foram analisados quatro documentos: Política Nacional de Atenção Básica (2006), Pacto pela Saúde (2006), Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) e o documento Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (1997).

As contradições, como referido anteriormente, são inerentes ao campo da promoção de saúde, não se restringindo apenas as políticas públicas que lhe dão amparo legal, despontam também no panorama de muitos modelos e quadros representativos¹⁰, propostos para a delimitação de suas concepções. Neste estudo, utiliza-se como balizadora da compreensão a proposta de Carvalho (2010) que, tomando como referência as diretrizes do SUS, sugere a ‘divisão’ em dois grupos as várias concepções concernentes ao tema: uma tendência que mantém o *status quo* e outra que preconiza a mudança social. Para fins do estudo, e em meio à pluralidade de concepções, utiliza-se uma compreensão a partir dessas duas macro tendências¹¹ ou dois estilos de pensamento, enquanto dois polos mais evidentes dentro do contexto da saúde, sendo que, as concepções e práticas de promoção da saúde compõem matizes desses contrastes.

3.4.1 Estilos de Pensamento: Um Marco Metodológico

O termo ‘estilo de pensamento’ provém da epistemologia construtivista de Ludwik Fleck (1935/2010), que concebe a ciência como algo que nunca é realizado individualmente, mas sempre de maneira cooperativa. Em decorrência da complexidade do fenômeno saúde-doença, este autor afirma que não é possível uma visão global ou unitária, mas diversas percepções sobre o fenômeno. Tais considerações levam à existência, tanto no campo disciplinar quanto no prático, de diferentes perspectivas de uma mesma realidade, embasadas em diferentes pressupostos, apesar de observarem os mesmos fenômenos ou fatos científicos.

Um estilo de pensamento indica o entrelaçamento das instâncias psíquicas, cognitivas e sociológicas, que delimitam as fronteiras da percepção dos sujeitos, orientado e restringindo o pensamento, as práticas, os questionamentos e as respostas propostas por um determinado coletivo. Apesar de Fleck ter desenvolvido essa categoria por volta de 1930, esta se mantém extremamente atual, pois, atribui especial valor a compreensão histórica e social dos fenômenos, prerrogativa que vai de encontro à lógica da Saúde Coletiva (Tesser, e

¹⁰ Uma explanação abrangente dos vários modelos e concepções de promoção de saúde foi abordada por Dowbor (2008) e Carvalho (2010).

¹¹ Termo utilizado por Da Ros (2000) ao abordar as concepções predominantes na área da saúde: saúde pública e saúde coletiva.

Luz, 2008), sendo essa compatibilidade decisiva na eleição dessa categoria analítica para este estudo.

Na realidade não existe uma definição única de estilo de pensamento, situação que evidencia sua potencialidade enquanto categoria analítica para a construção de uma teoria do conhecimento. Por ser uma categoria ampla e flexível, constitui-se em necessidade crucial, a delimitação do sentido que está sendo utilizado, para preservar sua capacidade explicativa. Uma tentativa interessante de agrupar os vários sentidos é realizada por Da Ros (2000, pp. 44-45), ao afirmar que estilos de pensamento são:

“uma postura teórico-psicológica de aceitação de uma verdade provisória que subordina conhecimentos. Tal postura é determinada histórico-sócio-culturalmente e, embora se movimente continuamente, apresenta resistências a transformações. Neste contexto, desenvolve uma aparente lógica formal, a partir de áreas do conhecimento científico, nascendo, portanto, do ‘velho’ para criar o novo. E isto é feito dentro de um coletivo que tem o mesmo modo de pensar e agir.”

Um estilo de pensamento ao mesmo tempo em que direciona o pensamento, a percepção e a cognição, tem uma função educativa essencial para a formação de um grupo que partilha o mesmo estilo, chamado de coletivo de pensamento (Tesser, 2006). Esse coletivo é composto pela comunidade de cientistas de uma área disciplinar, que se configura em uma unidade social e partilha as premissas de um determinado estilo. É necessário ressaltar certa cumplicidade entre seus membros, “uma socialização de estilo e um culto comum de ideal de verdade” (Cutolo, 2002, p. 36).

Para Da Ros (2000), os pressupostos mais importantes dessa epistemologia construtivista são: abordagem integradora dos fenômenos, a delimitação que todo conhecimento é socialmente construído e que as observações são sempre influenciadas pelo estilo de pensamento de seu observador. Este autor argumenta que para Fleck a relação cognoscitiva não é bilateral, pois, além do cognoscente e do objeto a ser conhecido sempre existem as relações históricas, sociais e culturais, ou seja, o estado do conhecimento naquele momento histórico. Esse estado do conhecimento, em última instância, delimita os contornos dos estilos de

pensamento, o que leva a afirmar que um fato científico é, de certa maneira, um subproduto dos estilos de pensamento.

O saber é uma atividade social e por este motivo não pode ser compreendido como ato individual. A construção do conhecimento exige esforço e trabalho claramente cooperativo, que só é possível com a circulação de ideias nos coletivos. Dessa forma, todo fato científico está impregnado por um estilo de pensamento, portanto é fundamental que ele seja contextualizado e que seja compreendida a transitoriedade das verdades científicas, pois, tal conhecimento está condicionado pela atividade social do ser humano ao longo da história (Cutolo, 2002).

Uma visão geral do fenômeno exige a explanação das diversas concepções, para em seguida chegar a uma aproximação da realidade de forma ampliada na busca de uma totalidade, visto que, não são apenas as observações empíricas que fundamentam um estilo de pensamento, mas uma determinada maneira de ver aquele fenômeno. No entanto, dentre as diversas concepções há certa dificuldade de entendimento, pelas percepções diferenciadas, típicas de diferentes estilos de pensamento. Tal dificuldade de entendimento Fleck denomina de incomensurabilidade (Fleck, 1935/2010). Assim, é possível afirmar, embasando-se nessa compreensão, que os estilos de pensamento analisados a seguir são incomensuráveis entre si.

Essas percepções dirigidas, ou estilos de pensamento, são partilhados por um coletivo de pensamento que constrói um corpo teórico estruturador, correspondente a uma determinada prática. Sobre isso, serão analisados os dois estilos de pensamento mais evidentes na compreensão da promoção de saúde. A seguir, são delimitadas as características desses estilos, evidenciando-se que eles, em seus mais variados matizes, fundamentam e estruturam as relações estabelecidas entre gestores, profissionais e usuários, repercutindo na organização dos serviços de saúde e nas relações estabelecidas.

Vale ressaltar que o presente estudo tem como marco norteador o estilo de pensamento da Nova Promoção de Saúde em sua vertente crítica, por compreender que tal proposta é a mais condizente com o SUS e com um país (Brasil), que tem nas desigualdades sociais sua marca fundamental. Parte-se de uma concepção que propõe a emancipação dos sujeitos e o fortalecimento comunitário, na busca ativa de melhores condições de vida e saúde, na medida em que se mostra inviável propor alterações de estilos de vida em contextos de total abandono, falta de acesso a serviços e oportunidades.

3.4.2 O Estilo de Pensamento da Promoção de Saúde Comportamental (PSC)

A Promoção de Saúde Comportamental (PSC) ou behaviorista é calcada na busca pela modificação dos estilos de vida, e parte do pressuposto que as atitudes e comportamentos inadequados são os responsáveis por uma considerável parcela dos problemas de saúde da população. Essa abordagem procura romper com o modelo biomédico ao focalizar a atenção na melhoria do ambiente¹² (alterando o foco das ações sanitárias) e na redução de riscos autoimpostos, sendo apontada como a perspectiva dominante nas práticas de promoção de saúde (Carvalho, 2010; Heidmann, 2006; Rabello, 2010; Stotz & Araujo, 2004). Essa perspectiva ainda está atrelada a um modelo preventivista, pois, a saúde é percebida como em oposição à doença e a doença está vinculada a falta de cuidados (Luz, 2007; Mascarenhas, 2005)

Em alguns países, como nos Estados Unidos, existem *sites* especializados que oferecem conselhos de saúde personalizados, dentre outros recursos, objetivando a mudança para estilos de vida mais saudáveis, esses *sites* são recomendados por profissionais da área da saúde, prioritariamente médicos, como coadjuvante na transformação do comportamento, com vistas à melhoria nas condições de saúde da população (Woolf *et al.*, 2006).

Carvalho (2010) afirma que estudos comprovam a melhoria significativa da qualidade de vida de alguns grupos sociais, derivadas da utilização da estratégia de alteração dos estilos de vida. Mas o mesmo autor ainda ressalta que esse resultado positivo está diretamente vinculado à posição social que o indivíduo pertence, ou seja, as populações melhor situadas na escala social têm uma melhoria das condições de saúde, sendo que as populações mais carentes sofrem um agravamento dessas condições.

Segundo Figueira e colaboradores (2009), em ambientes desfavoráveis, a responsabilização do sujeito e a culpa pela não adoção do estilo de vida preconizado, levam a um sentimento de incapacidade e diminuição da autoestima, o que geralmente produz passividade diante das situações, alimentando a incapacidade de mudança. Mascarenhas (2005) ainda ressalta, que o excesso de informações sem o conhecimento das reais possibilidades de sua aplicação na prática pode

¹² Nessa perspectiva, segundo Carvalho (2010), o ambiente é definido como tudo que se relaciona com a saúde e seja externo ao corpo humano.

engendrar a impotência, pois, o aumento de conhecimento sem o concomitante aumento da perspectiva de mudança pode gerar somente ansiedade ou sensação de privação.

Na PSC, é delegada à população a responsabilidade pela melhoria de suas condições de saúde, favorecendo o processo de culpabilização da vítima, ao diluir o social em uma retórica comportamental a-histórica, considerando como fator determinante do cuidado a força de vontade individual. Esse aspecto é denunciado por vários autores (Campos & Wendhausen, 2007; Castiel & Diaz, 2007; Fernandez *et al.*, 2008; Figueira *et al.*, 2009; Gaudenzi & Schramm, 2010; Lacerda & Valla, 2007; Rabello, 2010; Stotz & Araujo, 2004; Verdi & Caponi, 2005). Deixa-se de levar em consideração que em alguns ambientes, determinados comportamentos não saudáveis são inevitáveis e, alguns estilos de vida inacessíveis às populações. Essa ênfase na modificação das atitudes e estilos de vida mascara a determinação social da saúde e centraliza as ações no aspecto individual, em detrimento de estratégias mais amplas de intervenção (Calatayud, 1999; Castiel, 2006; Mascarenhas, 2005).

Um exemplo claro desse estilo de pensamento é explicitado em um estudo americano que avalia quatro programas de promoção em saúde, realçando a dificuldade dessa tarefa por se tratar de programas que abordam os mais variados comportamentos. Este artigo aponta a importância da promoção da saúde como uma intervenção dos serviços que se embasam em estratégias de mudança nos estilos de vida, e utiliza a autopercepção da saúde como padrão de medida para avaliar os programas. A pesquisa foi realizada seis meses após a realização de programas de promoção da saúde, que tinham como foco respectivamente: exercícios físicos, perda de peso, nutrição e combate ao estresse (Rohrer, Naessens, Liesinger & Litchy, 2010). Esse trabalho evidencia a falta de discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença, restringindo-a à força de vontade individual e aos aspectos comportamentais.

As estratégias educacionais, vinculadas a essa forma de perceber a promoção da saúde, destinam-se a informar as pessoas sobre o que é saudável, influenciando os hábitos e comportamentos. Estão quase sempre calcadas em uma perspectiva pedagógica de relações verticais, onde o saber dos técnicos predomina sobre a autonomia dos sujeitos. Utiliza-se o conceito de *empowerment* psicológico, no qual o indivíduo, munido de informações adequadas, pode fazer as escolhas saudáveis e tem a sensação do controle das situações (Castiel, 2006). No entanto, o sentimento de poder é radicalmente divergente da possibilidade de

intervir nos condicionantes da saúde, que em sua grande maioria, são controladas pela política e pelas práticas macrossociais, o que evidencia a tendência do *empowerment* psicológico a ignorar a influência dos fatores estruturais. Não se trata de negar a importância dessa forma de emancipação individual, mas de ressaltar que ela desconsidera o contexto político e histórico das pessoas envolvidas (Carvalho, 2010).

É pertinente ressaltar ainda, as questões éticas referentes a essa posição. Castiel e Diaz (2007) advertem para a existência de juízos de valores implícitos, a indução de uma vida marcada pela padronização e regularidade das atividades cotidianas, que conformam as identidades e não se referem apenas a ‘como agir’, mas também delimitam ‘quem ser’. Nesse processo, a saúde passa a ser um fim em si mesmo, às custas da autonomia dos indivíduos e coletividades, podendo conduzir a discriminação dos ‘não saudáveis’, esvaziando-se dos aspectos políticos que permeiam o campo. Essa saúde promocional, apresenta-se como portadora de concepções biopolíticas, que exercem a função de controle e regulação do social e que, portanto, mantém o *status quo* (Gaudenzi & Schramm, 2010; Sant’Anna & Hennington, 2010).

O resultado da busca de práticas desenvolvidas a partir dessa perspectiva, evidencia um número significativo de intervenções, seguidas de pesquisas para avaliação dos resultados, principalmente no contexto internacional. Essas pesquisas abordam a promoção da saúde, prioritariamente, vinculada aos estilos de vida saudáveis e ao trabalho preventivo. Serão abordadas a seguir, três pesquisas realizadas na Espanha, Suíça e Finlândia, e que avaliaram intervenções realizadas anteriormente, que tem como marco referencial a PSC.

A primeira pesquisa foi realizada em oito Centros de Cuidados Primários da Espanha, constitui-se em uma pesquisa quase-experimental, e realiza a avaliação de um programa de aconselhamento de estilo de vida saudável. Os autores associam a adoção de estilos de vida saudáveis, com a redução significativa nas taxas de incidência de mortalidade para doenças crônicas, colocando a promoção da saúde como o desafio crucial dos cuidados primários. O estudo objetiva contribuir com modelos de intervenção que conduzam a mudanças nas práticas de promoção, no âmbito da Atenção Primária de Saúde. Aponta quatro fatores como fundamentais para o sucesso das intervenções: (1) compromisso dos profissionais em parceria com a comunidade; (2) competência para a mudança; (3) cooperação interdisciplinar entre os envolvidos no processo; e, (4) disponibilidade de recursos necessários. Ressalta a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade da equipe como fatores que comprometem o trabalho (Sanchez *et al.*, 2009), uma

realidade que, nesse sentido, aproxima-se da vivenciada nos serviços de saúde brasileiros. Fica claro neste estudo, que a participação comunitária resume-se à adoção do estilo de vida saudável recomendado no programa, não sendo abordada a reflexão sobre as condições de vida e da cultura que permeia os hábitos a serem ‘superados’.

O segundo estudo foi realizado na Suíça e avaliou a alteração nos níveis de atividade física dos pacientes, participantes de um programa de combate ao sedentarismo, um ano após a intervenção. O autor inicia o texto alertando que 64% da população do país não atinge os níveis recomendados de atividade física. Ressalta que o sedentarismo é um dos grandes problemas da saúde pública nas sociedades modernas, relacionado a problemas cardiovasculares, diabetes e hipertensão. Atesta, a partir desses dados, que a Atenção Primária deve ser o local privilegiado para se enfrentar esse desafio, pois 61% da população do país têm um médico da família. Os resultados do estudo apontam um pequeno aumento do número de pacientes sedentários que iniciaram a atividade física e, revela que os que praticam atividades físicas também necessitam de aconselhamento para manter as atividades (Sabti, 2010).

A terceira pesquisa, de abordagem quantitativa, foi realizada na Atenção Primária de Saúde da Finlândia. Tinha por objetivo avaliar o efeito preventivo de um Programa de Saúde Bucal em crianças com menos de cinco anos de idade, realizado por meio da orientação aos seus cuidadores. O estudo destaca a importância dos hábitos saudáveis e padrões de higiene desenvolvidos precocemente, afirmando que contatos repetidos com profissionais de saúde auxiliam no desenvolvimento de hábitos bucais saudáveis, por meio de educação, motivação, e apoio aos cuidadores. Um dos resultados do estudo chama atenção ao revelar que, nas famílias mais favorecidas economicamente houve uma diminuição significativa de cáries nas crianças e, ao contrário, nas famílias da classe operária não houve alteração das taxas (Meurman, 2009). Esses dados corroboram o que foi apontado anteriormente, que em ambientes desfavoráveis, a responsabilização do sujeito pela não adoção do estilo de vida preconizado, levam a um sentimento de incapacidade e diminuição da autoestima, produzindo geralmente passividade diante das situações e alimentando a incapacidade de mudança (Figueira *et al.*, 2009).

3.4.3 O Estilo de Pensamento da Nova Promoção de Saúde (NPS)

No outro polo, e em perspectiva oposta, encontra-se o estilo de pensamento da Nova Promoção da Saúde (NPS). Essa perspectiva partilha com a anterior a crítica ao modelo biomédico e a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde/doença, mas a transcende ao apontar a relação negativa existente entre iniquidade social e saúde, evidenciando que a forma como a sociedade se organiza tem relação direta com as condições de saúde de sua população. Aborda a saúde como um direito e um bem comum, e prioriza como estratégias a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento da capacidade individual e comunitária (Carvalho, 2010). É necessário ressaltar que essa tendência apresenta ambiguidades e divergências internas relevantes que não serão abordadas, sendo apenas ressaltados os pontos principais que a norteiam, enquanto um estilo de pensamento do campo da promoção de saúde que se apresenta em contraposição a outro estilo de pensamento.

A NPS tem como pressuposto a compreensão ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo a articulação de conhecimentos científicos e populares para seu enfrentamento, busca “una revalorización de lo social como fuente y explicación de los problemas de salud y como recurso a ser movilizado para enfrentar os mismos” (Buss, 2000. p.16). Amplia o âmbito das ações em saúde ao realizar uma síntese inovadora de conceitos originários de outros campos disciplinares, inserindo o debate sobre a necessidade da construção de uma consciência crítica sobre os problemas de saúde. Reconhece a complexidade dos fatores micro e macrosociais, buscando pautar as práticas que buscam a transformação, na reflexão crítica, na equidade e no fortalecimento comunitário (Rabello, 2010; Santos, Oliveira, Crepaldi & Da Ros, 2010).

É necessário nesse momento, realizar a diferenciação dos termos “fortalecimento” e ‘*empowerment*’, apesar deste último ser utilizado por muitos autores desta concepção de promoção de saúde. Uma das diferenças entre esses dois termos consiste na fonte do processo de adquirir controle e poder sobre os assuntos importantes às pessoas e às comunidades. Monteiro (2010) resalta que enquanto a fonte de poder e controle é fruto das buscas e discussões coletivas no ‘fortalecimento’, onde está implícita a noção de que se obtém poder sobre as condições de vida apenas no coletivo, a terminologia “*empowerment*” ao contrário, resalta a importância na participação em instituições mediadoras que

regulam as participações dos sujeitos e coletivos, o que não necessariamente implica em postura ativa diante dos temas prioritários.

Carvalho (2010) ressalta que o termo “*empowerment*” deve ser utilizado com precaução pela carência de embasamento teórico consistente e pelas distorções e ambiguidades vinculadas ao termo. Um exemplo claro destas ambiguidades, evidencia-se na compreensão do termo na literatura da gestão participativa em empresas, onde ele é compreendido como delegação de poder enquanto forma de motivação profissional e de melhoria na produtividade nos grupos de trabalho, uma lógica oposta ao emprego do termo em vários textos vinculados a NPS. Sobre isso, Stoz e Araujo (2004) indicam que o “*empowerment*”, independente da intenção de politizar a promoção da saúde, pode ser visto como uma nova forma de tutela sobre a maioria da população, visto que, a inferência ao significado do termo enquanto “delegar poder a outrem”, implica certa contradição e ambiguidade com uma construção coletiva.

Aliando tais reflexões à longa trajetória do termo ‘fortalecimento’ nas lutas por melhores condições de vida para as populações marginalizadas da América Latina, evidenciada nas discussões e atividades críticas da Psicologia Comunitária nas últimas décadas, fica evidente a maior coerência com o ideário da NPS, o termo “fortalecimento”. A utilização deste termo implica necessariamente um processo, onde “miembros de una comunidad desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida (...), transformándose al mismo tiempo a si mismos” (Monteiro, 2010). Dessa forma, a partir de agora, será utilizado como referência para este estudo, o termo ‘fortalecimento’ em detrimento de ‘*empowerment*’, mesmo em situações em que a literatura citada utilizar os segundo termo.

Vários autores apontam o fortalecimento e a participação comunitária como conceitos chave da NPS, conceitos estes que se encontram diretamente vinculados entre si (Carvalho, 2010; Czeresnia, 2009; Heidmann *et al.*, 2006, Sícoli & Nascimento, 2003). A participação popular implica em mecanismos democráticos que propiciem o envolvimento das comunidades na eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas. Esse processo de participação ativa da população tem como pressuposto a emancipação dos sujeitos e comunidades, explicitando-se como um mecanismo propulsor do controle social. A participação ressaltada é um processo que inclui a população e os trabalhadores de saúde, isso porque, a concretização de resultados positivos depende em grande

medida, da correlação de forças entre os interesses envolvidos e a implicação mútua (Freitas & Mandú, 2010; Sícoli & Nascimento, 2003). As formas como a comunidade e os serviços de saúde se organizam explicitam a utilização do fortalecimento enquanto uma ferramenta agregadora, quando ambos, população e profissionais, mostram-se membros do mesmo coletivo e portadores dos mesmos direitos (Carvalho, 2010).

As ações que promovem saúde no estilo de pensamento da NPS, evidenciam-se como o resultado de um processo complexo que engloba o fortalecimento das capacidades dos indivíduos e comunidades, buscando intervir no âmbito das ações do Estado e na singularidade e autonomia dos sujeitos. Transcendem as metodologias preventivas, pois, deslocam o foco da doença para a perspectiva da saúde, como uma meta a ser concretizada por meio de instrumentos de intervenção na realidade (Santos, Da Ros, Crepaldi & Ramos, 2010). Nessa perspectiva, os problemas de saúde são compreendidos com demandas de abordagens inovadoras e complexas, e os processos decisórios são pautados pelas subjetividades individuais e coletivas dos atores nos espaços do cotidiano. Essa valorização do conhecimento popular e da participação social está na base da promoção de saúde neste estilo de pensamento (Czeresnia, 2009; Mascarenhas, 2005).

O fortalecimento é o núcleo filosófico da NPS, permeado pela presença de fatores situados em esferas distintas da vida social, estabelecendo-se em um *continuum* que perpassa desde a autoconfiança e a autoestima individual, até os fatores macro determinantes das estruturas sociais, sendo que o fortalecimento comunitário, apresenta-se como diferencial dessa forma de conceber a promoção em saúde. Dentro desse contexto, o trabalho de Paulo Freire se destaca como uma importante ferramenta, que contribui para emancipação humana e a construção do pensamento crítico, que propicia a participação dos indivíduos e coletivos na reflexão da realidade com vistas a sua transformação (Carvalho, 2010).

A educação em saúde que compõe esse ideário é uma prática que busca embasar a conquista da autonomia pelos sujeitos e comunidades, não se restringindo apenas ao repasse de conhecimentos, mas buscando a construção de conhecimento aliado a melhores condições de vida por todos que a integram. Isso não indica que a transmissão de conhecimentos não esteja incluída nessa proposta pedagógica, apenas é necessário ressaltar que ela não se constitui em seu objetivo maior (Besen *et al.*, 2007; Stotz, David & Bornstein, 2009). Pouquíssimos

estudos internacionais apresentam esta característica, como será evidenciado na revisão de literatura apresentada.

A esse respeito, vale citar Hedman (2009), que em um estudo realizado na Suécia sobre educação para a saúde bucal de crianças em idade escolar, diferencia o conceito de "educação", que inclui tanto o conhecimento quanto os aspectos emocionais e sociais, do conceito de 'informação', que é uma comunicação unidirecional, sem qualquer consideração às necessidades dos sujeitos ou a contextualização dos conteúdos. Este autor ressalta que o processo de aprendizagem é dinâmico e se baseia nos conhecimentos e experiências anteriores dos sujeitos envolvidos, uma atividade social que acontece na interação entre as pessoas, ao invés de algo que é repassado de um sujeito para outro(s). Esse estudo aponta ainda a necessidade de refletir sobre a interação entre 'professores' e 'alunos', salientando a importância do diálogo e confiança nos processos educativos.

Nesse estilo de pensamento, o sujeito é percebido em sua autonomia, seu contexto cultural e político na busca de superação do instituído, rumo à produção de novos recursos e modos de vida instituintes de saúde. Assim, a prática educativa insere-se como uma prática transformadora, que se constrói pautada no diálogo e no exercício da consciência crítica reflexiva, que prioriza a transformação da realidade e das pessoas envolvidas por meio da ampliação da capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes do ser saudável (Buss, 2009; Monteiro & Vieira, 2010).

A luta por saúde também é uma luta pela melhoria da qualidade de vida, que inclui condições de alimentação, renda, educação, habitação, meio ambiente, transporte, lazer entre outros, e deve estar presente nas principais estratégias de promoção de saúde (Heidmann *et al.*, 2006). Nesse sentido, esse ideário pode propiciar a ruptura com velhas formas de pensar e fazer saúde, fornecendo os elementos de transformação do *status quo* e dos sujeitos envolvidos, na produção de uma nova realidade mais solidária e equânime (Carvalho, 2010; Czeresnia, 2009)

Essa visão ampliada da promoção de saúde abarca fatores tão amplos como a própria vida, fato que pode conduzir a dificuldades de transformar um discurso inovador em prática concreta, mostrando-se em muitos momentos pouco capaz de prover os meios e estratégias de intervenção, evidenciando-se um desafio a construção de práticas que estabeleçam novas relações com os conhecimentos científicos produzidos (Czeresnia, 2009). A escassez de metodologias avaliativas das ações nessa perspectiva propicia a redução de sua utilização pelos

serviços de saúde, dificultando sua divulgação e contribuindo para confusão entre promoção e prevenção (Figueira *et al.*, 2009).

A busca da *práxis* dessa perspectiva, depara-se com uma fragilidade: a escassez de trabalhos que relatem práticas efetivadas no contexto do SUS. Essa fragilidade se amplia quando comparada ao número de pesquisas avaliativas de intervenção na perspectiva da PSC, que se apresentam em quantidade considerável. No entanto, os dois trabalhos abordados a seguir evidenciam experiências exitosas, um desenvolve ações de promoção de saúde diretamente com usuários do SUS e o outro com enfermeiras da Atenção Básica, ambos embasados no conceito ampliado de saúde.

O primeiro trabalho, refere-se a uma ‘intervenção coletiva e interdisciplinar’, que apresenta o desenvolvimento de grupos de promoção de saúde como um instrumento capaz de contribuir para o desenvolvimento de condições de vida, saúde e autonomia. Relata uma experiência com idosos no âmbito do SUS, embasado em princípios éticos que buscam a eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos de pessoas, interagindo de forma cooperativa na tarefa de promover saúde. Os autores afirmam que a aprendizagem desenvolvida nesses grupos inclui componentes que facilitam uma reorganização de crenças e cognições, balizadas pelo diálogo e respeito às diferenças e integrados a conhecimentos variados. A construção do ‘saber’ acontece por meio da participação cooperativa e desenvolvimento da autonomia, as técnicas e conteúdos propostos ao grupo devem ser coerentes com as singularidades e demandas. O *setting* grupal oportuniza: a ressignificação de conceitos que dificultam a promoção da saúde; a valorização dos recursos comunitários; a manifestação e elaboração de manifestações emocionais e, o conhecimento e reflexão das práticas e saberes em saúde, que favoreçam a ampliação das capacidades dos indivíduos (Santos *et al.*, 2006).

O segundo trabalho é uma pesquisa-ação, realizada com enfermeiros que trabalham na Atenção Básica de um grande município, e sistematiza por meio de círculos de cultura, uma proposta de reflexão e reconstrução das ações de educação em saúde desses profissionais. Busca problematizar a transformação dos indivíduos inseridos no mundo, ampliando a compreensão da complexidade de ser saudável e utilizando a educação em saúde como estratégia da promoção de saúde. A técnica empregada propicia a reflexão coletiva com ênfase no diálogo, processo que envolveu a realização de oito círculos de cultura, sendo que cada círculo tinha um objetivo construído pelo próprio grupo. O artigo foi construído a partir das reflexões realizadas no último círculo,

que tinha como objetivo problematizar as propostas de Educação em Saúde do grupo, que possibilitassem articular o desempenho das enfermeiras do PSF para uma práxis reflexiva e crítica de educação em saúde. As autoras ressaltam que é indispensável o exercício de reflexão e consciência política no processo de fortalecimento do profissional de saúde, pois, o universo subjetivo é renovado nas práticas de vivência no real, incluindo a reflexão sobre suas atitudes diante dos fatos, deixando o papel de espectador para assumir o lugar de protagonista de sua história (Monteiro & Vieira, 2010).

3.4.4. Tendências Atuais da Literatura sobre Promoção de Saúde

Um dos discursos básicos da promoção de saúde, em todas as concepções, é o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e grupos sociais. Uma questão fundamental nesse sentido é esclarecer o conceito de autonomia que é utilizado, pois, o que se configura em alguns discursos é a conformação de uma autonomia regulada, estimulando uma escolha saudável a partir de uma lógica de mercado. É necessário evidenciar que existe um limite para o conhecimento, que ele está em processo incessante de transformação, assumir que as modificações do comportamento são orientadas por um conhecimento que não abarca o ‘todo’ e que nunca abarcará. Dessa forma, promoção de saúde está vinculada à escolha, e isso não se refere ao ‘conhecimento verdadeiro’, refere-se a valores, a questões que perpassam e transcendem a ciência (Czeresnia, 2009).

Os dois estilos de pensamento, abordadas neste estudo como polos opostos, não esgotam os posicionamentos em relação ao tema promoção de saúde, representando apenas pontos norteadores na busca de compreensão em meio à polissemia de posicionamentos, levantando questões pertinentes para o recorte da discussão aqui suscitada. A localização do assunto no contexto nacional e internacional auxilia a análise e evidencia indícios norteadores em pontos obscuros. Por esse motivo, foi realizada uma revisão de literatura que abarca a promoção de saúde inserida na especificidade da Atenção Básica, e que evidencia o que foi produzido entre 2006 e 2010, no portal CAPES e na Biblioteca Virtual de Saúde.

A revisão de literatura foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico em diversas bases de dados nacionais e internacionais, que se constituem em referências acadêmicas fidedignas na área da saúde,

por meio da Biblioteca Virtual de Saúde¹³ (BVS) e do portal da CAPES¹⁴ (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). A pesquisa na BVS abarcou as cinco bases das Ciências da Saúde em Geral¹⁵, e no Portal da Capes foi realizada com foco nas bases das Ciências da Saúde¹⁶.

Os resultados advindos da inserção dos descritores “Health Promotion” and “Primary Health Care” no portal CAPES e “Promoção em Saúde e Atenção Básica” na BVS, indicaram 336 textos, que foram submetidos a um processo de refinamento. Os critérios de inclusão foram: (1) ter sido publicado entre 2006 e 2010; (2) permitir acesso *online* gratuito ao texto completo; (3) ter como um dos focos principais à promoção de saúde; e, (4) não aparecer de forma repetida. Como resultado foram selecionados 48 textos, dos quais 38 estavam em inglês, oito em português e dois em espanhol.

A procedência dos textos é diversa, sendo que os países que se destacam são Estados Unidos da América (EUA) e Brasil, com 14 e 10 textos respectivamente; cinco textos procedem do Reino Unido, quatro do Canadá, três da Finlândia, três da Espanha e dois da Suécia, sendo que China, Cuba, Suíça e Itália aparecem como procedência de apenas um texto cada país. Existem ainda três textos oriundos de parceria entre países, são eles: (1) Finlândia e Irã; (2) Alemanha, Filipinas e Holanda; (3) Inglaterra, Suíça e EUA. Os textos são em sua grande maioria artigos, no entanto, aparecem duas dissertações, uma tese e um projeto de intervenção, todos procedentes do Brasil.

Em termos da perspectiva que abordam a promoção da saúde e, levando-se em consideração os dois estilos de pensamento explicitados nesse trabalho, podem-se destacar três grupos: (1) grupo mais próximo ao estilo de pensamento da Promoção de Saúde Comportamental (PSC), composto por 37 textos; (2) grupo que permanece mais central em

¹³ Realizada em 24 de setembro de 2010.

¹⁴ Realizada em 15 de setembro de 2010.

¹⁵ São elas: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde); MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); Biblioteca Cochrane e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

¹⁶ São elas: Annual Reviews; Dentistry and Oral Sciences Source (EBSCO); Highwire Press; JAMA; Journals@Ovid Full Text (Ovid); Mary Ann Liebert (Atypon); Nature (NPG); Oxford Journals (Oxford University Press); Science (AAAS); SpringerLink (MetaPress) e Wiley Online Library.

relação aos dois polos, composto por quatro textos; e, (3) grupo mais próximo ao estilo de pensamento da Nova Promoção de Saúde (NPS), composto por sete textos. A visualização desses dados, e seus desdobramentos, são explicitados no Quadro 1 – Estilos de Pensamento em Promoção de Saúde, em apêndice (Apêndice A, p. 187).

Percebe-se, na visualização do Quadro 1, a prevalência de estudos situados mais próximos ao estilo de pensamento da PSC, vinculando a promoção da saúde à mudança nos hábitos e nos estilos de vida e às atividades preventivas, fato que confirma os dados apontados na literatura. Os textos do segundo grupo, situado em gradiente mais central, abordam temas que variam da mudança no estilo de vida, programas preventivos e empoderamento individual, até a necessidade de ampliar a discussão em saúde, redução de iniquidades e fortalecimento comunitário, compondo no mesmo estudo conceitos de difícil entrelaçamento. Por sua vez, os textos que se aproximam do estilo de pensamento da NPS abordam a promoção, partindo do conceito ampliado de saúde e focam prioritariamente a Estratégia de Saúde da Família, os determinantes sociais da saúde e a participação comunitária.

Alguns desses estudos que focam a mudança nos estilos de vida justificam esta opção em decorrência dos recursos escassos na área de saúde, apesar de apontarem a dificuldade de efetivar esse objetivo. Castiel e Diaz (2007) reafirmam essa tendência como um dos fatores-chaves para a ênfase nestes enfoques, pois, a prevenção de agravos, decorrente de alterações nos estilos de vida, representa uma economia significativa para os cofres públicos. Vale ressaltar que dentre os estudos desta revisão, nesse estilo de pensamento da PSC, alguns salientam a necessidade de compreender o contexto da vida do sujeito e o direito individual da escolha, ampliando um pouco a discussão sobre os estilos de vida.

O fato de a produção brasileira estar dividida entre os dois estilos de pensamento, cinco textos de cada grupo, evidencia clara oposição de forças em termos de concepção de promoção de saúde. A trajetória de conquistas evidenciadas no campo da saúde no Brasil, dentre as quais, pode-se destacar a Reforma Sanitária e o SUS, implicam na ampliação das discussões da área, abarcando fatores como o conceito ampliado de saúde, políticas sociais protetivas e a determinação social do processo saúde-doença. Tal histórico contribui e estimula a produção a partir do contexto da NPS, compondo um cenário dicotômico ao evidenciar-se a outra metade de textos, que segue a tendência mundial.

Pode-se tomar como exemplo dois artigos da produção brasileira. O primeiro, “Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede

docente assistencial”, tem como objetivo analisar o modelo de atuação dos coordenadores de grupos de promoção de saúde na Atenção Básica. Tem como base o conceito de saúde ampliado, concebe a educação em saúde como instrumento de favorecimento da autonomia dos sujeitos e comunidades e aponta a oposição de duas formas básicas de trabalhar grupos de promoção de saúde. Uma vinculada ao modelo preventivista, calcada em uma postura paternalista que impõe condutas e culpabiliza os sujeitos, e a outra vinculada a NPS, calcada em uma postura acolhedora que facilita a livre expressão e a autonomia (Santos *et al.*, 2010). Essa pesquisa evidencia a oposição das posturas práticas de grupos que acontecem sob o mesmo nome e com o mesmo objetivo: promover saúde, mas que em sua construção, dirigem-se a imagens-objetivo distintas.

O segundo artigo, publicada em inglês no portal da CAPES, aborda a promoção de saúde bucal vinculada à alteração dos hábitos alimentares e de higiene, utilizando como um dos argumentos para a promoção o alto custo, econômico e biológico, no atendimento da atenção secundária. Busca ampliar a discussão da promoção da saúde ao abarcar outros hábitos saudáveis, que não priorizem apenas a saúde de uma parte do corpo (a boca), mas que indique outros comportamentos saudáveis necessários à manutenção da saúde (Maltz, 2010). Evidencia uma percepção de saúde reduzida, ao negligenciar a integralidade e os aspectos sociais dos grupos e indivíduos. Mesmo ao buscar a ampliação da discussão, ainda não leva em consideração a determinação social do processo saúde-doença e os aspectos sociais e grupais que envolvem a questão. Esse discurso evidencia uma pedagogia que impõe condutas e pode culpabilizar os sujeitos e grupos por sua forma de viver, reduzindo a conquista de mais saúde à força de vontade dos sujeitos individualmente.

Os trabalhos provenientes dos EUA, apresentam-se fortemente vinculados a perspectiva da PSC, apresentando 12 textos mais próximos desse estilo de pensamento (incluindo o publicado em parceria), sendo que três estudos aparecem no grupo mais central e nenhum na perspectiva da NPS. O fato de esse país aparecer como procedência, na esmagadora maioria, de textos de PSC pode evidenciar uma debilidade da discussão no contexto americano do conceito ampliado de saúde e da NPS. A análise de alguns textos evidencia a predominância da percepção da promoção da saúde como a alteração dos estilos de vida das pessoas.

Uma dessas pesquisas provenientes dos EUA, aborda o programa de assistência domiciliar na Rede de Atenção Primária dos Estados

Unidos, e os autores apesar de inserirem o termo ‘promoção da saúde’ nas palavras-chave, discutem apenas os aspectos preventivos desse nível de atenção. Esse estudo, que é o primeiro a analisar todos os atributos e resultados da implantação do programa em relação aos serviços preventivos, conclui que o *Patient-Centered Medical Home* teve relação positiva no aumento de prestação de serviços preventivos, salientando os ganhos desse novo modelo (Ferrante, Balasubramanian, Hudson & Crabtree, 2010). O texto não apresenta indícios de discutir a promoção da saúde de forma diferenciada da prevenção, solapando a discussão da diferença entre prevenção e promoção de saúde, que segundo Czerésnia (2009) é radical, visto que, implica em mudanças profundas na maneira de utilizar e articular o conhecimento na operacionalização das práticas cotidianas de saúde.

Outro artigo proveniente dos EUA, destaca a opinião de especialistas no que concerne às necessidade e aos avanços na saúde da mulher. Os resultados desse estudo apontam como principais medidas de avanço os programas vinculados à educação e à promoção de saúde, à redução do impacto das taxas de violência interpessoal contra as mulheres, e ao acesso aos cuidados de saúde. Essa pesquisa utiliza a abordagem qualitativa e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, abordando a saúde em seu conceito ampliado. No entanto, indica como uma das tarefas dos serviços de saúde a mudança nos estilos de vida da população, compondo um quadro contraditório ao utilizar concomitantemente conceitos opostos de saúde, constatação que o situa em uma gradiente mais central em relação às perspectivas de promoção da saúde (Garcia *et al.*, 2010).

Um dado interessante que se destaca na análise do Quadro 1, é a participação discreta do Canadá, país que impulsionou o movimento da promoção de saúde, e que aparece com apenas quatro textos. Todos os estudos se aproximam do estilo de pensamento da PSC, trazendo como tema central os estilos de vida. Apesar de os artigos apresentarem nas palavras-chave o termo “promoção de saúde”, priorizam os debates sobre estilos de vida e atividades preventivas. Três estudos abordam respectivamente: a frequência que os usuários da Atenção Primária de Saúde recebem conselhos sobre atividade física e dieta adequada (Sinclair, Lawson & Burge, 2008); avaliação da eficiência de palestras para cuidadores de crianças, no que se refere à prevenção precoce de cáries (Macintosh, 2010) e a atividade preventiva na gestão de doenças crônicas na Atenção Primária de Saúde (Hogg, Lemelin, Moroz, Soto & Russell, 2008).

O quarto texto da produção canadense, escrito por um professor da Universidade de Manitoba (Canadá), relata uma experiência inovadora da Universidade de Nova York, que promoveu a colaboração da faculdade de Enfermagem com a de Odontologia em seus estágios. O relato, concentra-se na discussão da oportunidade dos dentistas detectarem problemas gerais de saúde, e dos enfermeiros encaminharem pacientes com más condições de saúde bucal para os dentistas. Aponta os ganhos de uma visão sistêmica da odontologia, que não se restringe apenas a saúde bucal, considerando a ampliação da intervenção em parceria com a Enfermagem, apontando como um dos ganhos da experiência a promoção de saúde da população, por meio da educação em saúde interdisciplinar, que pode influenciar na alteração dos estilos de vida dos pacientes (Iacopino, 2010).

Quanto ao ano de publicação dos textos abordados nesta revisão de literatura, percebe-se um aumento de produção a partir do ano de 2008. No Quadro 1, apresenta-se a prevalência de publicações no ano de 2009, já que do total de 48 textos, 19 foram publicados no em 2009. O ano de 2008 também teve uma produção significativa, apresentando 14 textos publicados, sendo 10 textos do ano de 2010. Os anos de 2006 e 2007, momento em que a produção apresenta-se reduzida, têm respectivamente três e duas publicações.

Quanto à metodologia utilizada, percebe-se a prevalência de pesquisas quantitativas no que concerne ao estilo de pensamento da PSC (27 dos 37 textos). Desses 27, dez textos incluíram intervenção, acompanhadas de pré-teste e pós-teste, evidenciando a preocupação de avaliar os programas. A pesquisa qualitativa, destaca-se ao observar os textos que se aproximam do estilo de pensamento da NPS, aparecendo em cinco dos sete textos. Vale pontuar que esses cinco são artigos brasileiros, mostrando uma tendência nas pesquisas nacionais. As pesquisas que incluem intervenção prevalecem na PSC, o que não acontece nas pesquisas analisadas da NPS. Esse fato corrobora o que Figueira e colaboradores (2009) evidenciam: a dificuldade de operacionalizar ações de promoção da saúde na perspectiva ampliada e a escassez de metodologias avaliativas nesse âmbito.

Um dos artigos do Reino Unido merece atenção especial, pois descreve a extensão, o conteúdo e a variações locais das iniciativas existentes de promoção de saúde para idosos em todo o País de Gales, vinculadas a serviços públicos, voluntários e privados. O projeto dirigido para pessoas com idade superior a 50 anos incluiu oito áreas-chave: atividade física, alimentação saudável, segurança doméstica, saúde emocional, proteção da saúde (atividades preventivas:

imunização, exames clínicos; e orientações sobre saúde) tabagismo, álcool e sexualidade. Esse estudo conclui que a prestação de serviços é oferecida de forma irregular e que a saúde dos idosos é pior entre pessoas que vivem em circunstâncias desfavoráveis, as pessoas com deficiência, os que moram em asilos e os de grupos étnicos minoritários (Hendry, Williams & Wilkinson, 2008). Duas conclusões importantes podem ser apontadas nesse estudo, a primeira, é a priorização dos hábitos saudáveis no que se refere à promoção em saúde e, a outra, a vinculação clara entre os condicionantes sociais e as condições de saúde dos idosos.

Na produção nacional, uma tese se diferencia dos demais textos ao abordar o trabalho com os determinantes sociais da saúde na ESF de um grande município. O texto apresenta a estreita vinculação da determinação social da saúde com a integralidade da atenção e a promoção da saúde, propondo para sua investigação uma pesquisa em duas etapas: uma de abordagem quantitativa seguida de outra qualitativa. Os resultados apontam dificuldades estruturais e institucionais no trabalho com os determinantes sociais, destacando a participação comunitária e a existência dos Agentes Comunitários de Saúde como facilitadores do processo. Conclui afirmando a necessidade de reformas sociais e vinculando a promoção da saúde com a intersetorialidade e a participação ativa da comunidade na gestão dos serviços (Dowbor, 2008).

A partir deste panorama, percebe-se a contraposição das perspectivas de promoção da saúde, evidenciadas nesta breve revisão de literatura, como resultante das diferentes compreensões do processo saúde-doença, implicando em diferentes práticas. Adota-se, como postura a possibilidade de “tomar essa pluralidade como dado significativo e prosseguir com ela” (Fernandez *et al.*, 2008. p.9) na busca da compreensão das práticas e estilos de pensamento de promoção da saúde que permeiam a Atenção Básica em uma cidade do interior de Santa Catarina. A seguir será abordado o Percurso Metodológico, que evidencia a trajetória de construção do presente trabalho.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo tem como objetivo apresentar as características metodológicas desta pesquisa e indicar o caminho percorrido. Em decorrência de a realização de uma pesquisa requerer uma constante avaliação da trajetória trilhada, num movimento de readequação da metodologia conforme os imprevistos que vão se perfilando ao longo do percurso, busca-se dividir com o leitor algumas mudanças de rumo e inquietações referentes à realização deste estudo que foi permeado de desafios.

4.1. Caracterização da Pesquisa

Esse estudo configura-se em uma pesquisa de campo, que coleta os dados na realidade social onde o fenômeno acontece, sendo delimitado como trajeto mais coerente para consecução de seus objetivos a utilização do enfoque qualitativo. Segundo Minayo (2000), essa abordagem localiza-se no universo de significações, crenças, aspirações, valores e atitudes, buscando um aprofundamento da realidade e percebendo seu objeto de estudo enquanto sujeitos em interação permanente com o pesquisador. Uma das características da pesquisa qualitativa é o de focalizar a atenção da análise em direção à qualidade dos dados coletados, na busca da apreensão da situação como um todo, inserindo o pesquisador como um editor que recorta e, ao mesmo tempo, busca apreender a dimensão multifacetada da realidade (Bauer, Gaskell & Allum, 2002; Biasoli-Alves, s/d).

Com base em seus objetivos, esta pesquisa apresenta-se como exploratória e descritiva, visto que, abarca a descrição das características de um dado fenômeno e o levantamento de atitudes, opiniões e crenças dos sujeitos envolvidos, apontando as relações entre as especificidades de uma determinada realidade com o intuito de propiciar maior esclarecimento sobre o assunto (Gil, 2002). Como os dados foram coletados em um determinado ponto no tempo, utilizando a realidade social como o local da coleta de dados e caracterizando a situação naquele momento, pode-se descrevê-la como uma pesquisa de campo e de corte transversal (Campos, 2008; Richardson, 1999).

4.2. Caracterização do Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado na Atenção Básica de uma cidade do interior do Estado de Santa Catarina com aproximadamente 150 mil

habitantes. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada nesse município no ano de 2001, existindo atualmente 38 equipes de Saúde da Família (SF). Mais de 114 mil pessoas estão cadastradas e recebendo algum tipo de serviço do ESF nesse município¹⁷. Foram selecionadas dentro deste universo duas UBSs do município, sendo que foi escolhida uma equipe em cada uma delas.

4.3. Participantes

Os participantes da pesquisa foram os componentes de duas equipes de SF de um Município do interior do Estado de Santa Catarina, que foram selecionadas por meio de amostra intencional. É válido ressaltar que todos os integrantes das equipes selecionadas concordaram em participar da pesquisa, configurando-se num total de dezenove participantes: doze agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, dois odontólogos, dois enfermeiros e um médico¹⁸.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: compor uma das equipes de SF selecionadas e concordar em participar da pesquisa. A especificidade da situação do município, que realizou recentemente um concurso público responsável pela renovação de cerca de 80% dos profissionais da área da saúde, tornou inviável a inclusão de critério que exigisse tempo mínimo de trabalho na Atenção Básica do município.

Vale ressaltar que se optou por considerar, dentre os trabalhadores entrevistados, a totalidade dos sujeitos da pesquisa, não os analisando por categorias profissionais e nem os diferenciando quanto à equipe que

¹⁷ Dados coletados no site da Secretária de Saúde do Município.

¹⁸ Uma das ACS da primeira equipe não participou do grupo focal, apenas da fase de observação, pois saiu de férias uma semana antes da realização do grupo. O técnico de enfermagem da segunda equipe não participou do grupo focal, pois, teve que se ausentar da UBS no dia marcado para a realização do mesmo, participando também só da fase de observação. Um terceiro odontólogo participou indiretamente da pesquisa ao prontificar-se em falar sobre as atividades que ele realiza na creche localizada em seu território, incluindo uma visita à referida creche, pois a odontóloga da segunda equipe pesquisada não tinha nenhuma escola e/ou creche em seu território. O interesse no trabalho desenvolvido nas escolas surgiu pela indicação, da primeira equipe, desta atividade como sendo uma das ações de promoção em saúde. No entanto, não foi possível realizar esta atividade com a odontóloga da primeira equipe, em decorrência da greve dos professores no momento da coleta de dados.

pertencem. Uma exceção a esta regra são os ACS, pois, em alguns momentos da análise dos dados fala-se especificamente deste profissional e apontam-se falas que identificam sua função, no entanto, pelo fato do número de ACS da pesquisa ser grande (doze), não se incorre no perigo de identificação dos sujeitos.

Por uma questão ética os participantes da pesquisa tiveram seus nomes preservados, sendo utilizadas para sua identificação as insígnias S₁, S₂, e assim por diante, sendo que a letra “S” tem a conotação de indicar o sujeito que vivencia a situação. A utilização do termo ‘sujeito’ alude ao ser humano enquanto sujeito de sua própria história, que não apenas é determinado socialmente, mas, que também constrói o social.

4.4. Coleta de Dados: Instrumentos e Procedimentos

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da UFSC, sob nº 1649 CEPESH, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de marcar uma conversa com a Coordenadora da Atenção Básica do Município, ocasião em que foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e se obteve a autorização para a realização deste estudo. Após a seleção das UBSs, que possuíam Equipes de Saúde da Família, a pesquisadora se dirigiu a cada uma das UBSs selecionadas e se apresentou aos respectivos coordenadores, com o intuito de esclarecer os objetivos da pesquisa e definir as equipes participantes.

O próximo passo foi agendar o horário para o contato inicial com as equipes, que ocorreu em uma das reuniões semanais, momento em que foram esclarecidos os propósitos do estudo e solicitada a permissão para acompanhá-los, inicialmente em suas atividades diárias. Foi realizado também o agendamento dos grupos focais, que aconteceram nas UBS em horário compatível com a disponibilidade das equipes, por volta de um mês, após o início da observação-participante.

Uma pesquisa deve buscar uma apreensão ampliada da realidade estudada, por este motivo foi utilizada a triangulação dos dados, que segundo Triviños (1990), busca uma ampla descrição, explicação e compreensão do fenômeno em questão, pois, é inviável conceber sua existência isolada, sem abarcar a macrorrealidade social. A triangulação permite que a coleta e a análise dos dados se retroalimentem, possibilitando a alteração de procedimentos em decorrência de situações inusitadas durante a execução da pesquisa. Assim, foram utilizadas a observação-participante, o grupo focal e a entrevista semiestruturada.

A observação-participante marcou o primeiro contato com os sujeitos da pesquisa e serviu como uma inserção suave do pesquisador

em seu cotidiano, assim como possibilitou aos participantes o conhecimento dos propósitos da pesquisa. Foi realizada na UBS, durante as diferentes atividades realizadas pela equipe e mais especificamente nas atividades que, segundo o discurso dos participantes, propiciam a promoção em saúde.

Essa técnica, realiza-se por meio do contato do observador com a realidade de interesse, enquanto parte desse contexto, realizando o registro das ações na medida em que ocorrem. Segundo Minayo (2000), essa forma de obtenção de dados pode ser considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, como forma complementar da captação da realidade empírica. Visa, dentre outros objetivos, realizar a descrição do local e suas circunstâncias, dos conflitos e atitudes dos envolvidos diante da realidade e da compreensão das ações dos sujeitos no contexto natural, fatores valiosos na elucidação dos aspectos da realidade (Chizzotti, 2006).

Segundo esse autor, a observação possibilita a elaboração de resumos descritivos da participação do pesquisador, e das circunstâncias dessa participação, buscando maior clareza sobre os dados coletados e a obtenção de maior fiabilidade, pertinência e qualidade. Foi utilizado também o diário de campo como um dos instrumentos da coleta de dados, que possibilitou o registro das situações vivenciadas e partilhadas com os sujeitos. Segundo Boïng, Crepaldi e More (2008), esse instrumento se caracteriza pela descrição das impressões do pesquisador sobre a realidade que está investigando, e os dados ali registrados enriquecem a análise por meio de melhor contextualização e integração dos dados coletados pelos outros instrumentos.

Esse momento inicial de observação foi muito rico, pois, além de propiciar uma intimidade que se revelou fundamental no debate em grupo, revelou uma dificuldade que permeava a fala dos sujeitos: a relação com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). A partir dessa constatação, e pela importância desse dispositivo¹⁹ interdisciplinar na ampliação do escopo das ações de promoção em saúde, optou-se pela inclusão de um item no roteiro do grupo focal e da entrevista, que investigasse a relação das equipes de referência com as equipes do NASF.

Os grupos focais aconteceram logo após o período de observação inicial em cada equipe, sendo que foram realizados duas sessões de

¹⁹ Um dispositivo é algo que dispara um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes (Brasil, 2009d).

grupo focal, uma com cada equipe envolvida. Essa técnica é muito utilizada na pesquisa social e, pode-se defini-la como um grupo de discussão informal, que tem por objetivo coletar informações sobre um tema específico a partir do diálogo e do debate entre os participantes. Permite a expressão de características psicossociais e culturais e sua característica principal é um processo de reflexão, expresso por meio da 'fala' dos sujeitos envolvidos, que produz dados qualitativos sem a preocupação com a formação de consensos (Cruz Neto, Moreira & Sucena, 2002). Como balizador da discussão dos grupos focais, foi utilizado um Roteiro de Debate (Apêndice B, p. 188) que norteou a ação desta pesquisadora e elencou os principais tópicos a serem levantados no grupo.

Existem algumas funções essenciais na realização dos grupos: mediador, relator, observador e operador de gravação. O mediador tem função-chave, visto que, ele é o responsável pelo desenvolvimento e motivação dos debates e o controle do tempo, favorecendo a integração dos participantes e a valorização da diversidade de opiniões. O relator tem como tarefa registrar a linguagem não verbal e as principais ideias contidas nas falas dos participantes, já o observador avalia o processo de condução do grupo, atentando para as dificuldades. Comumente, essas quatro funções são realizadas por duas pessoas, uma exerce a mediação e o outro se encarrega das tarefas do relator, observador e operador de gravação (Cruz Neto, Moreira & Sucena, 2002). Nesta pesquisa, as atividades com os grupos foram realizadas em uma sala da própria UBS pela pesquisadora/mediadora, com o auxílio de outro psicólogo que atuou como relator, observador e operador de gravação.

Pela proximidade com a equipe, os grupos aconteceram de maneira produtiva e descontraída e tiveram a duração de aproximadamente uma hora e meia para cada grupo. No entanto, após a avaliação do grupo realizado na primeira equipe pesquisada, que contou com a presença da gestora/enfermeira da equipe, optou-se pela realização do segundo grupo com apenas os profissionais sem cargo de gestão. Dessa forma, foi realizada uma entrevista semiestruturada com o gestor da segunda equipe pesquisada.

A entrevista é uma técnica de interlocução que envolve duas pessoas em uma situação 'face a face' e que inclui a interação entre entrevistado e entrevistador. Quando tem a finalidade de investigar pontos de interesse, sem cercear as possibilidades de interação entre seus participantes, é denominada de entrevista semiestruturada. A flexibilidade das entrevistas semiestruturadas permitem ao entrevistador realizar intervenções e perguntas que ampliem o campo de resposta do

entrevistado, possibilitando o aprofundamento do nível de informações e opiniões coletadas. Esse tipo de técnica requer um roteiro para balizar as ações do entrevistador e abarcar de forma abrangente as questões que se buscam investigar, sem, no entanto, seguir uma sequência rígida desses assuntos (Minayo, 2000). O Roteiro da Entrevista semiestruturada realizada com o gestor da segunda equipe constou dos mesmos itens do Roteiro de Debate utilizado para a realização dos grupos focais.

4.5. O processo de Análise dos Dados

Trabalhar com dados qualitativos implica em trazer para análise o objetivo e o subjetivo, os fatos e seus significados, a ordem e o conflito, evidenciando a viabilidade do rigor teórico e técnico dispensados nesse processo (Minayo, 2000). Desse modo, a análise dos dados coletados nesta pesquisa foi realizada com todo o rigor técnico necessário, sem, no entanto, abrir mão da intersubjetividade que caracteriza a pesquisa de abordagem qualitativa. Nesse percurso, são evidenciados os procedimentos da análise dos dados coletados, buscando a contextualização dos significados obtidos e colocando luz ao tratamento dispensado a esses dados.

Minayo (2000) afirma que existem três grandes obstáculos no caminho do pesquisador na análise dos dados: (1) o perigo da compreensão ingênua dos dados; (2) o deslumbramento do pesquisador pelos métodos e técnicas, esquecendo-se da fidedignidade das significações; e, (3) a dificuldade de imbricar teorias e conceitos abstratos aos dados coletados em campo. O enfrentamento desses obstáculos nesta pesquisa foi realizado por meio de uma determinada maneira de tratar os dados, denominada Análise de Conteúdo.

A Análise de Conteúdo deste estudo teve como referência norteadora a compreensão que Ruiz-Olabuénaga (1999), enquanto uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de vários tipos de documentos e textos, concebendo todo texto como uma construção social e política. Essa forma de tratamento dos dados implica em extrair inferências do texto e seu contexto, ou seja, das condições dos sujeitos e seu entorno social, cultural e ideológico, configurando a inferência como elemento central. Trabalhar nessa perspectiva envolve a leitura da mensagem explícita e intencional de seu locutor e dos aspectos latentes que permeiam os dados coletados, explicitando os meandros imbricados nas entrelinhas do que aparece como figura.

A análise teve início após a realização da coleta de dados, a partir da transcrição dos grupos focais e da entrevista, que juntamente com os diários de campo, foram salvos em um *software* denominado *ATLAS TI 5.0 (Qualitative Research and Solutions)*, utilizado para auxiliar na organização dos dados. Cabe ressaltar, que a análise de dados foi realizada a partir desses cinco documentos concomitantemente, a saber: transcrição dos dois grupos focais e da entrevista juntamente com os dois diários de campo. Logo após a inserção dos textos no *software* foram realizadas várias leituras do material e destacadas unidades de significados, que estavam vinculadas a códigos. Na coluna à direita da Figura 1 (p. 65), aparecem as codificações iniciais que mais tarde delimitarão as categorias.

A análise dos dados foi ganhando forma à medida que foram analisadas os códigos (coluna da direita na Figura 1), posto não haver nenhum esquema de categoria previamente construído. A leitura flutuante e releituras exaustivas de todo o material e dos códigos formaram 21 categorias prévias, por meio do agrupamento dos elementos destacados do *corpus* de análise²⁰. Essas categorias prévias foram submetidas à nova análise, tendo como foco os princípios da significância em relação à questão abordada, da exaustividade e da exclusão, chegando-se a um total de 12 categorias. Essa última reorganização das categorias foi realizada em um documento fora do *ATLAS TI 5.0*, com a finalidade de ter mais liberdade no manejo das mesmas.

A visualização das relações evidenciados no próprio *corpus* (por meio dos discursos dos sujeitos) e da literatura consultada, que foi objetivada pelo *Software* (Figura 2, p. 65), propiciou o agrupamento das diversas categorias em três núcleos temáticos.

²⁰ Conjunto de textos analisados: transcrição dos grupos focais e da entrevista e os diários de campo.

Cabe evidenciar algumas dificuldades que permearam esta análise de dados. A primeira, e que se apresentou logo no início do processo de organização dos dados foi: “Como ‘separar’ em categorias algo que é intimamente imbricado?” “Como fragmentar o todo em partes?” Principalmente levando-se em consideração o fato desta dissertação versar sobre uma visão ampliada de saúde, abarcando em seus percalços um olhar crítico sobre a perspectiva biomédica que separa em especialidades o todo, que fragmenta o sujeito em partes de um corpo. Sob este olhar, mostrava-se contraditório fragmentar o conhecimento produzido.

Para além dessa reflexão, evidenciou-se também a necessidade de colocar em destaque algumas nuances que passariam despercebidas sob um olhar geral e amplo, além do perigo de “andar em círculos” sem chegar a “lugar algum”. Essa percepção impôs a necessidade didática de ‘organizar’ as informações e apresentá-las de forma a explicitar um “fio condutor”, o que fatalmente acaba por apresentá-las em segmentos. No entanto cabe ressaltar que as análises aqui apresentadas estão intimamente relacionadas e reafirmar a indissociabilidade dos núcleos temáticos e categorias na conformação de uma análise mais ampla, condição *sine qua non* para a coerência exigida neste estudo.

Uma característica que foi se delineando na coleta de dados, e que no início da organização dos mesmos, configurou-se em um paradoxo a ser enfrentado, foram as diferenças entre as duas equipes. As formas de gestão e organização interna e o nível de sofrimento entre os integrantes dos dois grupos, constituem-se em muitos momentos em polos opostos, dessa forma, a questão que se apresentou resume-se em: “Como abordar essas diferenças sem ser superficial e sem desviar da questão central do estudo?” A reflexão levou a certeza que seria inviável entrar nessa diferenciação. Dessa forma, optou-se por colocar em foco os dados que mais se destacaram, sem diferenciação da equipe em questão.

Por fim, um último obstáculo, delineou-se durante a análise: “Como realizar o recorte de um tema com tal complexidade?” ou “Como excluir dados que poderiam ser úteis a outros estudiosos às voltas com suas pesquisas?” A opção encontrada foi focalizar a atenção ao tema central e realçar suas implicações em cada núcleo temático, deixando de fora o material que não era central ao assunto.

4.6. Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, aprovado sob nº 1649, estando adequado às normas reguladoras deste comitê, sem incorrer em risco ou prejuízos para os participantes. Foram respeitados os princípios éticos a pesquisas desta natureza, garantindo o livre arbítrio quanto à decisão de participar ou não da pesquisa e o anonimato das verbalizações. Somente após a aprovação no referido comitê, a pesquisadora iniciou a coleta de dados, dando sequência aos procedimentos necessários para sua realização.

Como requisito obrigatório e fundamental dos procedimentos éticos foi realizada a leitura, discussão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C, p. 189), no qual os participantes declaram a participação voluntária, sendo esclarecido ainda, antes da realização dos grupos focais e da entrevista, a necessidade do uso de gravador de áudio e a reafirmação do anonimato das verbalizações.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS: PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA – UM MOVIMENTO INSTITUINTE?

A compreensão de qualquer fenômeno implica na sua observação e de seu imbricamento com o entorno que lhe dá sustentação. Nesse sentido, buscou-se para este estudo, inicialmente, a compreensão da promoção de saúde a partir da apreciação da organização e das condições de trabalho que embasam tais práticas. A análise central só foi realizada quando as características de seu contexto estavam suficientemente claras para propiciar um entendimento mais acurado das consequências deste sobre o panorama da promoção de saúde nas equipes pesquisadas.

A partir da coleta e análise dos dados foram delimitadas 12 Categorias que formaram três Núcleos Temáticos. Esses núcleos, referem-se a questões abrangentes da realidade pesquisada e juntos evidenciam um panorama ampliado. São eles: **Organização do Trabalho; Condições de Trabalho e Promoção de Saúde na Atenção Básica**. Cada núcleo traz em seu bojo categorias que representam os dados mais significativos que emergiram da análise.

Optou-se pela apresentação e discussão dos resultados concomitante, com o objetivo de facilitar a leitura e a compreensão do texto e de buscar uma forma integrada de construir o conhecimento propiciado pela interlocução destas duas instâncias. A seguir serão apresentados os três núcleos e suas respectivas categorias, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Núcleos temáticos e categorias decorrentes da análise preliminar de dados

Núcleos Temáticos	Categorias
5.1 Organização do Trabalho	5.1.1 Processos de trabalho 5.1.2 Importância do vínculo 5.1.3 Importância e dissonâncias da função do Agente Comunitário de Saúde 5.1.4 Dificuldade de comunicação 5.1.5 Relação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
5.2 Condições de Trabalho	5.2.1 Financiamento insufi-

	ciente e falta de estrutura
	5.2.2 Falta de motivação e de reconhecimento
	5.2.3 Sofrimento no trabalho e sua medicalização
5.3 Promoção de Saúde na Atenção Básica	5.3.1 Ações em promoção de saúde
	5.3.2 Diferentes estilos de pensamento em promoção de saúde
	5.3.3 Educação em saúde e relação usuários/ profissionais de saúde
	5.3.4 Fatores limitadores da promoção de saúde

5.1 Organização do Trabalho

A seguir, são apresentados resultados relativos ao núcleo temático que aborda a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família (SF), como se observa na Tabela 2.

Tabela 2. Núcleo temático Organização do Trabalho e suas categorias

Núcleos Temáticos	Categorias
5.1 Organização do Trabalho	5.1.1 Processos de trabalho
	5.1.2 Importância do vínculo
	5.1.3 Importância e dissonâncias da função do Agente Comunitário de Saúde
	5.1.4 Dificuldade de comunicação
	5.1.5 Relação com o NASF

Este Núcleo Temático aborda a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) em seus aspectos mais relevantes para a promoção de saúde. Esclarece e dá suporte aos outros dois Núcleos Temáticos, a saber, Condições de Trabalho e Promoção de Saúde, na Atenção Básica.

As formas de organização do trabalho estão diretamente vinculadas às facilidades ou obstáculos na realização de determinadas

ações, dentre elas, as de promoção de saúde, configurando-se na importância deste Núcleo Temático para o estudo. Serão abordadas neste núcleo as seguintes categorias: (1) processos de trabalho; (2) importância do vínculo; (3) importância e dissonâncias da função dos Agentes Comunitários de Saúde; (4) dificuldades de comunicação; e, (5) relação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A categoria “Processos de Trabalho” aborda os aspectos da rotina das equipes de SF, as práticas desenvolvidas, a articulação entre os saberes e a rotatividade de profissionais, trazendo as especificidades, dificuldades e aspectos facilitadores do trabalho realizado em equipe nas UBSs pesquisadas.

Na categoria “Importância do Vínculo”, os aspectos em questão são a proximidade entre profissionais/usuários, as relações horizontais, o acolhimento-diálogo e as visitas domiciliares.

Diretamente ligada à categoria anterior, a “Importância e Dissonâncias da Função do Agente Comunitário de Saúde” evidencia este profissional imerso nas tecnologias leves, tendo como função ser o elo entre equipe e comunidade. Aborda também a invisibilidade de seu trabalho diário, as hierarquias de poder a que estão submetidos, as contradições que permeiam seu cotidiano e a necessidade de maior formação.

A categoria “Dificuldades de Comunicação” problematiza os obstáculos que permeiam o acesso e circulação das informações nas UBSs e a distribuição desigual de poder, evidenciando que as dificuldades de acesso a informação mostram-se mais acentuada entre os ACS.

Já a categoria “Relações com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família” realça as dificuldades enfrentadas pelas equipes de referência na implantação do apoio matricial das equipes do NASF. Traz à luz, o alheamento da equipe de referência quanto à organização do apoio matricial, o obstáculo estrutural a essa organização e a dificuldade de definição coletiva do reordenamento das práticas cotidianas.

5.1.1 Processos de trabalho

Esta categoria abarca o trabalho diário, as formas de organizá-lo a partir das demandas vivenciadas no cotidiano e os aspectos dessa organização que mais se destacaram. Versa sobre as especificidades, dificuldades e aspectos facilitadores do trabalho realizado em equipe nas UBSs pesquisadas e aborda os aspectos da rotina, as atividades realizadas, as práticas desenvolvidas, a articulação entre os saberes e a

rotatividade de profissionais. Está contido aqui o movimento singular de funcionamento das equipes, tendo em vista o foco central da pesquisa, sem pretender abarcar a complexidade dos processos de trabalho destas equipes em sua totalidade.

A rotina de trabalho vivenciada nestes serviços é constituída pelo elemento surpresa, os profissionais afirmam que a rotina não existe, que cada dia as situações apresentadas são diferenciadas, exigindo novas posturas e novas atitudes. Pode-se perceber pelas falas a seguir que o dia a dia é um desafio diário e se caracteriza pela ausência de rotina.

[S2] *“Na verdade uma rotina mesmo você não tem. Porque aqui, a cada dia que a gente vem é um problema diferente, uma pessoa diferente que vem falar com você. Então rotina...²¹ rotina na verdade tem de a gente vir, estar aqui todo dia, mas cada dia é um problema, uma coisa pra resolver.”*

[S13] *“Nosso trabalho é bem diferente, nós não temos assim tudo organizadinho, certinho, nós não sabemos o que vamos encontrar naquele dia, naquela família. A rotina não existe.”*

Esses discursos remetem a necessidade de estar aberto para as demandas da população e para a escuta subjetiva de sua situação de vida. Ceccim e Feuerwerker (2004) reafirmam a importância da escuta da vida cotidiana e concreta daqueles que procuram os serviços de saúde, indicando as práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população como um potente eixo integrador.

A fala de S2 e S13 evidenciam os aspectos surpresa que permeiam a rotina das equipes de SF, que a cada dia traz um aspecto diferente a ser trabalho nas UBS. Nesse sentido, O'Dwyer, Tavares e De Seta (2007) ressaltam a necessidade destas equipes estarem preparadas para uma apreensão ampliada das necessidades dos sujeitos de maneira contextualizada, situação que implica a habilidade de reconhecer a adequação da oferta do cuidado no encontro entre a equipe e o usuário. Essa apreensão ampliada das necessidades é apontada por Mattos (2006) como a própria caracterização da integralidade, como uma prática de

²¹ Os três pontos indicam uma frase interrompida pelo entrevistado.

negação ao reducionismo. E esse é o desafio diário de cada equipe e cada trabalhador na área da saúde.

Acolher o usuário é levar em conta que o paciente talvez precise ser atendido na hora e fazer o possível para resolver o problema dele. A atenção à demanda espontânea na Atenção Básica tem um papel central na integralidade do cuidado e no vínculo com a equipe de saúde. É responsabilidade das equipes de SF garantir a resolução da maior parte dos problemas de saúde da população e essa tarefa, apresenta-se de forma complexa, com vários obstáculos (Telessaúde, 2011). A fala destes profissionais remete para esta complexidade do trabalho, da dificuldade de prover as ações necessárias às diferentes demandas encontradas no cotidiano.

Dejours (2006) afirma que saber lidar com o inusitado, o imprevisto, aquilo que não foi rotinizado é uma característica de inteligência eficiente e esta inteligência aliada a características afetivas constitui o que costuma se designar por ‘zelo’ no trabalho. Portanto, é a mobilização da subjetividade do trabalhador que é necessária para o enfrentamento deste desafio, é também o aspecto afetivo de cada sujeito que é mobilizado no trabalho inusitado vivenciado a cada dia.

Os profissionais falam dessas dificuldades de superar a construção cotidiana de uma estratégia (ESF), que coloca os profissionais diante do novo a cada encontro. Trazem a dificuldade inicial dos serviços de situações onde eles, profissionais de saúde, encontram-se, muitas vezes, sem saber como resolver o problema.

[S2] *“Às vezes... muitas vezes... a gente fica sem saber o que fazer diante do problema, porque você... não tem como!”*

[S9] *“E tem alguns casos que a gente não sabe o que fazer.”*

Os discursos remetem para os desafios presentes no cotidiano do SUS, uma proposta de renovação na saúde, que tem que lidar com inúmeras dificuldades.

Machado e colaboradores (2007) atestam que os processos de trabalho têm importância crucial para a organização da assistência em saúde, pois, quando estes processos concretizam ações voltadas para a produção do cuidado, estabelecem novas relações entre trabalhadores/usuários na busca de um devir para os serviços, calcado em suas especificidades. No entanto, esse processo está atrelado a

inúmeras incertezas diante das situações que se apresentam, e tais incertezas são evidenciadas pelas falas de S2 e S9.

A realidade permeada de incertezas pode ser um catalisador de processos instituintes do coletivo organizado, enquanto um grupo de pessoas interligadas por uma tarefa a ser realizada (cuidado em saúde). Esse coletivo, que se caracteriza pela produção de encontros, de intercâmbio de provocações, de alteridade (Ceccim, 2010), pode enveredar por caminhos inusitados, por meio da construção de momentos de reflexão entre seus pares, abrindo possibilidades fora do trabalho prescrito. Dejours (2004) afirma que trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real, é ir além. As equipes estudadas realizam trocas, buscando uma interação maior nas intervenções, fora dos espaços das reuniões de equipe. As reuniões são utilizadas para preencher relatórios, trocar informações, dar informes e tentar elaborar conflitos, raramente inclui a discussão de casos. Essa situação fica explícita nas falas a seguir:

[Pesquisadora] *E o espaço de reunião, é um espaço também pra discutir os casos difíceis?*

[S16] *“No momento não! Raramente é discutido algum caso específico! Isso acontece mais de maneira informal.”*

[S13] *“Tem um caso lá, que precisa da (cita o nome)²², eu vou e resolvo com ela, nem passa por gestor.”*

[Pesquisadora] *Tem essa abertura entre vocês?*

[S13] *“Isso tem que ter, porque se não tiver essa abertura eu não posso fazer o meu trabalho.”*

S13 e S16 apontam que as trocas em relação aos casos são partilhadas de maneira informal e quase sempre em dupla, não sendo abordada nas reuniões de equipe.

A reunião de equipe é indicada em documentos oficiais como um momento propício para discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações e valorização

²² Palavras proferidas, mas que foram omitidas para evitar a identificação dos sujeitos.

das reflexões e trocas. Na reunião, pode-se também fazer o fechamento dos relatórios e utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a serem compartilhadas com a comunidade (Brasil, 2009d).

Nas equipes pesquisadas, as discussões de casos e a elaboração de projetos terapêuticos não são contempladas nas reuniões, no entanto, isso não significa que elas não ocorram de modo algum. As falas indicam que essa tarefa fica para as situações informais, cotidianas e de acordo com as necessidades vivenciadas, esse foi o caminho alternativo encontrado para as trocas entre os profissionais, na busca da interdisciplinaridade como apontam as falas de S4 e S11:

[S4] *“É no dia a dia, conforme vão acontecendo as dificuldades que nós passamos para a (cita o nome da coordenadora). Até na reunião é pouco feito isso! É feito mais individualmente!”*

[S11] *“Aí vamos avaliar o contexto, nós temos aqui as agentes que estão em contato com essa família, [...] eu cheguei há pouco tempo, não conhecia esse paciente, conversei com a agente. Como é a família: os pais se separaram, é criada pelos avós... o avô [...] era ansioso, [a criança] disse que tem medo do avô. Mas assim a conclusão: o problema não é só com o fonoaudiólogo ... conversando com a psicóloga a gente optou pelo atendimento da psicóloga e então do fonoaudiólogo, de primeira instância. Então assim, é uma abordagem que vem desde a agente de saúde, triagem de consulta, atendimento a nível de consultório, encaminhamento setor secundário!”*

O primeiro profissional refere a necessidade de levar para o gestor as dificuldades, o que pode indicar um funcionamento grupal mais hierarquizado e burocrático. Pode-se levantar como hipótese uma gestão mais centralizadora que estimula a concentração de poder, ou ainda a confiança que o profissional deposita no gestor, que além de coordenar a equipe é também outro profissional de saúde. Como a forma

de gestão não se configura em tema privilegiado de análise, o que se pretende evidenciar é que essa situação é recorrente nas equipes pesquisadas, ficando sua análise para futuros estudos.

Já na fala de S11 é evidenciada a necessidade de pensar cada caso com a articulação entre os saberes, ou seja, com o auxílio de outros profissionais e da elaboração de um plano terapêutico em conjunto. Aqui, o que se privilegia é a relação entre os diferentes trabalhadores. Quando fixamos os espaços disciplinares como territórios fixos, de forma que os profissionais não conversam e não trocam experiências, podemos dificultar a construção de novos arranjos institucionais em saúde que se constituam em coletivos-rede. Cada equipe se constrói na dimensão concreta das práticas, no que acontece no dia a dia dos estabelecimentos de saúde e que pode se desdobrar numa construção em rede (Brasil, 2009e), e no caso destes profissionais, existe a aproximação entre os pares e a decisão sobre o caso é tomada, em muitas situações, de maneira interativa entre os profissionais.

Cutolo e Madeira (2010) afirmam que em muitas equipes os profissionais reconhecem que sua área específica não dá conta de resolver todos os casos e, articulam-se entre si em busca de sanar dúvidas ou compartilhar a situação-problema. Essa corresponsabilização é uma das alternativas para a efetivação da integralidade no cuidado, e é essencial para o trabalho interdisciplinar.

Mas essa articulação de saberes destas equipes pesquisadas tem um limite, ela envolve dois, ou no máximo três profissionais de cada vez e os problemas isolados são percebidos com um fim em si mesmo, como evidenciam as falas a seguir.

[S16] *“Mesmo porque a reunião é só uma vez por semana e alguns casos precisam ser resolvidos na hora. Várias vezes aconteceu: eu tenho um problema que eu não posso resolver, que eu preciso de um médico, eu vou lá e converso direto com ele! Tem algum problema com algum paciente, eu vou e pergunto pra agente, o agente tem algum problema passa pra nós, então acho que essa conversa em vez de ser uma reunião formal, até mais... cada um procura cada um pra resolver, até pra ficar mais claro. Cada um conversa quando é necessário, quando precisa!”*

[S13] *“Acho que não há necessidade mesmo, a gente sentar e discutir o caso dela (aponta para uma colega), que eu nem conheço!”*

As falas de S16 e S13 evidenciaram que a troca entre pares restringe uma discussão mais aprofundada sobre os casos e inibe a problematização de mais de um caso em conjunto. As trocas acontecem em duplas ou em trios, e a discussão de casos do ‘outro’ são percebidos como desnecessários, principalmente, tendo em vista a sobrecarga de trabalho que será abordada adiante. Apesar de indicar a ampliação do diálogo entre os saberes disciplinares, esta postura leva a uma prática centralizada na produção de atos e à desarticulação entre as inúmeras queixas recebidas (Machado *et al.*, 2007), dificultando a discussão ampliada sobre as necessidades em saúde do território, que se repetem nos vários casos e que seriam visualizadas na discussão de um número maior de casos entre toda a equipe.

Apesar do diálogo existente, o que evidencia uma preocupação em aproximar os saberes de cada profissional, percebe-se uma prática compartimentalizada, na qual o usuário quase sempre é atendido por diversos profissionais em momentos estanques, situação que implica uma ausência de discussão sobre atividades que levem em conta as demandas específicas do território de maneira ampliada, e que é exemplificada nas falas a seguir:

[S15] *“Primeiro passa pela enfermagem, depois passa pela medicina e depois tem acompanhamento do ACS todo mês na casa...”*

[S10] *“Acho que [...] o trabalho que o agente comunitário faz na casa, como o trabalho que o médico faz aqui, o dentista faz, [...] a enfermagem [...], tem um foco parecido.”*

Encontra-se nessas considerações, a constatação de um atendimento que ainda prioriza a atuação de forma isolada e fragmentada, na qual o usuário passa por vários profissionais: pelo enfermeiro, médico, ACS, etc.

Cutolo e Madeira (2010) chamam a atenção para o fato de que é característico ainda na ESF o atendimento compartimentalizado, pelo

qual cada um realiza a parte que lhe compete sem atentar para a complexidade das necessidades do território e do processo saúde/doença, o que acaba gerando apenas atividades de cunho curativo e descontinuidade das ações. As equipes, de maneira geral, não realizam um planejamento coletivo que leve em consideração as necessidades da população na área de abrangência e adapte as atividades a esta especificidade. Esses autores apontam para a limitação dessa postura, que remete a multidisciplinaridade e não para a interdisciplinaridade.

Percebe-se que apesar dos profissionais pesquisados, em muitos casos, buscarem trocar informações entre si, no sentido de ampliar a visão nas intervenções, o quadro que se apresenta não se configura em espaços realmente interdisciplinares. A dificuldade de criação desses espaços permeia os serviços de saúde, dificultando a ampliação da perspectiva do trabalho. Cutolo e Madeira (2010) evidenciam na análise de documentos oficiais técnicos referentes à ESF, nos quais se observa ressaltada a importância da interdisciplinaridade, mas, apesar disso, esses textos não trazem formas práticas de operacionalização e concluem que a inexistência de instrumentalização para práticas interdisciplinares dificulta sua vivência entre os profissionais.

Outro ponto de destaque na organização de uma das equipes foi a preparação e execução de grupos realizados na UBS com o objetivo de ampliar a participação comunitária. Esses grupos são realizados pelos profissionais da equipe de SF e pelo NASF e estão voltados para o atendimento de gestantes, puericultura, hipertensos e diabéticos. O destino dessas ações aponta para uma priorização que acontece (nas duas equipes) de determinadas populações-alvo, com a intenção de prevenir agravos. A fala a seguir evidencia esta priorização.

[S10] *“Tanto aqui na unidade quanto na visita, existe um pouco mais de foco. Mas o foco da visita é mais relacionado à recuperação, mas aqui no nosso atendimento a gente tenta focar mais... por exemplo: gestantes, puericultura, hipertenso e o idoso, que eu acho que esses são os grupos da população que estão... como é que eu vou te dizer... tão com o maior risco de doença. A gestante, por exemplo, o acompanhamento de gestantes pode evitar um agravo importante, da puericultura você pode evitar várias complicações com o acompanhamento*

deles, o hipertenso o acompanhamento pode evitar, por exemplo uma evolução para um AVC. São grupos específicos que você, tendo uma atuação básica consegue evitar problemas.”

A fala anterior afirma que nesse momento, o trabalho na UBS tem como prioridade o atendimento de grupos vulneráveis a agravos, focalizando a ação na prevenção de doenças. Nesse sentido, documentos oficiais apontam o atendimento prioritário aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de condição de vida ou algum agravo, sugerindo a existência de programas estruturados para estas populações como uma das estratégias a serem adotadas pela equipe de atenção básica para favorecer a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade (Brasil, 2009d).

Tendo em vista que a ESF tem como um de seus pressupostos a priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, e pactuações entre o Departamento de Atenção Básica e as Secretarias Estaduais de Saúde, estabelecem metas a serem seguidas, por exemplo, referentes à redução de mortalidade infantil (Brasil, 1997; Brasil, 2009f). Sob este ângulo de observação, as ações das equipes estão em conformidade com as designações oficiais.

Apesar da tentativa de ampliar a participação comunitária ser de fundamental importância e a obrigatoriedade de se adequar às metas impostas pelas Secretarias, sejam aspectos do cotidiano do trabalho destes profissionais, é indispensável certo cuidado para não priorizar algumas necessidades em detrimento de outras. Traveso-Yépez (2007) adverte que existem dilemas éticos em cena quando é necessário decidir entre iniciativas limitadas a grupos de risco ou a toda a população, apontando também a importância de definir limites, no sentido de respeitar a liberdade de ação dos sujeitos.

Ao restringimos as ações em saúde ao instituído, mesmo que este tenha sido pautado em necessidades prementes em determinado momento, corremos o risco de romper com a integralidade, pois, deixamos de responder às outras necessidades que escaparam nesse momento de estruturação do serviço (Mattos, 2006). Isso certamente, configura-se em uma das complexidades que envolvem a organização dos serviços.

Outra questão que dificulta a organização nas UBSs é a rotatividade de profissionais. As falas remetem para um reinício constante de entrosamento entre a equipe pela troca reiterada de

profissionais e dos próprios gestores das equipes. O vínculo entre os próprios profissionais da equipe e entre a equipe e os usuários fica prejudicada.

[S6] *“Acaba dificultando a organização do trabalho, porque cada um tem um sistema de trabalho... e aí muda a equipe toda... [...] quando tá pegando o ritmo com determinada pessoa, eles mudam. Só a área (fala número da área) já mudou quatro vezes, quatro mudanças de chefia em dois anos... aí é uma dificuldade... pra... cada um com sistemas diferentes, cada um com um pensamento diferente... querendo botar ordem do seu jeito... querendo fazer do seu jeito.. então acaba que a gente fica confuso..”*

[S3] *“Eles te mandam de lá e pra cá, então assim outra coisa, não consegue criar vínculo! Não consegue! Eu não garanto que se você vir daqui dois meses, se vai estar esta equipe aqui, [...] então na ora que tu consegues se entrosar, eles mandam um pra lá, mandam outro pra lá, começa tudo do zero de novo.”*

Em um dos grupos presenciados pela pesquisadora uma das gestantes fez a seguinte observação: *“Mas eu não sei nem quem é o meu médico, pois nas quatro consultas que eu fiz aqui no posto foram com médicos diferentes, pois troca o tempo todo...”*

Essas falas remetem para a troca constante dos profissionais da Atenção Básica e para um problema notório em nosso sistema de saúde, que dificulta a vinculação entre usuários e profissionais pela descontinuidade das relações e dos trabalhos desenvolvidos. Como afirma Cecilio (2006, p.119), o vínculo “significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível”, como estabelecer este tipo de relação com cada médico em uma consulta, como no caso da fala da gestante relatada anteriormente?

Além da consequência direta nas relações entre os sujeitos, outro aspecto importante é que as potencialidades de Políticas como o HumanizaSUS, pautadas em valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilização e solidariedade dos vínculos estabelecidos entre profissionais/usuários, são restringidas em decorrência desta rotatividade, diminuindo a potência indutora de transformação do ‘fazer saúde’ (Paim, 2009).

Além das dificuldades, a vinculação com os usuários e os obstáculos impostos aos processos de trabalho, a rotatividade de profissionais também dificulta a integralidade do atendimento, na medida em que o aprofundamento do diálogo entre os diferentes sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades em saúde coaduna na ampliação da apreensão dessas necessidades, contribuindo para um atendimento mais integral (Mattos, 2006). E para que isto ocorra é fundamental o entrosamento entre os sujeitos e o vínculo estabelecidos entre eles.

Como vimos até o presente momento, os processos de trabalho trazem em seu bojo muitas dificuldades e potencialidades, imprimindo um determinado ritmo ao cotidiano, ritmo este que é fundamental para a qualidade das práticas e influenciam na realização ou não de algumas atividades. A partir dessa constatação, uma das falas dos participantes chama atenção.

[S16] *“Então acho que assim, da nossa parte, da nossa equipe, pelo menos, o trabalho aqui dentro a gente consegue se organizar bem pra conseguir manter o básico. Pelo menos, o básico acho que a gente consegue fazer.”*

Se a equipe consegue fazer o básico uma pergunta se destaca: e promoção de saúde é básico? A partir desta reflexão, delimita-se a importância dessa categoria para as práticas de promoção em saúde no contexto da Atenção Básica.

5.1.2 Importância do Vínculo

O vínculo mostrou-se um tema recorrente durante a coleta de dados e remete à forma de realizar o trabalho na UBS, o que implica também em sua organização. Percebe-se no cotidiano esta proximidade

entre profissionais e usuários, onde um chama o outro pelo nome e o profissional sabe muitas vezes de toda a história de vida do usuário, o que sem dúvida alguma é fundamental para a qualidade do atendimento. Nessa categoria é abordada a importância do acolhimento-diálogo, das visitas domiciliares, das tecnologias relacionais e a influência desses aspectos para a promoção de saúde.

A horizontalidade das relações tem destaque nos discursos e remete para a fertilidade do vínculo nessas condições. Nesse sentido, há uma interação que inclui o afeto entre usuários e profissionais de saúde, configurando-se, muitas vezes, na maior motivação do trabalho.

[S18] *“As relações são mais horizontais na Estratégia de Saúde da Família, e facilita o vínculo com as pessoas.”*

[S6] *“Tem uma ou outra família que não recebe muito bem... mas outras te recebem tão bem, te tratam tão bem lá na casa, que a única motivação no fundo é aquilo ali.”*

[S3] *“O que mantém a gente são as pessoas. Tem muita gente boa! A gente se apega nas pessoas...”*

O pronunciamento de S18 evidencia uma forma peculiar de trabalho na ESF, onde as relações são mais horizontais e facilitadoras de vínculo. Já S6 e S3 trazem a importância do vínculo estabelecido com a população, afirmando que este vínculo é o motivador de seu trabalho.

Cecilio (2006), ao apresentar uma taxonomia das necessidades em saúde, coloca como um dos grandes conjuntos dessas necessidades, a criação de vínculos afetivos e efetivos entre os usuários e uma equipe e/ou um profissional, enquanto um encontro de subjetividades. O trabalho em saúde é sempre relacional, e deve ser acolhedor e produtor de vínculo com corresponsabilização. A integralidade pressupõe uma prática intersubjetiva, na qual os profissionais se relacionem com sujeitos e não com objetos, o que implica uma dimensão dialógica, onde a oferta de ações deve estar sintonizada ao contexto específico de cada encontro (Mattos, 2004).

O apoio social recebido pelos sujeitos nos relacionamentos onde existe reciprocidade fornece auxílio ao enfrentamento das situações estressantes e das adversidades e propicia benefícios à saúde, em contrapartida, o isolamento e a ruptura de vínculos sociais aumentam a

vulnerabilidade dos sujeitos. O apoio social são as relações de trocas e de envolvimento, onde a reciprocidade é elemento fundamental que gera efeitos positivos não apenas a quem provê este apoio, mas também para quem recebe (Lacerda & Valla, 2007). Verifica-se aqui essa situação, S6 e S3 trazem em suas falas que as relações com os usuários são o que motivam seu trabalho, o que mantêm seu vínculo fundamental com o cotidiano, ou seja, ao fornecer apoio aos usuários recebem motivação para realizar seu trabalho.

Durante a coleta de dados, foram observados momentos nos quais os profissionais da equipe assumiram a responsabilização do atendimento de usuários que não se encontravam mais em sua área de abrangência, e por uma questão circunstancial não poderiam ser atendidos pela sua equipe de referência. A utilização do acolhimento-diálogo imprime uma sensação de continuidade de atendimento na rede para o usuário e demonstra que vários profissionais estão cientes da importância do vínculo e do acolhimento para o trabalho nessa área. O depoimento a seguir demonstra a percepção dessa importância pelo profissional e relata uma situação em que pelo diálogo e o vínculo com o usuário, o profissional consegue identificar uma situação de agravo e evidencia que apesar das inúmeras tarefas a serem realizadas é necessário não descuidar do vínculo.

[S16] *“Enquanto profissionais que trabalham numa Unidade Básica de Saúde, a gente tem de se preocupar, em conseguir que faça um anticoncepcional, em conseguir que essa criança venha, que os pais tragam aqui pra fazer consulta, cuidar do idoso. Na verdade o que a gente precisa fazer é cuidar do vínculo que a gente consegue ter, até pelo fato... Um exemplo das crianças que vem uma vez por mês, nem que venha só pra pesar pro Bolsa Família, não interessa. Mas vem! Você já conhece, você já consegue conversar, e aí nisso que a gente pode mexer. [...] Eu consigo pegar paciente hipertenso que não sabe que é hipertenso e que toma o remédio da irmã quando vai na farmácia pra verificar a pressão, eu consigo convencer a vir marcar uma consulta, então assim, algumas coisas a gente consegue.”*

Teixeira (2007) salienta que o acolhimento-diálogo não é uma atividade particular, mas conteúdo necessário a toda atividade assistencial, como um protocolo geral de comunicação entre todos os elementos da rede, e que a rede technoassistencial é sinônima de rede de conversações. Dessa forma, o acolhimento é considerado um componente do processo de criação do vínculo. Por esse motivo, qualquer encontro trabalhador/usuário pode propiciar o surgimento e acolhimento de novas demandas, que eventualmente pode convidar o usuário a frequentar outros espaços, interconectando sujeitos. Este autor define o acolhimento como uma técnica de conversação ou de relação que mantém os espaços interconectados, propiciando a ampliação do trânsito do usuário pela rede.

A atenção integral implica em alteração nas relações entre os profissionais de saúde entre si e entre estes e os usuários, é o que destaca Ceccim e Feuerwerker (2004), ressaltando a importância da “escuta aos fluxos de vida na experiência concreta” (p. 1409) e da produção de afetos nos encontros para adequação de nossa capacidade clínica. A rede de saúde passa necessariamente pelas relações humanas e a construção de vínculos afetivos e a utilização de tecnologias relacionais possibilita a formação de redes de cuidado em saúde (Brasil, 2009e).

As visitas domiciliares aparecem na condição de destaque para alguns profissionais que a percebem como uma possibilidade de estreitar o vínculo. Nas visitas realizadas pela pesquisadora, juntamente com os profissionais da UBS, percebeu-se que estes eram bem recebidos pela comunidade na maioria das ocasiões e era comum a abordagem dos profissionais na rua, mesmo que fosse apenas para trocar algumas palavras, o que evidencia a proximidade estabelecida entre usuários e trabalhadores. As falas a seguir reafirmam esta importância das visitas domiciliares para a proximidade entre os profissionais da UBS e os usuários

[S9] *“A gente tem metas pra cumprir. [...] Eles [Secretaria de Saúde]²³ dizem que a média de uma visita é de 15 minutos, mas a gente não sabe quanto tempo vai demorar. Esse tempo é muito pouco para*

²³ Palavras dentro de colchetes indicam inclusões para facilitar a compreensão do leitor.

construir vínculo, fazer visita é mais do que pegar a assinatura.”

[S3] *“E eu acho que quanto tu vai na casa, parece que eles assimilam mais o que tu fala. Até por que tu tá indo na casa deles e eles se sentem importantes, eles querem dar o retorno pra você sabe. [...] Vê a gente na rua e para pra conversar. Tu cria um vínculo maior, eu acredito que seja isso.”*

A fala de S9 esclarece que as visitas podem demorar mais do que o previsto para cumprir as metas e protocolos, visto que, o vínculo para ser construído, demanda tempo e cuidados, ressaltando que o objetivo não é só ‘pegar a assinatura’ e S3 evidencia que as visitas aproximam o trabalhador de saúde e o usuário. Estes esclarecimentos nos remetem para a percepção da visita domiciliar como uma estratégia importante de aproximação com a comunidade, um momento que a equipe interage com a família e pode presenciar seus hábitos, escutar e buscar entender suas crenças, a forma como se relaciona com familiares e vizinhos e os laços de solidariedade que os une (Campos, 2005).

O atendimento domiciliar, ou visita, possibilita a entrada no espaço particular das pessoas e do contexto familiar, propicia maior entendimento sobre os modos de ‘andar’ da vida dessas pessoas e o estreitamento das relações, ao mesmo tempo em que amplia o diálogo entre profissionais e usuários, enfatizando as tecnologias leves (Brasil, 2009d).

Essas tecnologias relacionais (tecnologias leves) são, muitas vezes, relegadas em função da dureza do modelo biomédico ainda hegemônico (Franco & Merhy, 2010). No entanto, Gottardi e Silva (2006) atestam que é do vínculo que se estabelece com a família que depende grande parte do sucesso do trabalho na ESF. O estudo realizado por estes autores aponta que os ACS afirmam ser desmotivante realizar algumas ações, pois em decorrência das metas estabelecidas não sobra tempo para outras atividades, o que interfere negativamente no trabalho realizado.

As metas também são citadas pelos pesquisados desse estudo como um fator de interferência no desenvolvimento do trabalho cotidiano, principalmente no trabalho dos agentes de saúde, pois, este tipo de organização não leva em consideração o tempo necessário para a

construção do vínculo, e coloca ênfase no número de procedimentos a serem realizados.

Brigagão e Gonçalves (2009) afirmam que um dos paradoxos do ESF é a preconização de ações de promoção da saúde em uma organização de trabalho focada no número de indivíduos e de famílias atendidas. Tal constatação conduz necessariamente à reflexão sobre o quanto o modelo neoliberal de atenção à saúde ainda é dominante.

A criação de vínculos e o reconhecimento de seu produto como parte integrante do processo de trabalho é fundamental na área da saúde, porque visa à produção do cuidado. O vínculo, nesse sentido, configura-se em potente diferenciador do trabalho burocrático e do trabalho cuidador, cria referências seguras e propicia o fortalecimento dos usuários. Assim, no processo de produção de saúde, o vínculo favorece a participação da comunidade e contribui para a autonomia dos sujeitos (Franco, Santos & Salgado 2011; Franco & Merhy, 2010), constituindo-se em um dos caminhos para a promoção de saúde, conforme ilustra o depoimento de S10:

[S10] *“Não se faz promoção de saúde se não tiver vínculo.”*

O vínculo e o acolhimento propiciam um contato mais próximo do usuário, favorecendo ações de promoção de saúde, conforme ilustra a fala anterior. Essa afirmação remete a um profissional para o qual o vínculo com a comunidade é apontado como uma condição fundamental para realização de seu trabalho: o ACS. Segundo estes profissionais, os laços com a comunidade superam a simples relação profissional, citando a proximidade e a afetividade como característica principal. O exemplo a seguir indica a importância do vínculo para estes profissionais.

[S13] *“Minha nossa. Sabe o pessoal lá pra mim não são... eu não sou só a agente deles, são meus amigos! [...] Porque não dá pra você ser agente de família, ser agente de Saúde da Família, ser agente daquela família, sem ter vínculo. Não tem! Não existe isso. Sem vínculo, sem criar vínculo, não tem Agente de Saúde!”*

5.1.3 Importância e Dissonâncias da Função do Agente Comunitário de Saúde

Essa categoria traz a importância da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a organização do trabalho, pela proximidade com a comunidade e sua função de elo entre a equipe de saúde e os usuários. Enfatiza também o apoio emocional e escuta oferecida às pessoas, a invisibilidade de seu trabalho diário, as hierarquias de poder a que estão submetidos, as contradições que permeiam seu cotidiano e a necessidade de maior formação para estes profissionais.

O ACS possibilita a construção de espaços comuns orientados para uma prática democrática e participativa no trabalho em equipe em decorrência da função de mediador entre os profissionais de saúde do nível superior e técnico e a população adscrita (BRASIL, 2006a). Este recorte de sua função explicita a ampla tarefa da comunicação sob responsabilidade dele na relação entre comunidade e equipe de saúde. O fato de ser morador da comunidade não só permite uma proximidade cotidiana com os usuários, como também permite o acesso a uma grande quantidade de informações (Bezerra, 2009).

[S3] *“Facilita, eu sair com as agentes, elas me levam até a população entende, fica muito... facilita demais o trabalho pra mim. Parece que integra mais... e parece que as pessoas se sentem mais seguras...”*

[S8] *“É que elas já conhecem, a gente tá conhecendo, a gente conhece alguns, mas quando a gente vai junto com elas [ACSs], elas que já conhecem, facilita bastante.”*

Os depoimentos acima demonstram o que refere a literatura, ou seja, a função de mediador, de elo entre a equipe e a UBS do ACS, situação que facilita o trabalho da ESF pela proximidade que este ator tem com a comunidade.

Os agentes, pelo fato de serem residentes e conviverem com a comunidade, além das visitas regulares realizadas, mantém um vínculo maior com a população e fornecem apoio social e cuidado aos usuários. A disponibilidade de escuta possibilita dispensar a atenção necessária às demandas dos usuários, neste sentido o laço ou elo com a população está sedimentado no respeito e no diálogo (Valla, Guimarães & Lacerda, 2010). Outros estudos também apontam que esta familiaridade do ACS com a comunidade facilita o trabalho da equipe e possibilitam a construção de relações intercessoras entre comunidade e profissionais de

saúde, facilitando a comunicação e o fortalecimento dos vínculos (Araújo, Nascimento & Assis, 2010; Pupin & Cardoso, 2010).

[S11] *“Muitas vezes, esse tipo de evolução que ela se referiu é passado verbalmente, então eu me integro daquela situação já no caminho, por que a agente já conhece tudo que tem ali pra ser visto, e isso é importante pra mim, até por que eu tô chegando na Unidade e não conheço muito dos pacientes! [...] As Agentes de Saúde já conhecem todas as famílias [...] já se conhece por nome: dona fulana, já se imagina até onde está a dona fulana.”*

S11 evidencia em sua fala a função mediadora dos agentes, trazendo à tona a importância da familiaridade que este profissional tem com a comunidade para o trabalho da equipe. Essa proximidade com a população e repasse de informações importantes das famílias atendidas ficou clara também durante o período de observação. Em vários momentos, foi possível presenciar outros membros da família chamando o ACS para um lugar mais reservado e dando informações cruciais que o usuário atendido não havia relatado ou o ACS informando outros profissionais de saúde, antes de chegar à residência, que um vizinho tinha lhe avisado que o usuário que iríamos visitar estava abusando da medicação e se automedicando. Foram perenes as situações vivenciadas onde os ACSs propiciaram apoio emocional e escuta aos usuários, indicando a necessidade de os cuidadores estarem atentos para a própria saúde.

A atenção despendida sob a forma de cuidados, a familiaridade com os problemas, a identificação de fatores de adoecimento e a proposição de estratégias mais eficazes por parte destes profissionais, resultam em eficiência das ações e conquista da confiança da comunidade. Além disso, muitas vezes, a demanda social dos sujeitos não é de ordem física, mas simplesmente a necessidade de desabafar e falar de seus problemas, buscando compreensão e apoio, situação onde encontram no ACS alguém disposto a ouvi-lo (Valla, Guimarães & Lacerda, 2010; Pupin & Cardoso, 2010). Essa função de escuta dos ACS é revelada nos discursos a seguir, que evidenciam essa parte do trabalho que, muitas vezes, não é conhecida e reconhecida pelos outros trabalhadores. Explicitam também a sobrecarga exigida em seu trabalho diário.

[S9] *“Às vezes, a gente sai de uma visita e não tem condições de fazer outra, a gente está acabado... com dor no corpo até.”*

[S13] *“Nós, quando saímos daquela casa também saímos sobrecarregado, mas ninguém vê isso, ninguém sabe o que o Agente de Saúde faz na realidade, eu tô falando do agente mesmo, não daquele que só vai lá pegar a assinatura.”*

Uma das potencialidades do trabalho do ACS é que por meio da mediação de lógicas e saberes distintos aponta para a superação da dicotomia que marca a relação entre profissionais de saúde e população. Este profissional é um mediador entre o conhecimento científico e popular, entre as necessidades de saúde e outras demandas que permeiam a vida das pessoas, pois, ele se encontra mais próximo da comunidade do que do sistema de saúde (Bezerra, 2009; Gottardi & Silva, 2006; Stotz, David & Bornstein, 2009). Isso ficou claro nas visitas realizadas pela pesquisadora, quando em muitos momentos os ACSs validavam a crença no conhecimento popular citado pelos usuários, aliando-o ao conhecimento científico.

[S9] *“A gente tem que respeitar o conhecimento deles [usuários], o que eles acreditam, e tentar juntar com o nosso. [...] A gente se identifica mais com a população do que com as regras da Unidade... não sei se falta técnica...”*

A narrativa anterior aponta o reconhecimento dos conhecimentos populares e a identificação destes profissionais com a comunidade. É interessante ressaltar que um dos grandes trunfos dessa função, ou seja, essa identificação com a comunidade é percebida pela profissional como ‘falta de técnica’.

O conhecimento popular é visto por alguns profissionais como uma explicação “simplória”, no entanto, essa concepção se apresenta como um mosaico, onde os fragmentos de experiências e saberes diversos são usados como recursos para enfrentar os problemas, de acordo com a ocasião, as possibilidades existentes e o que se acredita ser melhor. Portanto, é necessário reconhecer que não se trata de um ‘vazio de saber’,

mas de uma forma diferente de saber, e que inclusive abarca o saber médico em muitas ocasiões. Essa compreensão nos ajuda a entender as ações de enfrentamento da população, sem julgamento de valor. Por esse motivo, a figura do ACS é tão importante, porque na equipe ele é o profissional com maior conhecimento empírico da área de atuação (Stotz, David & Bornstein, 2009).

No entanto, muitos profissionais não compreendem a dimensão da função dos Agentes de Saúde, colocando como sendo sua única tarefa ‘trazer’ as famílias ou informações para a UBS. Essa situação remete para o que pode ser identificado como uma invisibilidade do trabalho, citada também por S13 em sua última fala (página anterior): “*mas ninguém vê isso, ninguém sabe o que o Agente de Saúde faz na realidade.*”. Os exemplos seguintes também ilustram esse aspecto.

[S11] “*Cada profissional tem uma proposta [...] a proposta do agente de saúde, na Estratégia do Programa de Saúde é conhecer aquela família e trazer para a UBS.*”

[S13] “*Falam que a gente tem que levar informação, mas não é só isso... a gente dá apoio, faz as coisas que podem agilizar o serviço na Unidade, que pode diminuir as filas, a gente faz um monte de coisas. [...] A gente faz o que pode.*”

A fala de S11 revela certo desconhecimento da potencialidade da função do ACS quando afirma que a proposta é que este traga as famílias para UBS, e é seguida por S13 que apontam várias funções deste trabalhador, que, muitas vezes, não são reconhecidas pelos outros profissionais da UBS.

Freitas (2010) afirma que em muitas equipes o ACS identifica situações de risco e leva ao conhecimento dos outros profissionais para que sejam tomadas as providências necessárias. Nesse sentido, o papel mais atuante do ACS, o que valoriza os saberes e práticas desses profissionais e da comunidade ainda é condicionado pelo modelo biomédico, permanecendo como uma barreira à efetivação de um cuidado integral à saúde. A fala de S11 parece apontar nessa direção quando resume o trabalho do ACS apenas como a função de trazer as famílias para UBS.

É necessário ressaltar que nas atividades de serviço, ou seja, quando as tarefas realizadas são imateriais, existe uma tendência à invisibilidade maior do trabalho realizável, visto que, seu produto não é palpável (Dejours, 2004). O trabalho realizado pelos ACSs é um bom exemplo desse tipo de trabalho, pois, sua função não pode ser 'mensurada'. O apoio emocional, a escuta, a mediação, o diálogo são ações fundamentais para o acolhimento, o vínculo, a emancipação e a promoção de saúde, mas não podem ser quantificáveis. É necessário atentar para o fato de que os processos de trabalho podem se transformar em barreira quando se encontram fragmentados e verticalizados, dificultando a atuação em rede (Brasil, 2009e), o que nos remete para certa hierarquia no trabalho realizado, que delimita a posição de cada profissional, como ilustram as falas a seguir:

[S13] *“Na hora de nos defender não tem ninguém. Eu já ouvi gente dizer assim: em uma unidade, 1º é o médico..., não primeiro é a enfermeira... A enfermeira diz: primeiro é a enfermagem, depois é o médico, depois é o dentista, depois é o técnico e bem por último é vocês, se sobrar é pra vocês!”*

[S14] *“Nas reuniões [na Secretaria de Saúde] os ACS são tratados como se tudo estivesse ‘as mil maravilhas’, mas quando a gente vira as costas somos os piores do mundo, só valorizam médico e enfermeiro.”*

Os relatos acima revelam valorizações diferentes entre as funções, indicando a minimização da função do ACS, características assinaladas também por Freitas (2010) em seu estudo. Essa autora afirma que o trabalho em equipe não acontece apenas pela convivência, mas pela integração e valorização dos distintos saberes e práticas. Contudo, as relações de poder permeiam as equipes e algumas profissões foram adquirindo poder ao longo da história. Delimita-se, dessa forma, uma estrutura de poder que se reproduz na divisão técnica e social do trabalho, ficando estabelecido por entre linhas, que quem "sabe mais" manda mais, e os outros obedecem. Desse modo, estabelece-se uma estrutura hierárquica nas relações das equipes. No entanto, é necessário questionar as relações entre saber e poder, até por

que é necessário clarificar que tipo de saber está em questão: o científico ou o popular.

Os Agentes Comunitários atestam a necessidade de maior formação para exercer seu ofício. Essa é uma fala que permeia o discurso destes profissionais. O exemplo a seguir aponta essa necessidade de formação mais consistente para os Agentes Comunitários.

[S15] *“O que falta pra nós é uma formação, por que a gente fez o concurso, passou e simplesmente jogaram-nos aqui sem saber nem o básico. Então, depois teve um ‘curso’, entre aspas, foi explicado por cima. Então o que a gente sabe é o que a gente corre atrás, busca informação, procura se informar. Mas o auxiliar de enfermagem, o dentista, enfim, os profissionais têm um curso para saber fazer o seu trabalho, a gente não.”*

No processo de consolidação do SUS emerge um enorme leque de funções e especialidades, e muitos profissionais foram, e continuam sendo, inseridos nos serviços sem qualificação profissional. Torna-se necessário, portanto, ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, na exigência de novos saberes, novas habilidades e, principalmente, novas atitudes e compromissos (Brasil, 2011). Estudos apontam limitações na formação dos ACS no que se refere a saberes sistematizados, que priorizem os aspectos mais políticos e sociais e que utilizem metodologias problematizadoras, atestando que na ausência de formação específica para sua atuação este ator social é colocado num papel de vulnerabilidade com relação ao seu processo de trabalho (Brigagão & Gonçalves, 2009; Katsurayama, 2011).

Vários estudos apontam a necessidade e o desejo de maior formação por parte destes profissionais, afirmando a fragilidade de sua formação (Bezerra, 2009; Brigagão & Gonçalves, 2009; Gottardi & Silva, 2006; Katsurayama, 2011; Lino *et al.*, 2011; Ronzani & Silva, 2008). No entanto, Freitas (2010) ressalta que o desejo de uma formação está também vinculado a uma adequação ao contexto onde estão inseridos, com predomínio do saber biomédico. Essa autora afirma que a expressão desse desejo pode ser identificada quando os ACS declaram sua necessidade de conhecimento técnico especializado para desempenhar suas atividades com autonomia, corroborando com a ideia

de quem domina o saber biomédico, é integrante da equipe e participa das decisões. A fala a seguir ilustra esse sentido.

[S13] *“Agente de Saúde teria que ter uma formação maior, porque o Agente de Saúde quando foi colocado, [...] parece que foi uma coisa assim meio que desacreditada, dá essa impressão. Até por que eles pediram a escolaridade? Não! Nada contra, mas eu acho que tinha que ter um [curso] técnico, pra você ter uma visão maior. Sabe por quê? Eu acho que os Agentes de Saúde não são valorizados, nós nos sentimos..., eu me sinto, e acredito que, como conheço não só na nossa área aqui, mas de todas as Agentes de Saúde... Ah pô! Já fazem doze anos que existe o programa ... onze anos não é? Eu penso assim poxa vida, nós não somos..., eu vejo que nós não somos vistos!”*

Esse discurso vincula a necessidade de formação com um maior reconhecimento da categoria, corroborando com a afirmação de que esse pedido está relacionado à tentativa de obter maior reconhecimento como ‘especialista’. Não se trata de negar a necessidade e a legitimidade do pedido destes profissionais na busca de uma formação mais qualificada, apenas de buscar uma análise que abarque outros aspectos, inclusive as entrelinhas de tal solicitação, apontando a necessidade de problematizar inclusive o tipo de formação que se requer. Até porque, a própria existência da função do Agente Comunitário, configura-se na negação do modelo biomédico hegemônico e a afirmação da saúde enquanto construção social.

As funções do Agente Comunitário transcendem o campo tradicional da saúde, pois, para serem realizadas requerem atenção aos aspectos das condições de vida da população. Um dos eixos estruturadores da prática deste profissional é desenvolver ações de promoção de saúde, fomentando a participação comunitária e visando a melhoria de vida da população (Brasil, 2004). Apesar disso, Brigagão e Gonçalves (2009) apontam que na realidade cotidiana, torna-se muito difícil para esses profissionais romper com o modelo tradicional de ações nesse setor, afirmação que corrobora com os dados desta pesquisa.

Cabe ao ACS a difícil tarefa de ser o pelotão de frente do SUS, o que lhe confere uma função crucial tanto para a organização do trabalho quanto para a promoção de saúde no contexto da Atenção Básica.

5.1.4 Dificuldade de Comunicação

A dificuldade de comunicação entre os profissionais e de acesso às informações ficou evidente durante o período de observação. As informações que circulavam nas UBSs, muitas vezes, eram contraditórias e geravam problemas de difícil resolução. Esta categoria aborda a dificuldade de circulação das informações, que abrem espaço para os ruídos de corredores e a distribuição desigual de poder que essa situação evidencia. A falta de informação, mostrou-se mais acentuada entre os ACS, apesar de outros profissionais apontarem o mesmo problema, como demonstra o diálogo a seguir.

[S6] *“Muitas coisas que acontecem a gente não é comunicado.”*

[S5] *“Mais isso não é só vocês, porque os técnicos, muitas vezes, também não sabem de nada. Ou a gente fica sabendo aquele ‘disque’, diz que aconteceu isso...”*

[S1] *“Daí eles dizem: vai mudar isso, disseram que vai mudar aquilo, mas ‘disseram’... É sempre assim: disseram...”*

Pesquisadora: *então vocês têm uma dificuldade de comunicação inclusive entre vocês [dentro da equipe]?”*

[S1] *“Isso...”*

[S7] *“Aonde acho que geram as intrigas na verdade. Chega na hora: ah, mas não me avisaram... A gente é o último a saber.”*

O diálogo acima evidencia uma dificuldade de acesso às informações, levantando essa situação como uma das causadoras de vários problemas dentro das equipes. Os profissionais afirmam também que as informações quando chegam até eles não têm fidedignidade, explicitando a inexistência de vias de comunicação que possam sustentar ações com o respaldo dessas informações.

Tal evidência pode apontar para contextos marcados por uma gestão centralizada na qual a comunicação segue padrões verticalizados,

o que acaba por tornar a comunicação burocratizada e reduzida à “voz de mando” e aos “ruídos de corredores”, gerando processos de fragmentação e de alienação do trabalho. Os modelos de gestão centralizados são verticais e concentram o poder de decisão nas mãos de poucos, excluindo os trabalhadores da ponta do planejamento e da avaliação de suas ações. Isso dificulta o entrosamento ente os integrantes das equipes, e a comunicação entre os serviços (Brasil, 2009).

Comunicar é a capacidade de dialogar, de partilhar e discutir ideias, é repartir a experiência para que ela se torne patrimônio comum (Rozemberg, 2006). Apesar de as equipes terem um bom relacionamento entre seus integrantes, existe uma dificuldade de fazer as informações circularem dentro da própria equipe e de multiplicar as informações vindas de outras unidades do mesmo sistema, principalmente da Secretaria da Saúde. Essa situação dificulta a execução do trabalho como exemplifica a fala de S4, que aponta para a dificuldade de realizar ações sem a organização da equipe da SF, em situações em que as decisões são tomadas em outra escala de poder e repassada para os trabalhadores de ponta.

[S4] *“Daí em cima da hora, eles chegam cobrando: ah fez isso? Mas isso o quê? Não me falaram nada que tinha que ser feito!”*

[Pesquisadora] *Eles quem?*

[S4] *“A Secretaria.”*

Uma das questões que constituem a base qualificadora do trabalho e que precisam ser enfrentadas é a articulação em rede entre os órgãos centrais e as diferentes unidades que compõem a estrutura de serviços, aliada a uma nova forma de comunicação entre as distintas áreas e seus trabalhadores. Tais questões demandam a convergência de esforços das equipes e dos gestores como um todo, na construção de alternativas que avancem em propostas e atualizem as estruturas, pois, a informação é a base fundamental para o desenvolvimento institucional (Brasil, 2011).

Nas equipes pesquisadas, as informações fornecidas pelos profissionais aos usuários, mostram-se contraditórias em muitos momentos, e não apontam para um fluxo claro de circulação do usuário dentro do Sistema de Saúde. Isso significa que não existe clareza, muitas vezes, para o próprio profissional de ponta, das possibilidades de

transito do usuário entre os vários serviços oferecidos e indica para uma falha na comunicação e na multiplicação das informações. Essa situação dificulta o trabalho da equipe e os resultados alcançados pelas ações de saúde, visto que, não basta os trabalhadores partilharem a mesma situação de trabalho, é necessário ter boa comunicação entre eles e acesso às informações, inclusive para estas serem multiplicadas e discutidas com a população.

Cabe destacar que “informação é poder”. Rozemberg (2006) assinala que o fato de os trabalhadores de ponta terem dificuldades de acesso às informações implica também em evidenciar uma distribuição desigual de poder dentro dos serviços e na própria rede de saúde. Segundo Morais e Vasconcelos (2005), o acesso às informações de forma ampliada pressupõe decisões políticas, em muitos casos, influenciadas por relações de poder e produção de saber, o que interfere na circulação dessas informações. No entanto, esse processo de multiplicação das informações contribui para um processo emancipatório dos sujeitos envolvidos, pela ampliação da capacidade de argumentação destes atores.

[S15] *“E tem muitas coisas que a gente nem fica sabendo, então não sabe! Já passou. Ah, aconteceu e a Agente de Saúde não sabe.”*

[S9] *“Falta de informação... tem dificuldade de comunicação entre os profissionais. Às vezes, a gente não sabe que vai ter vacina! Como a gente vai repassar para a população?”*

Essas falas nos remetem novamente para a dificuldade de organizar ações sem as informações que lhe sustentam e que impedem, em última instância, que essas atividades tenham sucesso. Induzem para a constatação que a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, implica necessariamente colocar em questão como estes serviços estão se relacionando e qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços. Implica ainda em questionar que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços (Brasil, 2009). A fala de S9 aponta um contrassenso da prática cotidiana, pois, na função de elo entre a comunidade e a UBS cabe ao agente multiplicar e discutir as ações e informações com a população, mas nesse caso, nem o ACS e

nem a comunidade tiveram conhecimento da ação realizada, ou seja, a campanha de vacinação.

Freitas (2010) aponta que no processo de tomada de decisão é fundamental dispor de dados e informações, que muitas vezes, encontram-se dispersos e fragmentados. Por esse motivo, a comunicação e o trabalho em equipe são ferramentas importantes na adequação dos planos de ação a partir do debate, e não da imposição ou da manipulação. A circulação de informações nos serviços está intimamente ligada às ações realizadas ou não em cada UBS, o que inclui as ações de promoção em saúde.

[S15] *“Falta comunicação entre a Secretária de Saúde e os profissionais, às vezes, a gente não sabe o que está acontecendo. Às vezes, eles avisam as coisas na última hora, aí a população vai e dá com um cartaz explicando que naquele dia não tem atendimento, daí é reclamação na certa.”*

[S6] *“Porque a gente que leva a informação pro povo, a gente que tá na casa das pessoas é quem tinha que saber em primeiro lugar, quem tinha que dar opinião e saber, na minha humilde opinião. Os Agentes de Saúde, são os últimos a saber, e muitas coisas a gente não fica sabendo, ou então, a gente fica sabendo por boca de terceiros, porque senão a gente não é comunicado.”*

Os discursos de S15 e S6 apontam situações de falta de comunicação existente e apontam as consequências dessa situação na realidade da comunidade, ou seja, se não há informações para os profissionais, nem a população e nem os profissionais participam da elaboração e multiplicação das informações, comprometendo o sucesso das ações.

A circulação de informações, os contatos interprofissionais e a preocupação em captar as várias situações dos sujeitos têm dimensões bastante restritas no modelo tradicional de estruturação do poder em organizações de saúde (Campos & Domiti, 2007). Nesse sentido, a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a

implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes saberes, especialidades e entre os serviços. É preciso garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção (Brasil, 2009).

Para que as ações envolvam diferentes serviços de forma satisfatória, as informações devem ser multiplicadas na rede. A transversalidade das redes depende do aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e da transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados. Deve haver uma desestabilização das fronteiras entre os saberes, os territórios de poder e os modos instituídos na constituição das relações de trabalho. Qualquer serviço de saúde, por mais complexo que seja, não consegue, sozinho, dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos (Brasil, 2009).

Essa desestabilização das fronteiras entre os saberes e seus territórios e o trabalho em rede são fundamentais para o trabalho interdisciplinar e para o cuidado em uma perspectiva integral. No entanto, para que as redes sejam formadas e fortalecidas é fundamental que exista comunicação e multiplicação de informações entre seus componentes, mostrando-se imprescindível um sistema de informação bem delineado que favoreça o fluxo de informações, criando um relacionamento dinâmico entre as unidades, departamentos e setores do sistema.

A relação dentro da equipe e entre as equipes também ocupa lugar de destaque para a integralidade das ações, principalmente a integração das equipes de referência e equipe apoiadora do NASF. No entanto, essa interação mostrou-se complexa no contexto pesquisado, e abordaremos a seguir.

5.1.5 Relação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A relação entre as equipes de referência e a equipe apoiadora do NASF apresentou vários entraves, sendo uma reclamação recorrente das equipes de referência pesquisadas. Os cotidianos das duas equipes, mostravam-se desvinculados entre si e as ações de saúde realizadas em conjunto eram raras, apesar da opção pelo apoio matricial. Essa categoria tem como objetivo evidenciar tais dificuldades e aborda o alheamento da equipe de referência quanto à organização do apoio

matricial, o obstáculo estrutural à essa organização e a dificuldade de definição coletiva do reordenamento das práticas cotidianas.

As falas a seguir indicam que os profissionais das equipes estão vivenciando dificuldades para encontrar uma maneira integrada de trabalhar e apontam para um desconhecimento da função da equipe do NASF na Atenção Básica.

[Pesquisadora] *“Como fica a relação de vocês com o NASF?”*

[S3] *“Não tem relação, bom pela risada já dá pra saber! Não tem essa relação... Eles [equipe de referência] são a equipe de apoio do NASF!”*

[S12] *“Pelo que eles dão assim, que eles dizem... eu não sei qual é a intenção deles. Eu saio mais com a psicóloga e com a educadora física que faz atividade ali conosco, farmacêutica e assistente social não sabemos a que vieram. A gente não tem noção do que elas fazem, qual é a proposta delas com a gente. Na verdade é uma lei nova, e elas entraram ano passado. Então elas tão tentando ainda saber o que elas têm que fazer.”*

Levando em conta os exemplos dos integrantes da equipe de referência, percebe-se que o compartilhamento de conhecimento e a integração dialógica, uma das marcas do apoio matricial, não acontece na prática dessas equipes. A fala de S12 ainda aponta para um alheamento da equipe de referência da organização do apoio matricial, pois, aponta que a equipe do NASF não sabe o que deve fazer, mas não se atenta para o fato de que este ‘fazer’ também implica a equipe da qual faz parte (equipe de referência).

A utilização do apoio matricial pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso aponta para dificuldades e obstáculos na reorganização do trabalho a partir dessas diretrizes (Campos & Domiti, 2007). Esta observação coaduna com a fala de S12, que aponta a implantação do NASF como algo novo neste município, ocorrendo em 2010, apesar da Portaria GM/MS Nº 154, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ter entrado em vigor em janeiro de 2008.

Uma fala que se destaca é a de S3 quando afirma que a equipe de referência é o apoio da equipe do NASF, enquanto o papel central desse arranjo organizacional é dar suporte aos profissionais da SF. Bezerra e colaboradores (2010) apontam que por se tratar de estratégia recente e, encontrar-se em processo de construção, várias dificuldades devem ser enfrentadas, dentre elas, a delimitação clara do papel que o NASF ocupa na organização do trabalho, situação que é explicitada na fala a seguir:

[S16] *“Porque um pouco elas não sabem o que é... qual a obrigação qual é o dever delas, porque isso a gente já percebeu de conversar, e a gente também não sabe o que a gente pode pedir, aonde que elas podem entrar[...] Teoricamente elas tão pra trabalhar em grupos, porque o que elas dizem é que elas não tão pra fazer trabalho individual aqui, elas tão pra fazer trabalho de grupo.”*

[S15] *“A gente não sabe como o pessoal do NASF trabalha, por ex: aquela senhora que está com câncer, eu falei com a Psicóloga do NASF e ela disse que tínhamos que marcar um horário, mas, até agora não marcou e não me deu retorno.”*

Os depoimentos anteriores demonstram a dificuldade prática de integração entre as equipes e o desconhecimento das possibilidades de inserção do trabalho do NASF no trabalho cotidiano da equipe de referência.

Campos e Domiti (2007) afirmam que nos serviços de saúde o que tem predominado é uma lógica de fragmentação do cuidado, onde a crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo pela composição multiprofissional com baixo grau de coordenação, comunicação e integração entre as distintas especialidades e profissões. Essa estrutura cria dificuldades gerenciais extremas e se constitui em um obstáculo à adoção do método de trabalho de apoio matricial, tornando quase impossível a integração comunicativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas. Os autores explicam que esse fenômeno está sendo denominado de obstáculo estrutural à prática de uma clínica ampliada, bem como do trabalho interdisciplinar.

A maioria das especialidades e profissões da saúde trabalham com um referencial sobre o processo saúde/doença restrito, com dificuldade de pensar as intervenções de forma a abarcar as várias dimensões envolvidas quando o assunto é saúde: social, biológica, subjetiva, coletiva, etc. Campos e Domiti (2007) avaliam que o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que busca diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Mas, para que isso ocorra, é necessário facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também possibilitar o compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pelas ações desenvolvidas. Ou seja, são necessários espaços de discussão e trocas sistemáticas.

As discussões levantadas anteriormente neste trabalho aliada ao conteúdo da fala do profissional a seguir demonstram que estes espaços de discussão não acontecem nas UBS pesquisadas.

[S16] *“Eu acho que basicamente pelo que eu conversei com as meninas do NASF, nem a Secretária sabe em que ponto e aonde elas tão inseridas[...] Acho que elas foram jogadas aqui dentro e, ninguém... nem do lado delas, nem do nosso sabe o que fazer. Então acho que o grande problema do NASF é esse, falta esclarecimento vindo lá de cima, e a gente tá na ponta se perdendo, mas falta da Secretária, conversar com NASF, pra jogar pra gente poder se organizar, acho que é essa organização básica, pra poder começar a funcionar!”*

S16 evidencia novamente as dificuldades de realizar o apoio matricial e a falta de entendimento entre as equipes e a própria Secretaria de Saúde, indica que a dificuldade de entendimento perpassa os serviços, encontrando dificuldade para a implementação de ações coordenadas entre o NASF e as equipes de referência.

Algumas experiências bem sucedidas de implantação do NASF apontam a necessidade de atividades em conjunto com gestores, profissionais do NASF, da rede de serviços e equipes de referência para definir o papel destas equipes e redefinir as competências de cada serviço e seus fluxos assistenciais, pactuando o modelo de atuação.

Indicam a necessidade de concentrar esforços para superar a fragmentação dos processos de trabalho dos profissionais, mas também sinalizam para a exigência de adequar a realidade às possibilidades deste tipo de arranjo organizacional, ao indicar a necessidade de superar a expectativa curativista das equipes de SF, e da própria população, de que o NASF resolve a demanda reprimida (Bezerra *et al.*, 2010).

[S16] *“Acho que um pouco agora a coisa tá começando a andar, mas muito assim, elas não sabem do nosso e nós não sabemos delas.”*

[S2] *“Aí agora tá começando a mudar, foi feito bastante reunião com os gestores, eles entraram em consenso.”*

[Pesquisadora] *“E tem um momento que vocês sentam, a equipe do NASF e vocês, e conversam?”*

[S4] *“Nós não, nós não...”*

[S2] e [S6] *“Nunca foi feito isso.”*

[S4] *“Só com os gestores.”*

[S6] *“E ainda o NASF e os gestores batem de frente.”*

[S4] *“As reunião era só NASF e gestores, nós só acatava o que eles falavam.”*

Esses sujeitos exemplificam em suas falas a falta de comunicação entre as equipes do NASF e as equipes de referência, demonstrando que a falta de compreensão do trabalho de cada equipe para todo o grupo de profissionais dificulta a organização de atividades integradas. O apoio matricial e o próprio funcionamento das equipes dependem, em grande medida, do compartilhamento do poder entre os distintos profissionais das equipes. A fala de S2 e S4 apontam para uma posição passiva da equipe de referência diante da organização do apoio matricial: os gestores e o NASF definem como será a organização e eles, equipe de referência, acatam o que foi definido. Tal situação configura uma estrutura verticalizada com pouco espaço para as trocas dialógicas de organização.

Além do compartilhamento de poder, o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e realizar críticas e para tomada de decisão de

modo compartilhado. Estes dois aspectos apontam para a existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogerência ou de democracia institucional (Campos & Domiti, 2007). Nesse sentido, esses espaços devem estar abertos para análise entre seus atores, para que a discussão e o diálogo favoreçam a potencialidade dessas experiências para o agenciamento de mudanças e evitar a cristalização das práticas (Bezerra *et al.*, 2010).

Apesar de as equipes relatarem uma melhora na situação que se apresenta, reiteradas pelas falas de S16 e S2, percebe-se a permanência da dificuldade de definição coletiva do reordenamento das práticas cotidianas, tanto no sentido de maior integração entre as equipes quanto de maior autonomia das equipes em relação a esse processo. Isso se configura em empecilho à prática do arranjo matricial, pois, esta metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários e dos próprios trabalhadores (Campos & Domiti, 2007). Construção de autonomia esta que é fundamental para práticas de promoção de saúde.

No discurso a seguir, S10 aponta o NASF como um arranjo que teve seu início há pouco tempo e indica que esse trabalho em conjunto está em construção, reafirmando seu compromisso na organização deste trabalho. Ressalta também a importância desse dispositivo para a promoção de saúde no contexto da Atenção Básica.

[S10] *“Eu vejo o NASF como um ponto positivo. Veio pra somar e dar maior suporte nos acompanhamentos e na promoção de saúde [...] nós estamos tentando, como é que eu vou dizer... achar a efetividade do NASF junto com a UBS. Ainda é um grupo novo, começou em 2009, não 2010, ele começou. Fez um ano praticamente que a gente trabalha com o NASF, só que a gente não conseguiu acertar bem ainda. A gente espera que agora, com a formação desses grupos a gente consiga estar fazendo um trabalho mais envolvente com o grupo do NASF.”*

O NASF, enquanto um potente dispositivo para construção de novos saberes e fazeres pode auxiliar na superação do modelo hegemônico biomédico. No entanto, tem nesse modelo, arraigado no

cotidiano dos serviços, seu principal obstáculo. O reordenamento dos processos de trabalho, rumo a um trabalho mais interdisciplinar, com vistas à integralidade e às necessidades dos usuários exige um exercício de criatividade nas ações promotoras de autonomia e de saúde e novos modos do ‘fazer em saúde’.

5.2 Condições de Trabalho

Tabela 3. Núcleo temático Condições de Trabalho e suas categorias

Núcleos Temáticos	Categorias
5.2 Condições de Trabalho	5.2.1 Financiamento insuficiente e falta de estrutura
	5.2.2 Falta de motivação e de reconhecimento
	5.2.3 Sofrimento no trabalho e sua medicalização

Esse Núcleo Temático demonstra as dificuldades que permeiam as condições de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, relacionando-as com o tema da promoção de saúde. A importância desse núcleo se configura na medida em que as dificuldades vivenciadas, constituem-se em obstáculos à realização de ações em promoção da saúde neste contexto e, portanto, deve ser um dos focos de reflexão na busca de soluções e/ou enfrentamento.

Esse núcleo certamente não esgota a temática das condições de trabalho, apenas aponta para algumas das condições que se destacaram durante a coleta de dados e se revelaram importantes para a discussão do tema em questão. São elas: “Financiamento insuficiente e falta de estrutura”, “Falta de motivação e de reconhecimento”, “Sofrimento no trabalho e sua medicalização”.

A primeira categoria, “Financiamento insuficiente e falta de estrutura”, aborda a necessidade de investir em saúde, a exigência de focar nos procedimentos e metas, a dificuldade de acesso ao nível secundário e terciário, a falta de espaço físico para reuniões e os baixos salários, evidenciando uma estrutura precária decorrente do investimento financeiro insuficiente na área da saúde. A segunda categoria, aponta para a falta de motivação e reconhecimento dos profissionais pesquisados, situação vinculada ao desânimo em relação às condições de trabalho e à falta de valorização.

Já a categoria “Sofrimento no trabalho e sua medicalização” remete para o excesso de trabalho enfrentado no cotidiano, o sofrimento destes profissionais e a forma pela qual minimizam esse sofrimento, evidenciando a necessidade de promover a saúde destes trabalhadores.

5.2.1 Financiamento Insuficiente e Falta de Estrutura

Essa categoria evidencia a falta de estrutura para o desenvolvimento das ações em saúde decorrente do investimento financeiro insuficiente para um sistema que deve garantir universalidade e integralidade das ações. Aborda a necessidade de investir em saúde, a exigência de focar nos procedimentos e metas, os entraves de acesso ao nível secundário e terciário, a falta de espaço físico para reuniões e os baixos salários.

Vários entraves permeiam a questão do financiamento em saúde, questões que envolvem interesses conflituosos. O cotidiano dos serviços de saúde está permeado de dificuldades e obstáculos, duas dificuldades frequentemente citadas pelos sujeitos desta pesquisa são o financiamento insuficiente e a falta de estrutura, que estão diretamente vinculados entre si. A fala a seguir aponta a para necessidade de maior investimento financeiro para saúde e afirma que a complementação financeira municipal é essencial a uma estrutura que garanta o bom funcionamento das equipes.

[S3] *“O federal vai mandar a mesma quantidade pra todos os locais, tá na lei vai ter... então a prefeitura tem que entrar. [...] Se eu tenho três equipes, então eu prefiro ter uma equipe bem estruturada, que as coisas deem certo, do que eu ter três que não dá certo em nenhuma, e isso não adianta é dinheiro, é dinheiro!”*

Um dos maiores entraves do SUS desde o seu surgimento é o financiamento instável e insuficiente, os recursos são bem inferiores ao necessário para um sistema de caráter universal. Os valores repassados pelo governo federal aos estados e municípios sempre estiveram aquém das necessidades em saúde e a carência de equipamentos e de material nos serviços públicos antecede em muitas décadas a existência do SUS (Paim, 2009).

As falas a seguir apontam a contraditoriedade da prática com os preceitos legais de atendimento integral, que remetem ao acolhimento e à humanização das relações profissionais/usuários. Evidenciam a necessidade de realização de um número mínimo de procedimentos que remetem a um modelo biomédico, calcado nos procedimentos, na quantidade e não na qualidade do atendimento.

[S4] *“Impõem metas e não tem infraestrutura para atendimento adequado!”*

[S16] *“A única coisa que vem pra gente é: tem que fazer tantos [fala o procedimento] por mês em tantas pessoas, não interessa pra quê, por que, bem feito, mal feito, você tem que fazer porque é um número a ser cumprindo! Eu acho que a grande dificuldade que a gente tem [...] é um modelo biomédico: vem consulta, vira as costas e vai embora, a gente quer fazer as coisas pra melhorar, aí o que importa é número! Então, às vezes, isso é complicado!”*

Segundo Pinheiro e Luz (2007) existe certa racionalidade controladora, constituída a partir do capitalismo ocidental, onde o cálculo e a previsão do controle estão voltados para a produtividade. Essa racionalidade voltada para o cálculo da ação do trabalho exigiu o desenvolvimento de inúmeras técnicas voltadas para a previsão das ações. As autoras afirmam não ser possível apontar uma relação causal entre ciência e capitalismo, mas apontam para “uma correlação positiva em termos históricos, epistemológicos e sociais.” (p. 14).

As metas acordadas entre as Secretarias Municipais, Estaduais e o Ministério da Saúde obviamente têm o objetivo de melhorar na condição de saúde da população. No entanto, a lógica utilizada é questionável sob alguns aspectos. A lógica da produtividade e do cumprimento de metas, além de dificultar a concretização do vínculo entre profissionais e usuários, questão já abordada no Núcleo Temático anterior, é contraditória em muitos aspectos aos pressupostos do SUS, que aponta para a humanização do atendimento, que pressupõem a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Essa

valorização implica em autonomia e o protagonismo dos sujeitos por meio da corresponsabilidade entre eles (Brasil, 2009d).

Se “produzir saúde é fazer promoção, prevenção, cura e reabilitação” (Brasil 2009d. p. 33), então não se pode basear esta produção em procedimentos a serem realizados, pois, faz-se necessária uma apreensão ampliada das necessidades em saúde da população adscrita, e isso só é possível por meio do vínculo, da escuta e da corresponsabilização com essa população e não por procedimentos previamente delimitados.

Outra dificuldade apontada pelos trabalhadores é a remuneração baixa, que é indicada como uma das causas para a dificuldade em manter os profissionais nos serviços. Nesse sentido, Lacerda e Valla (2007) corroboram tal constatação ao apontar as condições de trabalho precárias e a baixa remuneração como um dos motivos que levam os profissionais a abandonar o serviço público. Para haver comprometimento dos profissionais é necessário que a instituição ofereça boas condições de trabalho, tais como espaço físico e recursos materiais suficientes e adequados, mas o que acontece no interior dos serviços de saúde aponta para o oposto a esta situação.

[S3] “Quantos recém-formados têm? Eles não ficam! E poderiam ser médicos do programa. Mas é o salário baixo, isso é claro... todas as áreas, todas estão muito baixo, não é só médico e dentista [...] Salário e tudo mais, mas dentista tem, tem uma fila de gente esperando, eles chamam [Secretaria de Saúde] e eles [odontólogos] não aceitam... eles chamam e eles não aceitam... médico, a mesma coisa!”

[Pesquisadora] Por que você acha que não aceitam?

[S3] “Por causa dos salários baixos. Tanto o médico como o dentista.”

A fala de S3 indica um descontentamento com os salários e corrobora com o que foi verificado durante o período de observação. Uma das equipes pesquisadas não tinha médico de SF, sendo que o profissional médico era contratado por apenas algumas horas diárias. Nesta equipe, verificou-se listagem de espera para atendimento médico, situação que não ocorria nas outras equipes que tinham o médico em período integral na UBS (médico do ESF).

Um agravante na questão dos salários dos trabalhadores do SUS são as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com pessoal a 60% para estados e municípios. No entanto, a pressão pela necessidade de incorporação de pessoal para atender as novas demandas, como a estruturação de equipes básicas da ESF até a gestão de serviços de alta complexidade, colocam estados e, principalmente alguns municípios em situação difícil. É necessário, portanto, criar dispositivos de reversão dos mecanismos precários de inclusão e manutenção dos trabalhadores do SUS, (Brasil, 2011).

As dificuldades impostas pela falta de investimento na área da saúde são evidentes nos serviços. O exemplo a seguir indica a necessidade de dar condições de trabalho e contrapartida financeira que supra às demandas das comunidades, sugerindo ainda a falta de diálogo entre a Secretaria de Saúde e as equipes de saúde.

[S3] *“Para cobrar eles precisam dar condições, porque eles só sabem cobrar. [...] e falta dinheiro pra investir.”*

Dimenstein (2001) aponta uma série de fatores que vêm se apresentando ao longo dos anos e que dificultam o desenvolvimento do trabalho dos profissionais do SUS, dentre eles estão: a redução dos investimentos no setor saúde pelo poder público, os insuficientes investimentos na formação, capacitação e educação continuada dos trabalhadores, a discrepância quanto à remuneração, jornada de trabalho, plano de carreira e salários e a falta de participação dos trabalhadores como corresponsáveis pela gestão do SUS.

A dificuldade de infraestrutura no que se refere a espaços adequados para realizar reuniões com a população também é apontada pelos profissionais como mais um obstáculo ao trabalho. Foram presenciadas pela pesquisadora, situações em que a equipe organizava grupos com a comunidade e buscava alternativas, pois, as salas da UBS não comportam reuniões com um número de pessoas esperadas. Sobre isso, Paim (2009) afirma que o financiamento insuficiente também está vinculado à distribuição desigual de infraestrutura dos serviços de saúde, o que inclui espaços adequados para realização de atividades.

Nas falas a seguir, os profissionais expõem a dificuldade de realizar atividades em grupo com a comunidade, atestando que essa situação dificulta a realização do trabalho.

[S16] “Até você [se refere à pesquisadora] participou no dia da reunião, que a gente tava na discussão: onde é que nós vamos por cadeiras pra poder fazer uma reunião decente de gestantes? Precisamos de um lugar para elas sentarem, se acomodarem. Ah, vamos chamar o marido junto. Não dá, não tem espaço. A gente tem a questão do frio, aqui não dá pra fazer do lado de fora.”

[S13] “Não tem no bairro, um lugar pra ser feito, por isso que eu digo que pode ser na minha casa, eu ofereço a minha garagem, sabe não é o ideal, mas dá! [...] Então falta o local, a infraestrutura, o local pra fazer, lá no nosso bairro. É um bairro novo pode-se dizer, então não tem nada, não tem igreja não tem salão, não tem nada. Então, isso é uma coisa que dificulta, da infraestrutura, de não ter um local específico pra reuniões.”

Pelas falas anteriores fica clara a busca de alternativas criativas para a falta de espaços para realização de reuniões. Situações como esta remetem para o comprometimento dos profissionais de saúde com a população no enfrentamento das dificuldades impostas pela falta de estrutura física.

O desenho arquitetônico da maioria das UBSs e ambulatórios refletem uma lógica de atendimento individualizado, com uma sucessão de pequenas salas para consultório ou procedimentos desconectados entre si e que poderiam funcionar em espaços geográficos distintos (Campos & Domiti, 2007). Tal realidade dificulta as atividades realizadas em grupo, o que certamente inclui muitas ações de promoção em saúde.

Paim (2009) ressalta a dificuldade de organizar o sistema a partir das necessidades da população com a interferência dos interesses econômicos, conformados pelo complexo médico industrial. Esse complexo tem no lucro e na competição seu foco, situação que delimita a saúde em mercadoria a ser comercializada, fugindo a sua delimitação como direito, garantido por lei. Esses interesses produzem inúmeros

desvios nos caminhos percorridos pelo SUS, desvirtuando em muitos momentos aquilo que a lei preconiza.

[S3] *“Todo o problema não é aqui [UBS] e não é da população, o problema é da estrutura, da falta de estrutura...”*

S3 evidencia que as dificuldades encontradas não se referem à UBS ou à população, mas sim a falta estrutura, que interfere no alcance do trabalho das equipes. Em consonância com isso, Paim (2009) mostra que a infraestrutura não acompanha o crescimento da população e nem a demanda de serviços. Num ciclo perverso, o financiamento insuficiente também inviabiliza investimentos para a expansão de infraestrutura da rede pública e com esta restrita, o SUS se mantém refém dos serviços privados, o que certamente gera o descontentamento dos usuários pela extensiva espera para muitos serviços.

Além da insuficiência de recursos para a saúde quando comparada a outros países, constata-se uma partilha inadequada entre gastos públicos e privados nessa área. No Brasil, os gastos públicos com saúde ficam em média na faixa dos 45% dos gastos totais em saúde, enquanto países como Canadá a média é de 70% para os gastos públicos. Esse é um exemplo de como a saúde pode virar uma mercadoria, pois, os serviços privados, ao contrário do público, têm como objetivo o lucro. Para uma ideia mais clara da situação: 95% dos serviços de apoio diagnóstico e tratamento são privados, e destes 35% prestam serviços ao SUS, configurando uma extrema dependência destes serviços para os atendimentos de alta e média complexidade no SUS (Paim, 2009; Santos, 2007).

As falas a seguir, descrevem a dificuldade das pessoas que são obrigadas a esperar meses pelo resultado de exames e pelo atendimento com um especialista, relatando uma situação limite, onde um usuário morre na espera de atendimento.

[S6] *“As pessoas já tem um desânimo: eu não vou no médico, daí o médico vai pedir o Raio X, vai demorar 4 meses, vou ter que ficar esperando. Se o médico pedir tomografia, vou ter que esperar não sei quantos meses [...] o preventivo que a [fala nome de outra profissional] falou, a gente vai na casa, a gente instrui [...] A gente fala, elas vêm fazer o preventivo, daí*

demora 60 dias pra vim o resultado [...]os exames mais rápidos são três meses, qualquer exame que você faça. Três, quatro, seis meses fica numa fila de espera pra um especialista, é tudo muito demorado, é tudo muito lento.”

[S19] *“Já aconteceu um caso de eu ir falar que a vez da pessoa chegou [na listagem de espera] e a pessoa já ter morrido. Morreu na fila de espera! Olha a situação!”*

Um agravante dessa situação é a discriminação aos usuários do SUS realizada por muitos serviços privados conveniados, que dificultam o acesso aos exames e consultas dos usuários do SUS dando prioridade aos particulares e planos privados, o que resulta em tempo prolongado de espera para atendimento (Paim, 2009). Esse é mais um exemplo de como interesses comerciais e econômicos percorrem caminhos distintos e contrários às necessidades em saúde.

A atenção básica deve estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio (Brasil, 2009d). No entanto, essa retaguarda é complicada pelas dificuldades de acesso à atenção secundária e terciária. Outros estudos apontam a precariedade da estrutura e aspectos materiais e a dificuldade de realização de exames como obstáculos à qualidade do atendimento (Azevedo & Traverso-Yépez, 2010; Katsurayama, 2011; Schimith & Lima, 2004; Traverso-Yépez & Morais, 2004). Tal situação evidencia a ampliação do acesso propiciada pelo SUS sem uma estruturação da mesma escala na própria atenção básica, assim como nos demais níveis de atenção.

[S1] *“O oftalmologista tem fila de quase um ano para o atendimento, pois, só tem um na rede. Na minha área, tinha uma com problema de vista. Uma vista ela já perdeu, esperando o oftalmo. O [a consulta com] oftalmo saiu agora, veio semana passada, só que ela já foi pra fora e já operou a vista, e perdeu uma!”*

[S4] *“Precisa de um ultrassom, ganha o neném e o ultrassom não veio.”*

Os depoimentos acima novamente apontam para a dificuldade de acesso à atenção secundária e às consequências desta situação para a vida dos sujeitos, que têm no SUS o único acesso aos serviços de saúde.

É imprescindível uma integração entre atenção primária, secundária e terciária, pois como afirmam Lacerda e Valla (2007), as dificuldades enfrentadas pela atenção básica acabam induzindo o usuário a utilizar os serviços de urgência/emergência dos hospitais, criando-se um ciclo pernicioso entre oferta restrita e demanda crescente, contribuindo para a superlotação dos setores secundário e terciário. O diálogo a seguir aponta essa situação.

[Pesquisadora] *Com o inverno o movimento na Unidade aumenta?*

[S10] *“Não, diminui.”*

[S18] *“É que o pessoal vai direto pro Hospital Infantil, o movimento lá aumenta muito, pois, lá já tem o especialista, e a população procura direto lá.”*

As dificuldades concernentes à falta de estrutura e financiamento insuficiente dificultam a realização do trabalho nas UBSs e geram descontentamento e desânimo entre os profissionais, indicando condições de trabalho precárias. A seguir, será abordada a repercussão dessa situação na categoria Falta de Reconhecimento e Motivação, evidenciando as consequências dessas condições precárias na subjetividade dos trabalhadores.

5.2.2 Falta de Motivação e de Reconhecimento

A presente categoria, encontra-se intimamente vinculada à categoria anterior, visto que, muitos problemas enfrentados pelos profissionais em relação aos investimentos insuficientes e precariedade da infraestrutura, constituem-se em motivo para a falta de motivação e desânimo em relação às condições de trabalho. Além desse aspecto, será abordada nessa categoria, a falta de reconhecimento e de valorização dos profissionais, outra questão recorrente nos discursos dos sujeitos pesquisados.

Durante o período de convívio, ficou evidente que os baixos salários, a falta de estrutura para um atendimento de qualidade e a falta de respaldo dificultam o cotidiano dos serviços e se constituem em motivo para a falta de motivação em realizar o trabalho. Outro aspecto

levantado e esclarecido nas falas a seguir é que o trabalho sem esta motivação não é realizado de maneira tão satisfatória quanto seria em outras condições.

[S3] *“Os baixos salários dos profissionais desmotiva, a gente não trabalha ‘tão bem’.”*

[S6] *“Nossa desmotiva um monte, você não tem estrutura, [...] você não tem respaldo nenhum [...] tem horas que dá vontade de você pegar e abandonar tudo, largar tudo e dizer tô indo embora. Tchau! Porque você desmotiva, porque você não tem estrutura e não tem respaldo.”*

As afirmações acima apontam a desmotivação pela falta de estrutura e de respaldo para desenvolver um trabalho adequado, evidenciando um desejo de ‘abandonar tudo’. Nesse sentido, Dimenstein (2001) declara que as várias adversidades enfrentadas pelos trabalhadores nesta área podem ter como consequência profissionais descontentes, frustrados, apáticos diante da miséria social, enfraquecidos em sua capacidade de resistência e luta em prol da cidadania. Schimith e Lima (2004) complementam que apenas quando os sujeitos trabalhadores se sentirem atores na busca da construção do SUS será possível avançar em direção à implementação de um sistema legal e, acima de tudo cidadão.

Com as várias adversidades do ponto de vista orçamentário e baixas remunerações, é fundamental a realização de negociações entre trabalhadores e gestores municipais para minimizar a precariedade das condições de trabalho (Brasil, 2011), e obter avanços na luta pela saúde dos próprios trabalhadores desta área que se encontra relegada. É necessário o diálogo e o reconhecimento das necessidades que permeiam não apenas a população, mas os próprios servidores da saúde.

A fala de S6 aponta também para a necessidade de reconhecimento pelo trabalho realizado, afirmando que luta para não desanimar totalmente, pois, para trabalhar é necessário um mínimo de motivação.

[S6] *“É uma coisa tão simples um elogio, uma coisa mínima, às vezes, uma coisa que motiva a gente [...]Mas não pode*

deixar o desânimo tomar conta que senão, é só ir lá no DRH [Departamento de Recursos Humanos], [...] e desistir da vaga, se não tiver o mínimo de motivação.”

Paim (2009, p. 130) lembra de forma pertinente que o “SUS é movido a gente, e gente que cuida de gente deve ser tratado como gente.” No entanto, os trabalhadores do SUS não tem sido tratados dessa forma cuidadosa e enquanto esta questão não for equacionada não haverá melhora significativa na prestação dos serviços.

É fundamental valorizar os trabalhadores oferecendo estímulos à progressiva formação, incentivar talentos e construir mecanismos inclusivos que contemplem políticas afirmativas para estes sujeitos, pois, eles são a base do sistema (Brasil, 2011). Nesse sentido, o desenvolvimento dos ‘coletivos organizados em saúde’ (Ceccim, 2010) é um processo social e não apenas técnico, que por meio da força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada busca a melhoria da situação de saúde da população (Brasil, 2011). Mas, para que isso se consolide é necessário superar o desânimo, conforme ilustrado nas falas a seguir:

[S9] *“A gente desanima, começa empolgado, mas desanima... não só os ACSs, mas os profissionais de uma maneira geral. Porque a gente trabalha bastante, e às vezes, não é reconhecido.”*

[S17] *“Se a gente não se valorizar, eles [Secretaria de Saúde] é que não vão valorizar a gente...”*

[S13] *“Acho que a estratégia [SF] tem que melhorar muito no sentido de valorizar mais o profissional, principalmente o profissional de ponta.”*

Estes depoimentos revelam o desânimo, a falta de valorização e reconhecimento, transparecendo certa desesperança quando afirmam que começam empolgados, mas acabam por desanimar diante das dificuldades.

Alguns estudos apontam que o sentimento de desânimo dos servidores, manifesta-se quanto à falta de reconhecimento e ao pouco ou nenhum crescimento profissional em seu local de trabalho (Brigagão & Gonçalves, 2009). Todo profissional tem a necessidade de ser reconhecido, sendo que toda organização é permeada pela luta por reconhecimento entre os pares. Os sentimentos de exclusão ou de não reconhecimento vivenciados pelos profissionais podem produzir revolta entre os trabalhadores e afetar o trabalho realizado negativamente. O reconhecimento é fundamental para a sua saúde mental de todo trabalhador (Azevedo, 2010; Barros & Carvalho, 2006).

A maioria dos sujeitos coloca paixão, investimento pessoal e energia no trabalho, nada mais justo do que ser recompensado por meio do reconhecimento de sua contribuição. Quando o esforço passa despercebido acarreta sofrimento e pode ser perigoso pela desestabilização da própria identidade. O reconhecimento do trabalho realizado compõe a identidade, pois, inscreve-se na dinâmica da realização dos sujeitos, de seu reconhecimento enquanto 'sujeito'. É também graças ao reconhecimento do 'fazer' que se obtém a cooperação entre os trabalhadores, acrescentando uma sensação de pertencimento entre os pares (Dejours, 2006; Dejours, 2004).

Cabe considerar ainda, que a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado aliado às condições de trabalho estressantes e a sobrecarga de atividades conduz ao sofrimento no trabalho. Essa situação é paradoxal, ou seja, a vivência de sofrimento no processo de trabalho de profissionais cujo ofício é aliviar o sofrimento alheio, será abordado na próxima categoria.

5.2.3 Sofrimento no trabalho e sua medicalização

Essa categoria remete para o excesso de trabalho enfrentado pelos profissionais no cotidiano e o racionamento de tempo para as atividades, gerada pela sobrecarga. Aborda os sentimentos de desamparo, abandono e a constatação da fragilidade dos trabalhadores e usuários diante dessa situação de sofrimento destes profissionais. Evidencia também a necessidade de promover saúde, a começar pelos trabalhadores desta área.

A sobrecarga de trabalho na atenção básica constitui um dos principais fatores estressores que colaboram com efeitos negativos na saúde do trabalhador. As condições de trabalho constituem-se em fatores estressores que desmotivam o trabalhador, além de provocar medo e

insegurança na realização do trabalho diário, colocando a saúde deste profissional, muitas vezes, em risco (Katsurayama, 2011).

Vários estudos apontam para a sobrecarga de atividades na atenção básica, afirmando que a demanda frequentemente ultrapassa o número preconizado para cada profissional (Besen, *et al.*, 2007; Brigagão & Gonçalves, 2009; Katsurayama, 2011). As falas seguintes confirmam tal afirmação.

[S13] *“Mas tem que se ver que o SUS, ele preconizou que fossem 150 famílias pra cada Agente de Saúde, certo? [...] Eu bom... eu sinceramente, até 150 famílias você consegue dar conta, mais que isso você não consegue, e infelizmente olha...[...] tem muita gente que tem 200, outras 300 famílias, não tem como se atender 300 famílias num mês!”*

[S11] *“É que todos têm, apesar de 40 horas, todo mundo tem a agenda cheia..”*

Vale ressaltar que na primeira fala, S13 explicita o conhecimento das diretrizes do SUS, situação que permeou os discursos de muitos profissionais ao longo da pesquisa. Ele ainda afirma a impossibilidade de realizar o trabalho com o dobro do número de famílias do que é preconizada pelas diretrizes, situação que remete para a sobrecarga de trabalho, confirmada por S11 que evidencia esta sobrecarga para toda a equipe.

As condições de trabalho oferecidas ao trabalhador são, muitas vezes, penosas e o deixam numa situação de conflito pelo seu senso de responsabilidade e ética profissional, pois, a sobrecarga de trabalho pode induzir à má execução de seu ofício, provocando um sofrimento que decorre da consciência do que deve ser realizado, seguido da sensação de estar impedido de realizar (Dejours, 2006).

O desenvolvimento de políticas e prioridades para os profissionais do SUS é um dos maiores desafios a ser enfrentado para a construção de um sistema de saúde que seja realmente solidário e justo, a começar por seus próprios funcionários. Isto implica em reconhecer que seus construtores/operadores sejam incorporados como sujeitos criadores de transformações, e não como meros agentes cumpridores de tarefas e objeto de políticas desumanizadas (Brasil, 2011).

De forma complementar, é abordada pelos profissionais a sobrecarga de trabalho do gestor que acumula duas funções: enfermeiro e gestor da equipe. S11 ainda afirma que é necessário estabelecer um tempo para cada atividade, caso contrário, não é viável realizar as tarefas pendentes. Essa situação remete a um racionamento de tempo e disponibilidade que dificulta a escuta e o vínculo, pela pressão do trabalho a ser realizado.

[S17] *“Geralmente o gestor sempre tá ocupado com muita coisa!”*

[S13] *“Os gestores, é uma sobrecarga pra eles atenderem.”*

[S11] *“Você não pode abranger todos os pedidos, porque se fosse tentar, tinha que se multiplicar nuns quantos, tem um número X de tempo para cada atividade.”*

Esses discursos remetem para certo grau de sofrimento no trabalho, pela sobrecarga imposta aos trabalhadores. Katsurayama (2011) alerta que é necessário a realização de estudos de caráter qualitativo ou misto sobre a saúde dos trabalhadores do SUS que busquem avaliar a saúde desses profissionais e seu grau de sofrimento no trabalho. Afirma ainda, que a tendência aponta para um reflexo direto das condições de trabalho na qualidade do atendimento prestado, provocando uma cascata de insatisfação no sistema de saúde. Sobre isso, pesquisas que abordem o binômio trabalho-saúde na área da saúde são fundamentais, principalmente as que problematizem as interrelações entre as dimensões estruturais (ligadas às transformações do mundo do trabalho) e a experiência subjetiva dos trabalhadores (Brigagão & Gonçalves, 2009).

As falas a seguir revelam a contradição de estar no lugar de cuidador, quando na realidade sua própria condição indica a necessidade de cuidados. S6 aponta a sensação de destruição, a condição de abalo psicológico que dificulta a realização de seu trabalho, afirmando a condição de desamparo dos funcionários e a fragilidade dos usuários neste contexto. Essa fragilidade dos usuários também é apontada por S13, que revela que em muitos momentos os usuários propiciam escuta e acolhimento ao seu sofrimento.

[S6] *“Às vezes, a gente tá com o psicológico tão abalado, como é que vai chegar numa casa e instruir alguém? Estamos destruídos! [...] Se nem o próprio funcionário tem amparo, imagina os pacientes, coitados.”*

[S13] *“Eu trabalho 9 horas por dia, eu fico aqui você vê... eu não almoço, você acha que eu tenho condições então de tá atendendo bem aquele pessoal lá? Eu tô chegando lá, me queixando... eles tão atendendo de mim...”*

A realidade do trabalho, o qual deveria representar um espaço de realização e satisfação, frustra as expectativas o que, não raras vezes, acaba gerando complicações para a saúde do próprio trabalhador (Brigagão & Gonçalves, 2009). Levando-se em conta que o real sempre se apresenta de forma afetiva para o sujeito e que o trabalho sempre coloca a subjetividade à prova, de onde esta sai enaltecida e acrescida ou diminuída e mortificada, pode-se afirmar que a qualidade do trabalho realizado depende em grande medida dos processos de objetivação/subjetivação das relações concretas vivenciadas pelos trabalhadores (Dejours, 2004).

O trabalho compreende formas de invenção, de criação e de antecipação. Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real, é aquilo que resiste ao que é dado e que se reinventa a cada desafio, que pressupõe a construção de estratégias de relação com o outro e consigo mesmo, e isto determina o processo de saúde ou de adoecimento (Barros & Carvalho, 2006; Dejours, 2006).

Sendo assim, como solicitar criatividade, antecipação e potência criadora para sujeitos em processo de sofrimento? Como produzir as entrelinhas do acolhimento, que propiciam o vínculo, se o próprio profissional necessita ser acolhido? Tal situação pode conduzir para um estado de insensibilidade e alheamento, condição desastrosa para um ofício cuja produção de vínculo, corresponsabilização e diálogo constitui sua base. Os relatos a seguir apontam para uma situação de sofrimento e solicitação de ajuda, que até o momento não foram atendidas.

[S9] *“A gente já pediu terapia em grupo para a gente [os profissionais], mas não*

conseguiu. Porque a gente convive com essa falta... como que eu posso dizer...? Falta de tudo!”

[S15] *“Nós já pedimos um psicólogo que pudesse trabalhar com a gente, uma ajuda. O gestor repassou para a Secretaria, mas até hoje não veio a resposta. [...] Nós estamos abandonados...”*

Tais afirmações explicitam a necessidade de cuidados, revelando as solicitações de ajuda que não obtiveram retorno, apontam para uma situação em que a falta é a característica principal e a sensação de abandono sua consequência mais visível. Essa situação induz a alteração do próprio trabalho realizado, pois, ao vivenciar condições precárias e adversas no cotidiano, seu sofrimento altera o produto de seu trabalho, visto que, este é composto também da subjetividade do trabalhador.

Os sujeitos encontram-se vinculados à organização as quais pertencem, não apenas por aspectos materiais, mas acima de tudo pelos afetivos. Dessa forma, o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, pois, cada um se transforma e é transformado no ato de trabalhar, ou seja, o sujeito é indissecável de sua subjetividade (Azevedo, 2010; Barros & Carvalho, 2006).

A fala dos sujeitos desta pesquisa demonstra o sofrimento vivenciado e a situação de desamparo que se configura no cotidiano desses serviços, mas não é o único estudo a apontar este fato. Gottardi e Silva, em 2006, e Azevedo e Traverso-Yépez, em 2010, apontam a mesma situação e concluem que é necessário prestar cuidados aos trabalhadores/cuidadores, pela vivência de sentimentos de impotência, angústia e muitas vezes, depressão, reafirmando aquilo que S15 e S9 ressaltam em sua fala: a necessidade de apoio psicológico.

[S13] *“Nós não temos mãe, nós só temos pai, que é o SUS. Nós nos sentimos sós, abandonados, sem ninguém por nós!”*

[S15] *“Com quem que nós podemos contar? Ninguém...”*

Esses exemplos remetem para a impotência e o abandono. A importância de se dar ouvido ao trabalhador da saúde, explicita-se no

fato dele constituir a linha de frente do cuidado da população. Quando este profissional está comprometido em sua capacidade de realização pelas condições adversas de trabalho consequentemente não executa plenamente seu ‘trabalho vivo em ato’, pela indissociabilidade dos modos de trabalhar e subjetivar. Tal situação, além de prejudicar sua própria saúde, pela vivência de sentimentos de impotência, desilusão, desmotivação e estresse, também dificulta a realização de um bom trabalho, pois, despotencializa a força destes sujeitos (Barros & Carvalho, 2006; Katsurayama, 2011). Essa situação remete para a necessidade de refletir sobre a subjetividade destes trabalhadores e não apenas a produção de competências.

[S3] *“Por que a gente anda tão sem amparo... O funcionário que deveria tá levando a promoção de saúde é o mais doente de todos psicologicamente! Eu tava dizendo, primeiro nós temos que ter um psiquiatra, [...] pelo menos uma vez por semana, porque é de ficar maluco! Você, se ficar doente..., você não pode ficar doente, tu tem que vir aqui, tu tem que trabalhar... de qualquer maneira, porque senão você já pensa, eu vou ser descontado... eu vou perder meu vale alimentação! Tudo isso! Então olha também tudo o que funcionário sofre.”*

[S5] *“Não existe incentivo nenhum, você vem trabalhar doente pra não perder o vale alimentação.”*

As falas de S5 e S3 apontam para uma situação onde mesmo doente os profissionais trabalham, situação limite e contraditória para trabalhadores que tem como ofício cuidar da saúde de outras pessoas. A constatação de que os profissionais têm de passar por cima de suas necessidades para manter seus benefícios apontam para um ponto perverso deste ciclo pernicioso: se por um lado os estudos em saúde afirmam o estreito vínculo entre condições adequadas de vida e saúde, por outro, os trabalhadores desta área são empurrados para um ciclo silencioso de adoecimento pelo assujeitamento a condições precárias de trabalho.

Os profissionais da saúde precisam ser vistos em seu sofrimento, para que possam também solidarizar-se com o sofrimento alheio, produzindo dessa forma, melhores condições para o encontro entre sujeitos: trabalhadores e usuários. S6 e S13 resumem esta questão de forma precisa:

[S6] *“Promoção de saúde tinha que começar com os próprios funcionários.”*

[S13] *“Falta promoção [de saúde] em cima de nós, agentes de saúde, profissionais de saúde!”*

Esta contradição impõe a necessidade de pensar o desafio de promover a saúde dos trabalhadores, o que pressupõe seu fortalecimento enquanto sujeitos e na coletividade, na busca da democratização das formas de trabalho, como processo instituinte que possa produzir, num efeito cascata, processos instituintes junto à comunidade também (Barros & Carvalho, 2006).

Nesse contexto, é perene a necessidade de alteração nas condições de trabalho dos profissionais da saúde, visto o sofrimento vivenciado. Isso remete à forma com a qual estes trabalhadores lidam com tal sofrimento, por qual lógica ele é combatido. Infelizmente, a lógica utilizada não é a da promoção da saúde, por meio da emancipação, ao contrário, reporta à medicalização de tais sofrimentos, um enfrentamento individual para um problema vinculado ao coletivo de trabalhadores.

Os profissionais de saúde premidos por seu sofrimento no trabalho, e na impossibilidade de dar conta de suas demandas, muitas vezes, buscam alívio na utilização de medicamentos. Essa situação nega a possibilidade de acolhimento das demandas destes trabalhadores de forma integral, pois, a medicalização do social caminha em sentido oposto ao da integralidade, na medida em que, seu epicentro é a ‘doença’ e seus sintomas e não o sujeito.

O diálogo a seguir evidencia tal situação e aborda o meio pelo qual alguns ACS enfrentam as dificuldades vivenciadas no cotidiano, utilizando psicotrópicos como um instrumento de minimização do sofrimento imposto pelo trabalho.

[S13] *“Todas estressadas... Pergunta aqui quem não toma Sertralina, ou toma*

Fluoxetina, ou coisa parecida. Tu vai fazer uma pesquisa sobre as Agentes de Saúde pra vê se a maioria não toma até Lorazepan!”

[S12] *“Remédio pra dormir, por que não consegue dormir mais.”*

Os registros acima revelam a necessidade de utilização excessiva de medicamentos dentro do sistema de saúde como paliativo aos sofrimentos vivenciados no trabalho. Para uma compreensão mais acurada é necessário considerar o pano de fundo dessa situação, tanto as condições de trabalho, já evidenciadas anteriormente, quanto a representação dos medicamentos na contemporaneidade.

Dantas e Ewald (2010) asseveram que os novos modos de existência contemporâneos, pautam-se em uma lógica que inscreve os medicamentos como solução ‘quase mágica’, desenvolvidos unicamente para facilitar a vida dos indivíduos. Essa lógica aliada à facilidade de acesso e à cultura do consumo atrelam a questão da saúde a uma lógica de mercado.

A subjetividade da vida, neste contexto, é relegada a um segundo plano e a reflexão crítica e política são mitigadas ao se reduzir as problemáticas sociopolíticas a questões individuais. O sujeito paulatinamente vai reduzindo sua capacidade de ações que visem à coletividade (Guarido & Voltoline, 2009). No caso destes profissionais, buscam-se soluções individuais (consumo de medicamentos) para um problema que diz respeito ao coletivo e como tal poderia ser resolvido, situação que se configura no contraponto de uma prática promotora de saúde.

São as mazelas da vida que são medicalizadas sem reflexão de sua configuração social, é a “medicalização da existência como uma construção social e intersubjetiva que pertence, da cabeça aos pés, em sua gênese como em sua função, a uma estrutura da cultura moderna e ao mal-estar por excelência desta civilização.” (Gori & Del Volgo, 2005, p. 21 citado por Guarido & Voltoline, 2009, p. 242).”

[S15] *“Não existe um ACS que não tomou ou não tome umas bagazinhas para ‘aguentar o tranco’, pelo menos em alguns momentos...”*

A fala de S15 reafirma a necessidade de medicação para “aguentar o tranco” da função de ACS, no entanto, essa medicação é um

paliativo para um problema coletivo daquele (e talvez de outros) grupos e que “resolvido” desta maneira, perde sua potência transformadora.

A medicalização tem na sociedade contemporânea, a função de eliminar nossas inquietações, instaurando a tolerância e mantendo sob controle as emoções numa espécie de “bloqueio químico”. Nas palavras de Ignácio e Nardi (2007, p. 89), instaura uma “*normalidade medicalizada*” que implica no desmantelamento da resistência coletiva. Tem-se um silenciamento do sujeito inserido em seu contexto, compensado pela ampliação da importância dispensada ao aspecto bioquímico de seu organismo. Nesse processo, o diálogo entre profissional de saúde e usuário é significativamente reduzido, tendo como consequência um diagnóstico despido da dimensão subjetiva inserida e contextualizada.

[S13] *“Não adianta capacitar se não vai vim medicação. Concordo com a educação, mas quando é vício tem que ter remédio.”*

Essa ilustração remete a uma redução de outras tecnologias (relacionais, por exemplo) enquanto apenas um complemento da medicação, o que subentende que a utilização de remédios é o único recurso de sucesso possível para os “vícios”. Ressalta os aspectos biológicos de uma situação no mínimo complexa, que ao se priorizar tal aspecto reduz todo o campo de intervenção da saúde.

Essa forma de enfrentamento do sofrimento trilha um caminho oposto ao da promoção de saúde, pois, pensar a saúde em sua integralidade requer focalizar também as formas de organização social e suas consequências para os sujeitos e coletividades. Tal situação requer ponderar sobre a realidade que se apresenta, pautada em um modelo hegemônico que prioriza um discurso das ciências naturais em detrimento da subjetividade das pessoas e das condições concretas das coletividades. Tais assuntos serão abordados no próximo Núcleo Temático, onde serão analisadas: a promoção de saúde, suas práticas e concepções.

5.3 Promoção de Saúde na Atenção Básica

Tabela 4. Núcleo temático “Promoção de saúde na Atenção Básica” e suas categorias

Núcleos Temáticos	Categorias
5.3 Promoção de Saúde na Atenção Básica	5.3.1 Ações em promoção de saúde 5.3.2 Diferentes estilos de pensamento em promoção de saúde 5.3.3 Educação em saúde e relação usuários/ profissionais de saúde 5.3.4 Fatores limitadores da promoção de saúde

Esse Núcleo Temático, configura-se no foco principal desta análise, pois aborda o tema central deste estudo em seus aspectos mais relevantes. Evidencia as relações de suas categorias e outras categorias, inclusive de outros Núcleos Temáticos, na medida em que estas sustentam e dão sentido às considerações realizadas sobre a temática em questão.

As quatro categorias que compõem este núcleo, constituem-se em categorias-chaves para a compreensão dos aspectos principais das ações de promoção de saúde e os estilos de pensamento dos profissionais no que tange ao assunto. Serão abordadas nesse núcleo, as “Ações em promoção de saúde”, os “Diferentes estilos de pensamento em promoção de saúde”, a “Educação em saúde e relação usuários/ profissionais de saúde” e “Fatores limitadores da promoção de saúde”.

A primeira categoria versa sobre a questão da realização ou não de ações de promoção de saúde no contexto da Atenção Básica e sobre as características dessas ações, que na opinião dos sujeitos, configuram-se em promoção de saúde. Analisa ainda as atividades apontadas como promotoras de saúde e as parcerias necessárias para sua realização.

A segunda categoria, “Diferentes estilos de pensamento em promoção de saúde”, evidencia as diferentes formas de perceber a promoção de saúde, tanto vinculada à prevenção e a uma ação medicalizante, focada no repasse de informações e na responsabilidade individual, quanto na ação intersetorial, vinculada às condições de vida. Outra questão recorrente nessa categoria é sua estreita vinculação com a educação em saúde.

A categoria “Educação em saúde e relação usuário/profissionais de saúde” esmiúça as formas de realizar o processo educativo na área da saúde e evidencia os meandros da relação entre os trabalhadores e a

população. Aponta a predominância de formas verticais de relação que priorizam o repasse de conteúdos e ressalta a dimensão educativa não intencional em todas as ações.

Na última categoria, evidenciam-se as razões pelas quais a promoção de saúde não é realizada. A dificuldade de realizar parcerias, a falta de infraestrutura, a sobrecarga de trabalho e a “cultura da população” são os aspectos apontados pelos pesquisados como os fatores limitadores destas ações no contexto abordado.

5.3.1 Ações em Promoção de Saúde

Essa categoria aborda as ações que na opinião dos profissionais de saúde, configuram-se em promoção de saúde e explicita opiniões que diferem radicalmente, sendo afirmadas, tanto a ausência como a realização de várias atividades. Essas diferenças decorrem, em grande medida, de diferentes estilos de pensamento em relação à promoção de saúde, tema que não será analisado nessa categoria (apesar de ser apontado em alguns momentos, visto que, é parte intrínseca às ações), e sim em categoria posterior. Serão abordadas ainda as atividades de promoção de saúde, individuais e grupais e as parcerias necessárias para sua realização.

Os discursos dos sujeitos desta pesquisa abordam e evidenciam as dificuldades, enfrentadas na realização de ações em promoção de saúde, dando contornos práticos às questões que perpassam a teoria acerca do tema. As falas a seguir expressam parte dessa complexidade e, juntamente com as outras falas dessa categoria, evidenciam peças de um “quebra-cabeça” de difícil composição.

[S10] *“É complicado promoção... Promoção?! Acho que a gente consegue fazer bastante prevenção, mas promoção...”*

[S19] *“Eu acho que a gente não consegue, que não dá pra fazer promoção de saúde na Unidade.”*

[S9] *“A promoção não acontece na UBS! Não acontece nem aqui, nem em uma outra Unidade que já trabalhei! É muito difícil.”*

As falas apontam para a impossibilidade de realizar promoção de saúde nas UBSs. A dificuldade de operacionalização de projetos de promoção de saúde é apontada por Czeresnia (2009), como um fato que permeia esse assunto, independente da perspectiva epistemológica envolvida. Tais dificuldades, evidenciam-se nas inconsistências, nos pontos obscuros e na contraditória tentativa de diferenciação entre promoção de saúde e prevenção de doenças.

[S15] *“A gente consegue prevenir algumas coisas, mas promover é bem difícil. Pelo menos é o que eu acho.”*

[S8] *“Exatamente o que a gente faz é mais curativo, preventivo tá meio difícil.”*

Os discursos mencionados evidenciam uma característica que permeou a opinião de muitos sujeitos durante a realização desta pesquisa: a predominância de ações de prevenção. Essa constatação traz à tona um aspecto crucial para o entendimento da promoção de saúde, corroborando com outros estudos, como o de Ronzani e Silva (2008). Esse estudo ressalta a predominância de ações de prevenção na ESF, de cunho eminentemente higienista e de campanhas e questiona a integralidade das ações realizadas neste nível de atenção. Ressalta que o atendimento integral implica em atividade não apenas de prevenção de doenças e analisa a dificuldade encontrada pelas equipes para desenvolver estratégias criativas e inovadoras de trabalho em grupo e de promoção de saúde.

Sícoli e Nascimento (2003) colocam em questão a capacidade do Setor Saúde avançar além da assistência e prevenção, justificando esta afirmação pelo reconhecimento de que as ações de âmbito coletivo são relegadas para segundo plano pela enorme pressão da demanda assistencial, questão já analisada em categoria anterior. Apesar disto os autores reafirmam e ressaltam a importância crucial deste setor para a detecção das necessidades em saúde, mesmo que nem sempre estas demandas possam ser supridas pelo próprio setor. Os discursos acima corroboram com estes questionamentos e demonstram, que na prática, é mais corrente realizar a prevenção e cura, sem, no entanto alcançar a promoção de saúde.

A fala de S15 reafirma as anteriores, apontando que no cotidiano da UBS o possível é a realização de atividades de prevenção. Essas falas corroboram com o período de observação, no qual a pesquisadora

presenciou as atividades realizadas, ficando evidente a priorização da prevenção. Nas visitas realizadas, por exemplo, as atividades mais desenvolvidas eram: medir pressão, realizar o exame de diabetes e repassar orientações como: de higiene e cuidados referentes à transmissão de doenças, alerta para a diminuição do sal na comida, a importância de tomar a medicação conforme a prescrição médica e de realizar atividade física.

Já S8 vai além e questiona a própria capacidade de realizar a prevenção, afirmando que as atividades realizadas, situam-se no âmbito curativo, sugerindo lacunas que dificultam a realização de tais ações. Apesar de a prevenção se configurar em um dos aspectos importantes dentre os abarcados pela ESF, Ronzani e Silva (2008) evidenciam que a função da ESF não pode se resumir a tais atividades, alertando ainda, que muitas ações preconizadas como preventivas sejam na verdade curativas, afirmação que corrobora a fala de S8.

A integralidade pressupõe a realização de atividades que satisfaçam as necessidades de saúde, que perpassam um contínuo que vai desde ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Se o foco se reduz a um destes pontos, perde-se o atendimento integral, caindo-se em um modelo preventivista e reducionista que naturaliza o conjunto de relações sociais.

No entanto, cabe ressaltar que os sujeitos citados até o momento nesta categoria afirmam as ações realizadas como preventivas, mas esta perspectiva não é unanimidade, pois, alguns profissionais afirmam a realização de atividades de promoção de saúde. Para clarear as ações citadas como de promoção, faze-se necessário estar atento às falas dos sujeitos.

[S12] *“Eu levava os estagiários de Medicina pra gente fazer a promoção, que na primeira fase eles têm... no primeiro ano eles têm que fazer a promoção, questão de higiene, questão de escovar dente...”*

[S16] *“A gente consegue fazer basicamente de promoção, são mais atividades individuais.”*

[S13] *“Só com os idosos, na realidade fazendo aí muito em cima, ou campanha.”*

O discurso de S12 identifica orientações em relação à higiene e cuidados pessoais como atividades de promoção de saúde, o que evidencia uma compreensão diferente dos discursos anteriores. S16 ainda afirma que as ações de promoção de saúde possíveis são as realizadas de forma individual, sendo afirmado de forma complementar por S13 que essas ações só ocorrem quando existe certa pressão (“fazendo muito em cima”), ou em campanhas de saúde.

A vinculação de ações de promoção em saúde como diretamente vinculada à prevenção de doenças e à higiene é recorrente não apenas no Brasil. Hedman (2009) aponta em seu estudo realizado na Suécia com odontólogos que trabalham com ‘promoção de saúde bucal’, que apesar desse termo ser utilizado por vários entrevistados, não é apresentado de forma clara e coerente. No entanto, os discursos dos sujeitos entrevistados dão uma noção de seu significado, visto que, apontam para a focalização dos sintomas de doenças e não para os aspectos que envolvem a saúde, evidenciando a predominância do discurso biomédico. Esse estudo sueco aponta o objetivo preventivo como o foco das intervenções dos entrevistados, evidenciando uma concepção de saúde como ausência de doenças, indicado pelo próprio termo utilizado “promoção de saúde bucal”, que indica uma compreensão fragmentada da saúde.

[Pesquisadora] *O que vocês percebem como ações de promoção de saúde? [...]*

[S4] *“O que a gente faz nas residências e ou até campanhas que são feitas também, campanhas de vacinação.”*

[S13] *“Eu acho que a promoção [...] o anticoncepcional, ou: vai lá e faça o exame de novo pra prevenir; ela indo lá para ver se não estão com piolho... ta vendo lá no dia a dia.”*

[Pesquisadora] *E promoção de saúde? Vocês acham que acontece na unidade, que vocês conseguem trabalhar a questão da promoção de saúde?*

[S2] *“Eu acho que é bem complicado porque quanto mais a gente vai nas casas... por exemplo: o preventivo! A gente vai lá falar: tem que fazer, tem que*

fazer, muitas vezes não vem, e quando acontece alguma coisa daí elas vêm. Então, elas só pensam depois que acontece.”

Novamente os discursos apontam para ações como campanhas de vacinação, orientação quanto a cuidados com a higiene e quanto à importância da atividade física e à realização de exames como ações de promoção em saúde, situação que permeou o tempo passado em campo. Essas falas apontam para uma percepção de que as ações de promoção de saúde são aquelas que evitam o aparecimento de doenças ou agravos.

Para Buss (2009), parte da confusão entre promoção e prevenção é resultado da ênfase no aspecto comportamental e individual, que tem sua origem no modelo biomédico. Já para Mascarenhas (2005), tal divergência de opiniões acontece em decorrência de uma das primeiras formulações teóricas do conceito de promoção da saúde, vinculada ao modelo preventivista: o modelo da História Natural da Doença, concebido por Leavell e Clark (1976). É válido ressaltar, que essa proposta preventivista nasce em resposta às críticas ao modelo biomédico curativista, tendo em seu início contornos de movimento de transformação do cenário na área da saúde.

No entanto, com o advento do SUS, fruto do movimento da Reforma Sanitária, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, como o desemprego, a violência, a falta de saneamento básico, a falta de habitação adequada, as dificuldades de acesso à educação, a fome, a qualidade do ar e da água ameaçada, a urbanização desordenada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (Brasil, 2006b). Sob este prisma, a utilização de estratégias de prevenção como sinônimas de promoção de saúde implica em desperdiçar ações que podem contribuir na emancipação da população e na busca coletiva para o enfrentamento dos problemas.

A similaridade encontrada entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças evidencia que prevenir é antes de tudo vigiar, buscando uma ação antecipatória vinculada principalmente às populações mais vulneráveis, enquanto que, promover a saúde, quando esta é sinônimo de criar hábitos saudáveis, constitui-se também em vigilância, que cada um de nós deve exercer sobre si mesmo. Nesse sentido, promover saúde pode tornar-se uma estratégia biopolítica, que em grande medida restringe as decisões individuais. Esse quadro descortina certa subalternidade às medidas ‘saudáveis’, onde “o

indivíduo pode articular o consenso ou o dissenso, porém, sem a possibilidade de construir a autonomia” (Caponi & Verdi, 2005, p. 86).

[S13] *“Mais na promoção, a promoção nos já fazemos, quando levamos a informação, já é uma promoção, certo? Já tá promovendo a saúde com a informação, é o nº 1!”*

S13 aborda um aspecto importante das ações de promoção em saúde, a informação, afirmando que “levar” a informação para a população, constitui-se em promover saúde. De fato, o conceito mais utilizado sobre o termo define promoção de saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p.19).

O termo “capacitação” sugere atividades de cunho pedagógico, no entanto, as práticas de promoção de saúde não podem ser reconhecidas e reduzidas apenas a esses aspectos, visto que, incorre-se no perigo de minimizar suas potencialidades. O próprio relatório que define esse conceito, ou seja, a Carta de Ottawa (Brasil, 2002) vai mais longe, e aponta a promoção de saúde como ação que não se encontra restrita ao Setor Saúde. Essa afirmação constitui-se no reconhecimento de que não basta educar para um estilo de vida saudável, é necessário capacitar as populações de exercerem sua saúde por meio de condições dignas de vida, indo além da informação.

Cabe ainda ressaltar, que mesmo quando abordamos o tema educação em saúde é necessário delimitar a perspectiva de educação que está sendo utilizada e qual o conceito de saúde aí embutido. Esse aspecto será analisado em categoria posterior, por hora, cabe ressaltar que a educação em saúde constitui parte importante das ações de promoção em saúde, mas não esgota suas possibilidades. Dessa maneira, S13 ressalta um aspecto importante das ações de promoção de saúde, cabendo apenas questionar se existe, e qual a diferença, entre “levar a informação para a população” e “construir conhecimento com esta população”, estando atento para as implicações das duas posturas.

Outra atividade apontada por vários profissionais como sendo de promoção em saúde são os grupos realizados na UBS, apesar de alguns profissionais afirmarem que esses grupos são de “educação em saúde” e não “promoção em saúde”.

[S16] *“O que a gente consegue fazer basicamente de promoção [...] os grupos, que agora a gente tá começando a organizar!”*

Os grupos, apontados na fala de S16 como uma das poucas atividades de promoção de saúde realizada na UBS, tem como foco populações específicas: gestante, diabéticos e hipertensos, além dos grupos de atividade física realizados semanalmente em uma das UBS. Dois aspectos centrais se destacavam nestes grupos: repasse de informações e busca de diálogo com os usuários.

Os grupos de atividade física são compostos, na sua grande maioria, por pessoas idosas, que têm pressão alta ou diabetes. Esses grupos evidenciam entrosamento entre os participantes, tanto profissionais quanto usuários em um clima de descontração. As atividades envolvem brincadeiras aliadas à atividade física ou à dança, sendo realizadas no decorrer do grupo orientações acerca da importância da atividade física e da diminuição do consumo de sal. Esses grupos seguem certo protocolo: medir pressão e realizar o exame de diabetes no início da atividade, realizar o alongamento seguido da atividade física/recreação proposta para aquele dia, alongamento final e nova mensuração da pressão para os participantes que apresentaram pressão alta no início.

Campos e Wendhausen (2007) reafirmam a importância da existência de espaços como grupos de atividades educativas, físicas e recreativas, pois, eles fomentam a construção de variadas formas da participação da comunidade. Porém, advertem que esses espaços são frequentemente utilizados de uma forma prescritiva, na qual o trabalhador de saúde determina unilateral e previamente as ações realizadas, propiciando nesses casos uma participação onde os usuários são objeto da intervenção e não coparticipes desta. Ressaltam ainda, que a equipe entende a importância desses espaços, mas acaba desperdiçando-os como espaços educativos para a participação protagonista, pois, não consegue perceber sua potencialidade.

Além das atividades físicas semanais, os participantes costumavam realizar festas comemorativas de datas festivas, onde cada um leva comida e bebida e todos dançam e festejam juntos. Uma dessas comemorações também é citada por S17 como uma atividade de promoção de saúde.

[S17] *“Teve uma festinha de São João com os idosos aqui. Até eu comentei com uma pessoa que mora em outro bairro, nossa ela ficou... ‘nossa lá não tem, que legal’ [...] é uma promoção de saúde, não é?”*

Essa fala aponta para a importância de momentos de lazer na comunidade, enquanto parte constituinte da saúde de determinada população e, portanto, um quesito que compõe a busca pela promoção de saúde. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, base para o SUS, explicita-se saúde em sentido amplo, como o resultado de condições concretas de vida, tais como a alimentação, educação, habitação, trabalho, lazer, renda, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Tal compreensão focaliza as formas de organização social e evidencia saúde como a expressão das condições de vida das populações e não apenas como ausência de doenças (Brasil, 1986). Portanto, S17 traz um aspecto importante do conceito ampliado de saúde em seu discurso.

A partir da observação participante foi possível destacar outro grupo realizado nas duas UBSs pesquisadas: o de gestantes. Nesses grupos são repassadas informações acerca do desenvolvimento do feto durante a gravidez, levantadas e discutidas várias dúvidas sobre esse período, em um clima de descontração que incentivam a participação das gestantes. O repasse de orientações em algumas situações são problematizadas pelas coordenadoras dos grupos, em outras, os profissionais apenas trazem as informações, afirmando a importância de seguir as prescrições. A diferença entre essas duas posturas está diretamente vinculada ao profissional que articulava a informação ao grupo.

Observou-se que quando os coordenadores se posicionam de maneira autoritária, apenas repassando o “conhecimento científico”, induzem ao cerceamento da elaboração coletiva por meio da desvalorização do conhecimento elaborado individualmente pelos integrantes. Tal postura evidencia um modelo pedagógico bancário²⁴ que prescreve condutas, impondo a passividade aos participantes, e que tem como objetivo introduzir o maior número possível de informações. Essa situação acaba por culpabilizar o indivíduo por seus agravos de saúde, reduzindo a autonomia e reforçando a dependência aos serviços,

²⁴ Modelo descrito por Freire (2008).

situação que compromete a capacidade de enfrentamento dos sujeitos. A condução grupal nesse modelo evidencia polos assimétricos de poder, onde, de um lado está o profissional detentor de conhecimento e, do outro, o usuário desprovido de saber (Santos *et al.*, 2010).

Em um dos grupos, as gestantes foram maquiadas e ‘produzidas’ (com acessórios e penteado) para tirar fotografia que seriam entregues a elas na primeira consulta após o parto, desde que estas tivessem um número mínimo de comparecimento aos grupos de gestantes. Quando questionei o motivo dessa condição, uma das profissionais me afirmou que essa foi a estratégia utilizada para haver uma maior participação nestes grupos. Apesar de as gestantes se mostrarem contentes com a possibilidade de se “produzir” e de ganhar a fotografia como lembrança, durante a realização do grupo, mostravam-se passivas, “obedecendo” as instruções dos profissionais, não havendo protagonismo no processo de construção da atividade. Interessante ressaltar a ideia de fotos como uma proposta que retira o foco das prescrições e abre novas oportunidades a serem trabalhadas, no entanto, a estratégia utilizada para a ‘adesão’ ao grupo é questionável pela falta de autonomia de seus participantes.

No entanto, observou-se que quando o coordenador facilita o diálogo também acaba por favorecer o fortalecimento da cumplicidade entre os integrantes do grupo e promove a identificação e superação cooperativa das situações vivenciadas. Parte-se da compreensão que os envolvidos pautados em uma reflexão crítica da realidade, num processo de coaprendizagem partilhada pelo grupo, que favorece a autonomia. Essa compreensão está em sintonia com os grupos de promoção em saúde, que possibilitam aos sujeitos enquanto autônomos cooperativos, elaborarem de forma coletiva estratégias de participação solidária no enfrentamento das dificuldades cotidianas (Santos *et al.*, 2010).

No grupo de diabéticos, houve a explanação sobre o que é a doença e suas complicações, e eram realizadas recomendações como: não ingerir muito açúcar, cuidar dos pés, fazer atividade física, etc. No entanto, conforme os aspectos iam sendo abordados as coordenadoras do grupo buscavam trazer a experiência dos participantes e a discussão de alguns direitos dos usuários, contextualizando as informações e, muitas vezes, buscando alternativas junto com estes para situações delicadas. Essas discussões eram propiciadoras do envolvimento dos usuários na discussão e reflexão sobre o tema.

Os grupos de promoção de saúde não têm como objetivo combater doenças, vão além, porque auxiliam o desenvolvimento da cidadania e da consciência dos direitos sociais dos cidadãos, possibilitando a reformulação da assistência medicalizadora e com foco

na prevenção e cura das doenças apenas. São resultantes de um processo que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas e que busca atuar sobre os micro e macro determinantes. O desenvolvimento da autonomia e a participação cooperativa são duas condições primordiais para um grupo possa ser chamado de promoção de saúde, e que tem como balizador das relações o diálogo e o respeito à diferença (Santos *et al.*, 2006).

A postura dos coordenadores nos grupos relatados foi diversa, tendo uma tendência para a escuta dos usuários e busca de estratégias conjuntas para problemas individuais. O clima de descontração e a relativa participação dos usuários, em alguns grupos, permitem situá-los na busca de um trabalho mais voltado para a promoção em saúde. No entanto, o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos não se mostrou como um dos objetivos dos grupos na grande maioria dos casos, apesar da existência de algumas discussões sobre os direitos dos usuários em relação à saúde, o que demonstra a preocupação de alguns profissionais em refletir direitos sociais e construção de cidadania.

Outra atividade de grupo apontada como promoção de saúde são as ações realizadas pelos odontólogos nas escolas do território e que tem como objetivo reforçar hábitos de higiene em crianças e adolescentes. Essas ações têm um protocolo razoavelmente delimitado: exame bucal, orientação aos pais por meio de folhetos e orientação para as crianças por meio de vídeos infantis e desenhos para pintar, supervisão de escovação e um segundo exame bucal. Mas esses passos compõem o ideal, que é adaptado à realidade de cada grupo (faixa etária, local, etc.). Nas observações realizadas foi possível verificar que, por exemplo, na creche não houve a supervisão de escovação e no trabalho com adolescentes realizado anteriormente houve apenas a exibição de um vídeo sobre higiene e um “bate-papo” em grupo sobre o conteúdo assistido.

Essa flexibilidade e adequação das atividades aos grupos trabalhados é um aspecto importante dessas intervenções e indicam protocolos maleáveis que buscam as necessidades e os significados das demandas nos grupos. No entanto, estes grupos têm como foco hábitos de higiene, que quando desenvolvidos desde criança podem evitar vários agravos e doenças, e talvez seja esta a questão crucial em termos da concepção em promoção de saúde em jogo: evitar doenças, que em muitos casos é percebido como promover saúde.

A PNPS (Brasil, 2006b) traz em seu bojo outra concepção de promoção da saúde, apontando esta como uma estratégia de articulação transversal, que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da

população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defenda a equidade e incorpore a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. Assegura ainda a importância da intersetorialidade para o desenvolvimento de ações que tenham como objetivo a melhoria da saúde, corresponsabilizando os diversos setores pela garantia da saúde como um direito.

Em consonância com esta concepção, foi apontada por vários profissionais a necessidade de parcerias para realizar promoção em saúde. Os profissionais citam outras Secretarias, como de Habitação, de Obras, do Meio Ambiente e de Saneamento; as Associações de Moradores e a Igreja como possíveis parceiros na efetivação dessas ações e suas falas trazem também os entraves a serem superados. A fala a seguir explicita como o trabalho na área da saúde deve ser realizado em parceria com outros setores.

[S3] *“Para a saúde funcionar precisa fazer um trabalho conjunto com as outras secretarias: Habitação, Saneamento, etc.”*

A colocação de S3 traz a evidência prática da necessidade de superação da lógica fragmentada para um olhar mais integral da realidade, por meio do qual as necessidades em saúde ultrapassem as delimitações das secretarias e se coloque como efetivamente intersetorial.

Tal percepção evidencia a saúde imbricada às condições concretas de vida da comunidade, o que implica admitir que apesar dos serviços de saúde serem fundamentais, não conseguem assegurar sozinhos a qualidade sanitária da população, sendo crucial o diálogo e a articulação com outros setores. A resolução de problemas cotidianos da gestão destes serviços requer o estabelecimento de parcerias que aliem não apenas os esforços individuais, mas ações coletivas, com instituições públicas e privadas, estabelecendo ações de caráter intersetorial. Mais do que juntar setores, é necessário criar uma nova dinâmica com base territorial e populacional com vistas à integralidade das ações (Mascarenhas, 2005; Paim, 2009).

Mas apesar da clareza de alguns profissionais da necessidade de obter apoio de outros setores do governo municipal, o discurso a seguir traz à tona a dificuldade de realização dessas parcerias.

[S13] *“Então já veio o rapaz aqui, já foi lá vê o tamanho, lá da extensão, foi lá vê a extensão do rio. O que precisa? Precisa que venha a Secretaria de Obras e limpe a beira do rio... mato... lixo.”*

[Pesquisadora] *Essas parcerias são difíceis?*

[S13] *“São difíceis!”*

A fala de S13 mostra que na prática as ações conjuntas enfrentam dificuldades de concretização, evidenciando uma lógica de priorização de demandas setoriais. Mascarenhas (2005) afirma que para que uma lógica intersetorial seja desenvolvida deve haver um espaço que permita a articulação de organizações e instituições em uma rede intersetorial, que possa vincular as ações do governo aos problemas identificados nos territórios e transformar as demandas em ações voltadas para supri-las. A fala de S13 indica que este espaço propulsor de parcerias não existe e que apesar dos esforços das equipes, as necessidades que envolvem a ação conjunta entre secretarias podem ser difíceis de firmar, dificultando ações no âmbito intersetorial e comprometendo a integralidade das ações.

Sícoli e Nascimento (2003) coadunam com outros autores quando afirmam que o foco na redução de iniquidades sociais requer um trabalho entre os múltiplos setores, o que implica na superação da lógica das políticas particulares, definidas e realizadas de forma vertical e paralela, mesmo se tratando da mesma população, pois, o modelo de gestão pautado na segmentação perde a integralidade dos sujeitos e as necessidades e direitos da população. A construção de redes, torna-se neste contexto uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença, buscando superar a marca dos orçamentos públicos, que são predominantemente setorializados, situação que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilidade e resolutividade das ações (Brasil, 2009e).

No entanto, a busca de parceiros extrapola os setores governamentais para além de suas fronteiras, onde também encontram obstáculos a serem superados. Pode-se citar como exemplo, a parceria com a Associação de Moradores de um dos bairros do território. Em visitas realizadas com uma das ACS presencio a pesquisa que esta realiza sobre a necessidade de abrir outra creche.

[Pesquisadora] *A qual movimento está vinculado esta tentativa de abrir outra creche?*

[S19] *“O presidente da Associação de Moradores foi até a Unidade e solicitou que as ACSs fizessem essa pesquisa, para com esse levantamento tentar ‘forçar’ a abertura de outra creche no bairro.”*

No entanto, esta ACS foi a única, num grupo composto de seis, em que se verificou envolvimento com este tipo de Associação. Quando questionados os outros ACSs sobre esta parceria, estes são categóricos em afirmar que a Associação de Moradores e a UBS não realizam nenhuma ação conjunta. Essa parceria mostra-se frágil pela dificuldade de articular as informações entre os parceiros, o que sem dúvida alguma enfraquece a ação. A intersectorialidade apresenta várias dificuldades de viabilização no cotidiano dos serviços e tem como um dos obstáculos nestas equipes a dificuldade de comunicação entre os profissionais, questão já discutida neste trabalho no Núcleo Temático “Organização no Trabalho”.

Cabe destacar que as dificuldades e obstáculos abordados até agora prejudicam as ações com pretensões intersectoriais, mas apesar de difíceis, a articulação de parcerias que impliquem na participação popular é primordial para a promoção de saúde das comunidades. Nesse sentido, uma iniciativa realizada em uma das UBS pesquisadas merece destaque, refere-se a uma ação de conscientização da importância da ação ambiental, com vistas a integrar os adolescentes nas ações da UBS.

[S13] *“Até eles iam confeccionar as placas pra nós, pra dar pros adolescentes pra pintar poesias nas placas, pra ter mais conscientização. Eu digo nem que amanhã ou depois também sumiram todas, mas pelo menos, é a semente que você planta, e principalmente pra esse pré-adolescente, que a gente não consegue, às vezes, trazer [para UBS]...”*

A fala de S13 relata uma atividade elaborada a partir da discussão entre os usuários, tendo como mediadoras as ACSs, e que tem como

foco a necessidade de melhoria da encosta de um rio que corta a comunidade. O projeto consiste em reunir alguns adolescentes, os filhos de duas ACSs e outros adolescentes da comunidade, para fazer um mutirão de limpeza e conscientização. Para sua consecução o grupo irá confeccionar 20 placas, com a ajuda de um profissional que vai auxiliá-los nesse processo, com frases sobre a importância da preservação do meio ambiente. Para que este projeto se concretize, as ACSs esperam que a Secretaria de Obras faça a limpeza da vegetação e do excesso de lixo ao longo da encosta do rio, para que, em seguida, seja realizado o mutirão de limpeza e a fixação das placas. Foi decidido também, em uma reunião da equipe de SF, que seria levado no dia da confecção das placas uma pessoa que tivesse como foco de seu trabalho o meio ambiente para discutir com os adolescentes sobre o tema.

As equipes de SF só podem construir serviços com resolutividade e humanizados se houver o aprofundamento das parcerias entre os diversos níveis de gestão do sistema de saúde, aliado a atividades que efetivem iniciativas intersetoriais, gerando espaços para a participação da população no processo de organização e definição das prioridades locais de saúde. Sobre isso, o trabalho multissetorial pode se constituir em processo gerador de mudanças significativas, pois, permite através da descentralização, a construção do sistema local de saúde, que não perca de vista a integralidade e a necessidade da participação da população nos temas referentes à saúde (Campos, 2005).

A atuação das equipes de SF em articulação com os movimentos sociais e outras políticas públicas pode ser o caminho para enfrentar a diversidade de situações vivenciadas na Atenção Básica, potencializando a capacidade de respostas dos serviços de saúde (Brasil, 2009d). A formalização desta intersetorialidade deve ocorrer como forma a criar canais de trabalho, que pressuponham a participação social nesse processo.

A Organização Mundial de Saúde caracteriza como iniciativas de promoção da saúde os programas e as atividades que sejam organizadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, fortalecimento das comunidades, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (Sicoli & Nascimento, 2003). Tomando como base tais princípios fica evidente a falta dessas ações na Atenção Básica. No entanto, é necessário perceber que esses princípios não podem ser tomados como uma delimitação fechada, mas como um caminho a seguir, e que algumas ações evidenciadas nesta categoria vislumbram e trilham um caminho promissor.

O relatório da Carta de Ottawa considera como pré-requisitos para a saúde, a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (Brasil, 2002). Esses requisitos implicam em um conceito de saúde que é fortemente determinado por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, além dos comportamentais e biológicos, situação que evidencia o equívoco de focalizar apenas os dois últimos. Nesse entendimento, promover saúde é possibilitar o acesso aos serviços e condições dignas de vida, percepção que se contrapõe a outra que tem como foco a modificação dos hábitos e estilos de vida. Os diferentes estilos de pensamento sobre promoção de saúde serão abordados na categoria seguinte.

5.3.2 Diferentes Estilos de Pensamento em Promoção de Saúde

Essa categoria discute os estilos de pensamento em promoção de saúde. Para Fleck (2010/1935), os estilos de pensamento são imprescindíveis para a compreensão da construção e transformação do saber, portanto, é necessário analisar essas “percepções dirigidas” para uma melhor compreensão das ações dos sujeitos.

É necessário ressaltar que não se tem a pretensão de delimitar ‘quais’ estilos estão presentes, se atende às linhas fronteiriças entre eles, mas sim, quais são as características vinculadas aos estilos presentes. Como já dito anteriormente, busca-se uma compreensão, a partir da pluralidade de concepções, balizada por dois estilos de pensamento enquanto dois polos opostos: o que mantém o *status quo* e o que preconiza a mudança social; sendo que, as formas de realizar as ações de promoção da saúde, como citado acima, compõem matizes desses contrastes.

Portanto, essa análise das diversas formas de perceber e conceber esse assunto está diretamente vinculada à categoria anterior, pois, indica as teorizações que norteiam as práticas dos profissionais. Nesta categoria, serão abordadas as dificuldades de diferenciar promoção de saúde de prevenção de doenças e educação em saúde, a ênfase aos aspectos preventivos e prescritivos de hábitos saudáveis e, em seu polo oposto a percepção de promoção de saúde como possibilidade de alteração das condições de vida.

Uma forma recorrente de indicar a promoção de saúde é vinculada à prevenção de doenças, nesse sentido, a grande maioria dos pesquisados expressa em suas falas este tema imbricado com os aspectos preventivos. As falas as seguir apontam essas características.

[S11] *“Promover a saúde, ou seja, prevenir a doença!”*

[S19] *“Promoção de saúde não é deixar a pessoa ficar doente, né? Fazer alguma coisa antes... não é isso? [...] Prevenir!”*

[S13] *“A promoção na saúde é você poder promover, exatamente isso: a prevenção. Eu acho que é exatamente isso, é você incentivar, é você orientar o anticoncepcional, você poder estar prevenindo ou mesmo orientando.”*

As afirmações anteriores são portadoras de uma concepção de saúde como ausência de doença, e traz como foco principal de intervenção os serviços preventivos e curativos embasados no modelo biomédico. Esse estilo de pensamento é predominante em outros estudos como o de Mascarenhas (2005), que ressalta as limitações das concepções focadas na prevenção. Essa autora afirma que em decorrência das doenças transmissíveis perderem importância relativa, e com o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas, as causas externas vão ganhando força e trazem em seu bojo as estratégias de promoção. Assinala ainda que no contexto brasileiro, embora a promoção da saúde venha tendo respaldo nas conferências de saúde, poucas ações têm sido implementadas, permanecendo equívocos ideológicos com relação a sua concepção, ocorrendo frequentemente a confusão entre promoção da saúde e práticas de prevenção.

Buss (2009) ressalta que a prevenção orienta-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de determinada enfermidade, já a promoção da saúde busca o fortalecimento comunitário com decisões coletivas que valorizem o conhecimento popular e a participação social e visem o favorecimento das condições de vida. Portanto, a prevenção refere-se a conhecimentos técnicos e a promoção é uma estratégia social, política e cultural que tem o protagonismo nos movimentos sociais e nos sujeitos da comunidade. Esse autor ainda salienta que, apesar dessas diferenças, o “nó crítico” de toda a discussão de promoção é a linha divisória entre esta e a prevenção, o que é corroborado pelos depoimentos anteriores.

Dentro deste contexto, é válido ressaltar que uma das principais bandeiras na luta da construção do SUS é a ampliação da concepção de

saúde, que deixou de ser reduzida à ausência de doença. O processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores, o que implica afirmar que a saúde deixa de ser algo estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido (Brasil, 2009e). No entanto, a maioria dos participantes da pesquisa expressa outra forma de pensar a saúde, evidenciando um estilo de pensamento centrado nos procedimentos que evitam as doenças.

[S6] *“Na minha opinião, promoção de saúde seria uma coisa que a gente pudesse... Na verdade é um sonho, não é bem uma coisa que... é um sonho mesmo da gente, de poder chegar assim, olha, vá lá no médico, tem médico agora lá.”*

[S3] *“Mas qual é o objetivo? É promover saúde, e nós não conseguimos fazer isso... cada vez as pessoas estão mais doentes [...] O exemplo que ele deu, que eles não tomam a medicação, eles não querem, eles só procuram a consulta quando eles estão mal!”*

Fica evidente nos registros mencionados que a promoção da saúde, além de percebida com ênfase na doença e nos aspectos preventivos, em alguns momentos também aparece vinculada a uma ação medicalizante e, torna-se sinônimo tanto da ação médica como da utilização de medicamentos. Essas falas apontam para um estilo de pensamento que corrobora os achados de outros estudos, onde os autores avaliam que apesar dos esforços para a consolidação de ações de promoção de saúde que priorizem um enfoque democrático e participativo, as práticas continuam pautadas na individualidade e medicalização do social, que tem na ação médica a base para prevenir, curar e controlar as doenças (Rabello, 2010; Sícoli & Nascimento, 2003).

Nesse sentido, as ações integradas em saúde, enquanto um dos sentidos da integralidade, dizem respeito à promoção da saúde, à prevenção de doenças, à recuperação e à reabilitação. Tais ações têm objetivos diferentes e específicos e, portanto, não podem ser compreendidas como sinônimos, visto que, têm na complementaridade,

a amálgama de seu sentido de integralidade. Mas, para uma grande parcela dos entrevistados, a promoção de saúde é vinculada a uma perspectiva preventivista e, que evidencia outro aspecto relevante: o processo no qual a Medicina vai incorporando para si um grande número de aspectos da vida social, inclusive a promoção de saúde. Essa medicalização ficou evidente nas falas citadas anteriormente.

Lacerda e Valla (2007) enfatizam que apesar da necessidade urgente de se trabalhar com o conceito ampliado de saúde, essa área continua a se pautar na atuação médica, centrada na doença e em suas formas de prevenção, o que leva ao questionamento da incorporação dos pressupostos da promoção de saúde na área da Saúde Coletiva. A lógica biomédica ainda é determinante na formação dos profissionais de saúde, e essa influência em todos os cursos da área da saúde dificulta e impede que o perfil do profissional se transforme, perpetuando a forma hegemônica, situação que torna imprescindível inverter a lógica biomédica e difundir a integralidade (Ludke & Cutolo, 2010).

Mattos (2006) ressalta que a medicina preventiva é altamente medicalizante, pois, estende seus tentáculos em direção aos aspectos da vida social ao aplicar os conhecimentos sobre a doença para recomendar hábitos e comportamentos e sugerindo estilos de vida mais saudáveis, capazes de impedir o adoecimento. Esse estilo de pensamento centrado nas prescrições médicas abre caminho para as prescrições de hábitos de vida saudáveis, no qual a vida dos sujeitos é invadida por delimitações que têm como objetivo evitar o adoecimento. Os pronunciamentos a seguir são relativos à questão.

[S13] *“E pra promover, eu acho assim, que dentro disso, você tá junto com eles [população] pra você fazer essa promoção, pra você... mais ou menos como eu falei, de que você vai tá junto com o povo lá, você vai fazer... vamos fazer caminhada, vamos fazer exercício físico, olha a nutricionista aqui...”*

[S10] *“Promoção de saúde é você ensinar a pessoa a pescar ao invés de ir lá e pescar para pessoa. Ensinar no caso, ou tentar orientar, ou discutir com a pessoa o que é melhor para ela, deixar que ela seja um pouco mais responsável pela saúde dela [...]e a gente chegar a uma*

conclusão que aqueles hábitos, aquelas relações sejam boas ou não pra ela.”

A primeira fala está centrada nos estilos de vida, ressalta as prescrições de hábitos saudáveis e a importância de comportar-se de determinada maneira para ter saúde.

Carvalho (2010) enfatiza que a prevenção de doenças vinculada à modificação dos comportamentos, traz uma grande possibilidade do resultado ser positivo, seja pela melhoria na saúde dos sujeitos ou pela redução dos gastos em saúde. No entanto, para as populações que vivem em ambientes desfavoráveis e com pouca possibilidade de sair de tais condições, a responsabilidade individual pela não adoção do estilo de vida preconizado como saudável, leva a um sentimento de incapacidade e diminuição da autoestima, situação que geralmente produz passividade diante das situações e alimenta a incapacidade de mudança (Figueira *et al.*, 2009; Heidmann, 2006).

Já os aspectos trazidos na segunda fala indicam a importância da orientação realizada para a população sobre os hábitos saudáveis e a responsabilização individual sobre a saúde. É interessante perceber que S10 traz a necessidade de discutir os hábitos com a população sem impor, o que indica uma posição mais democrática com vistas a certa autonomia. Porém, sobre isso, Heidmann (2006) assinala que a subjetividade induzida nestas ações de promoção de saúde tem sua ênfase na individualidade e na autodeterminação por meio de informações preconcebidas, sem ter como objetivo a melhoria das condições de vida das populações. Assim, apesar da postura democrática do profissional de discutir o que é melhor para a saúde com os próprios sujeitos interessados, focaliza apenas os aspectos individuais, restringindo a ação para alterações dos hábitos e não das condições de vida.

Vários autores (Carvalho, 2010; Heidmann, 2006; Verdi & Caponi, 2005) apontam que as atividades de promoção, quando centradas apenas no comportamento dos indivíduos e nos hábitos e estilos de vida são insuficientes para que se promova a saúde de fato. É necessária a ampliação da perspectiva no sentido de levar em consideração a determinação social do processo saúde-doença e a evidência de que a autonomia possível para alterar os estilos de vida está inscrita na realidade social e atrelada às condições de vida dos sujeitos e da comunidade. Apesar disso, alguns estudos (Figueira *et al.*, 2009; Mascarenhas, 2005; Santos *et al.*, 2009) indicam que promoção de saúde é percebido como um termo que remete à prevenção e ao bem-estar

individual. Tal perspectiva é corroborada pela grande maioria dos sujeitos desta pesquisa e expressa pelos discursos seguintes:

[S16] *“Eu acho que um pouco promoção e prevenção se misturam, é meio difícil dividir o conceito de uma coisa e de outra. [...] A pessoa ter a capacidade, ela ter a informação, claro que respeitando principalmente a cultura e o modo de pensar dessa pessoa, mas ela ter a capacidade de saber o que ela precisa fazer, pra ela não chegar na situação de doença.”*

As afirmações acima trazem novamente a prevenção imbricada com a promoção, expressam dificuldades para delimitação de suas fronteiras e colocam o repasse de informações e a responsabilidade individual como centrais para promover saúde, evidenciando um determinado estilo de pensamento. Ressaltam os aspectos educativos referentes ao comportamento individual, pelos quais são priorizadas as ações de saúde que visam à transformação de hábitos. No entanto, S16 frisa que esta transformação deve considerar o modo de pensar dos sujeitos e o contexto cultural, o que implica em respeito às opiniões e à cultura das pessoas.

Buss (2009) afirma que a participação ativa da população é uma questão central nas práticas de promoção da saúde, situação que impõe a necessidade de prover informações para o exercício da cidadania, que incluam as iniciativas do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde. Mas, em decorrência do fato das desigualdades em saúde imporem dificuldades de colocar em prática muitas orientações sobre o viver saudável, mostra-se pouco eficaz em muitos casos a grande quantidade de informações ofertadas, pois, se a informação e o conhecimento aumentam, enquanto permanece estacionada a perspectiva de mudança, essa situação pode gerar somente ansiedade ou sensação de privação (Mascarenhas, 2005). Apesar disso, o repasse de informações é considerado como um dos principais aspectos da promoção de saúde para grande parte dos profissionais pesquisados, orientações, que como evidenciam as falas a seguir, estão diretamente vinculadas às ações preventivas.

[S15] *“Promoção de saúde são as palestras que tem, às vezes, falando de alguma coisa.”*

[S4] *“Promoção de saúde... eu acho que é a orientação que nós passamos pra comunidade vir se prevenir das doenças e dos... do que o pessoal sente, em termo de saúde!”*

Encontram-se nessas considerações uma ênfase no aspecto educativo que vincula a orientação à prescrição de ações que evitem doenças e identificam os profissionais como promotores de saúde pautados em uma ação preventiva. A promoção da saúde, nesse contexto, é entendida como educação para a saúde na busca de estilos de vida saudáveis. Cabe ao profissional repassar as informações e à população seguir as orientações, o que descortina um estilo de pensamento que pressupõe certa passividade da população.

Calatayud (1999) alega que considerar os comportamentos como algo desconectado de seu contexto leva à elaboração de programas de promoção de saúde que têm como intenção modificar os comportamentos, sem considerar o sistema macrosociocultural que sustenta os padrões e sentidos das condutas. Essa visão biomédica dos estilos e hábitos da vida cotidiana encobre a análise do contexto. Argumenta ainda, que a ideia de estilos de vida saudáveis pode ser adotada quando se têm os conhecimentos, a oportunidade e a vontade de adotá-los, mas, ressalta que em alguns ambientes os comportamentos insalubres são inevitáveis, reafirmando a íntima relação entre ambiente e comportamentos.

As falas de alguns pesquisados, apesar de também evidenciarem os aspectos educativos como fundamentais nas ações de promoção em saúde, trilham um caminho não apenas de repasse de informações, mas também no sentido de discussão sobre as possibilidades de melhoria da qualidade de vida. É o que reflete o discurso a seguir:

[S10] *“Educação em saúde não deixa de ser uma promoção de saúde [...] o caminho mais fácil seria essa educação em saúde, talvez... Tentar..., não impor, mas discutir com eles o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida [...] eu creio que a promoção de saúde que a*

gente consegue fazer, é quando a gente consegue criar um vínculo com essa pessoa e tentar ensinar o que a gente sabe para essa pessoa pra ela ter uma melhor qualidade de vida, acho que em cima disso é a melhor forma.”

Esse exemplo indica um estilo de pensamento no qual o profissional da saúde é percebido como fundamentalmente um educador, e afirma que educação em saúde é uma forma de promoção de saúde. Traz também o vínculo com a população como um quesito fundamental nesse processo educativo, que indica uma possibilidade de discussão e troca de informações.

Em relação a isso, Machado *et al.* (2007) ressaltam que a educação em saúde está ancorada sobre o conceito de promoção de saúde e que estes se referem a processos que abrangem a participação de toda a comunidade em seus aspectos cotidianos e não apenas das pessoas sobre risco de adoecer. Os autores afirmam ainda que a proximidade entre profissionais e usuários é fundamental, pois, ambos possuem conhecimentos distintos, e a partir de um processo educativo libertador podem construir conjuntamente o conhecimento, o que provoca uma modificação mútua.

A possibilidade de construir práticas que promovam saúde deve enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: “a necessidade de reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde” (Czeresnia, 2009, p. 55). Nesse sentido, a educação em saúde não pode se resumir “apenas” ao repasse de informações e à capacitação técnica, visto que, sem a reflexão não é possível “traduzir” o conhecimento científico em transformações sociais.

Mas, para muitos pesquisados persiste a opinião de que a cultura da população é uma das causas da “falta de saúde”. Isso sugere que uma nova forma de cultura em saúde deva ser criada, a partir de conhecimentos técnicos. É interessante perceber que S10 evidencia em sua fala perspectivas contraditórias: no discurso anterior frisa a importância de não impor novos hábitos e, logo após se contradiz.

[S10] *“Talvez a gente até consiga fazer um pouco de promoção, se a gente conseguir ter um acompanhamento desde jovem, dessa criança, tentar impor novos hábitos.”*

[S3] *“Acho que nesse momento, é difícil acontecer [ações de promoção de saúde] daqui uns cinco anos, pode ser [...] as crianças hoje já tão assimilando um processo de promoção, então daqui a 15 anos talvez eles venham na unidade só pra fazer isso.”*

Esses discursos evidenciam uma compreensão de que a promoção de saúde só pode ocorrer com uma mudança na concepção de saúde da população, com a criação de uma nova cultura da saúde, sugerindo que essa lógica deva ser ensinada aos sujeitos na fase escolar.

Segundo Stotz e Araújo (2004), esse discurso revela certo autoritarismo, porque pressupõe que os sujeitos e comunidades não têm uma cultura da saúde adequada e devem ser conscientizadas da sua importância. Tal percepção evidencia um estilo de pensamento que nega a cultura e o saber popular, o que “leva a supor que a participação popular ativa, discurso proferido em todas as conferências, seja, de fato, meramente cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora (verdadeiramente ativa)” (p. 12-13).

A compreensão evidenciada por S3, sinaliza que cabe ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde, que é recorrente nesta área e é apontada em outros estudos, como o de Hedman (2009), ressaltando a postura de alguns profissionais de saúde quanto a ensinar a promoção da saúde bucal desde a idade escolar. Este autor afirma que alguns pesquisados afirmam a necessidade de utilizar metodologias que a princípio podem assustar, mas, que são fundamentais para que as crianças e seus pais perceberem sua responsabilidade. Nessa concepção, cabe ao profissional repassar os conhecimentos e inculcar uma determinada concepção de cuidados aos indivíduos. Cabe ressaltar que o objetivo não é questionar a validade dos cuidados com a higiene, apenas evidenciar que este é visto ainda como promoção de saúde. O próprio termo utilizado no estudo citado, “promoção de saúde bucal”, carece de sentido dependendo do estilo de pensamento a que se esteja vinculado, pois, se promover saúde é sinônimo de ampliar o campo para além das áreas tradicionais, reduzi-la ao termo ‘bucal’ mostra-se contraditório.

Castiel e Diaz (2007) afirmam que a recorrência em uma forma persecutória de compreender a promoção de saúde, embasa-se em alguns documentos da própria OMS, que evidencia esta concepção em muitos de seus textos. Esses textos apontam a aptidão pessoal como quesito fundamental para produzir alterações em seu ambiente e a ideia

de responsabilidade pessoal é destaque juntamente com a liberdade de escolha e decisão e capacidade de agenciamento, que tem como lema “ajudar as pessoas a se ajudarem” (p. 29). Essa ideia aparece no discurso seguinte de maneira bastante clara.

[S16] *“É dar uma condição de autocuidado pra pessoa, ela ter a capacidade e o conhecimento de poder se cuidar!”*

Nessa expressão, fica implícito que os serviços de saúde e profissionais têm como missão fortalecer potencialidades dos indivíduos para o autocuidado. Tal percepção aponta na direção da responsabilização individual pela saúde, vinculada à capacidade e ao conhecimento. Apesar de o autocuidado individual ser parte importante dos cuidados em saúde, focalizar apenas nessa dimensão é hipertrofiar a prescrição de hábitos em detrimento da melhoria nas condições de vida, que em última instância, em uma mais visão ampliada é fator determinante da saúde de uma população.

A responsabilização individual sustenta a ideia de que o sofrimento humano deriva de escolhas pessoais e ignora as causas básicas e estruturais, além de ser sumamente discutível no caso da pobreza, pois, ao desconsiderar a determinação social acaba por culpabilizar a vítima (Castiel & Diaz, 2007; Gaudenzi & Schramm, 2010). Em perspectiva consoante, Carvalho (2010) complementa que a prioridade não deveria ser dada aos estilos de vida saudáveis e, sim, às condições de vida e trabalho salubres, visto que, ignorar o contexto histórico que as pessoas vivem, colocando apenas para o indivíduo a responsabilidade por sua saúde, pode ter como consequência isentar o Estado de suas obrigações sociais.

Mas nem todas as falas apontam para uma perspectiva individualizada e preventiva de promover saúde. Apesar de serem verificados em poucos depoimentos de sujeitos desta pesquisa, outros aspectos são levantados quando este é o assunto. A necessidade de parcerias de outros setores é evidenciada, trazendo à tona o termo intersetorialidade, como na fala de S10.

[S10] *“Não sei, acho que até agora o que se falou em promoção é da intersetorialidade.”*

A afirmação anterior indica um estilo de pensamento que vincula promoção de saúde à intersetorialidade, na qual para a realização de tais ações, as delimitações estritas das ‘fronteiras’ dos setores deve ser transposto. Esse discurso está em consonância com uma das leis de suporte do SUS, a Lei n. 8.080/90, que esclarece que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais” (parágrafo terceiro), evidenciando que a saúde está diretamente vinculada à organização econômica e social do país.

Mascarenhas (2005) ressalta que a maneira como se estrutura a ‘ordem governativa da cidade’ deve permitir um espaço de produção social da saúde, de base intersetorial que possibilite a articulação das ações sobre problemas concretos, e condições concretas de vida. É necessária a elaboração de estratégias que permitam abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, e que abarquem a determinação social e os princípios atuais da promoção de saúde (Figueira *et al.*, 2009).

A fala de S10 traz em seu bojo a percepção de que a promover saúde é propor caminhos que estabeleçam parcerias, não se restringindo apenas a um setor, e nesse sentido, propõe uma visão ampliada da saúde e, conseqüentemente, da promoção de saúde. O reconhecimento da complexidade da sociedade, assim como as relações de interdependência que a compõem, oferecendo condições para o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde aparece no discurso de alguns trabalhadores, conforme ilustrado a seguir.

[S3] “*É que promover saúde vai muito além do que é nossa função, porque envolve médico, agente, técnico, enfermeiro. Promover saúde entra também, o pessoal das obras, saneamento, entra tudo! Promover saúde não é só isso, não é só ausência de doença. É dar condições, ter moradia digna, ter encanamento, ter alimentação, ter educação, ter lazer. Vai muito além... só do nosso trabalho, e depende de outras áreas.*”

[S10] *“A promoção de saúde é uma coisa muito complexa no meu ponto de vista, ela é muito bonita no papel e tudo, mas no ... pra você mudar... pra ti falar em promoção tem muita coisa atrás de promoção, tem muito é... política, tudo isso daí... cultura, é muito difícil você bater de frente com a cultura, com a política, com a própria forma que a sociedade se estrutura pra viver.”*

Encontra-se nesse estilo de pensamento a promoção de saúde num sentido mais amplo, ligada às condições de vida, que envolvem a estrutura da sociedade, o ambiente físico, cultural, político e econômico, além da ação dos indivíduos e comunidades. Evidencia-se nas duas falas a importância de considerar os fatores determinantes da saúde e não apenas as causas das doenças. Esta forma de perceber está em consonância com Carvalho (2010), que ressalta a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde-doença e aponta a relação negativa existente entre iniquidade social e saúde, evidenciando que a forma como a sociedade se organiza tem relação direta com as condições de saúde de sua população, portanto, é necessário pensar estratégias que interfiram no modo de organização da sociedade.

Czeresnia (2009) enfatiza que as estratégias de promoção devem buscar a transformação das condições de vida e do trabalho, que se encontram nas bases dos problemas em saúde. Nesse sentido, é necessário que os sujeitos ampliem o controle sobre as próprias vidas por meio da participação, na busca de transformações em sua realidade social e política. A participação em saúde está imbricada com a promoção à saúde, pois, constitui-se em um instrumento para aumentar o controle sobre a própria vida e conseqüentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença (Campos & Wendhausen, 2007).

Nesse estilo de pensamento, a luta por saúde também reside na melhoria da qualidade de vida, que inclui condições dignas de vida para toda população, e não apenas para alguns. Essa perspectiva pode propiciar a ruptura com velhas formas de pensar e fazer saúde, fornecendo os elementos de transformação do *status quo* e dos sujeitos envolvidos na produção de uma nova realidade mais solidária e equânime (Heidmann *et al.*, 2006; Carvalho, 2010).

Essa categoria evidencia formas de perceber a promoção de saúde prioritariamente vinculada à prevenção e à educação em saúde. A

prevenção em expressões como: “evitar a doença”, “fazer algo antes de adoecer” e a educação em saúde por meio de expressões como “passar conhecimento”, “orientar”, sugerindo uma prática com ênfase no educador – nesse caso, o profissional da saúde – que deve “transmitir” o seu conhecimento à população. Essa forma de perceber, ou estilo de pensamento, evidencia também uma determinada concepção da educação em saúde, fundamental para compreender as práticas, que será abordada na próxima categoria.

5.3.3 Educação em Saúde e Relação Usuários/Profissionais de Saúde

Na categoria anterior ficou evidente a proximidade entre a promoção e a educação em saúde e a dificuldade dos profissionais de diferenciá-las. No entanto, é necessário aprofundar a compreensão da concepção que permeia a forma de realizar tal processo educativo, que se encontra diretamente vinculado aos estilos de pensamento em promoção de saúde. Por esse motivo, essa categoria abarca as maneiras de conceber e realizar a educação em saúde e os aspectos que caracterizam as relações entre profissionais de saúde e usuários, na medida em que toda postura reflete em uma interação, que em última instância é educativa.

A interlocução entre os saberes (popular e científico) é fator determinante para a forma de realizar educação em saúde e tem influência direta na relação entre os atores da área, a saber, profissionais e usuários. Besen e colaboradores (2007) evidenciam a desarticulação entre o conhecimento acadêmico ou científico e o conhecimento popular e afirmam que a crise na área da saúde decorre, em parte, por essa desarticulação, ressaltando a importância do papel da formação para alteração deste cenário. De fato, os achados desta pesquisa corroboram com a evidência dessa desarticulação entre os saberes, indicando, em muitos momentos, uma valorização do primeiro em detrimento do segundo.

As falas sobre educação em saúde por meio de expressões como: “passar conhecimento”, “ensinar”, que sugerem uma prática com ênfase no educador/profissional da saúde que deve “transmitir” ao paciente o seu saber, evidenciou-se em muitos momentos durante o período de coleta de dados, conforme observado no relato a seguir.

[S8] *“Você tem que cuidar da tua alimentação, pois é muito importante para o bebê, você tem que preparar o peito*

para a amamentação. [...] E é bem importante você ir ao grupo de gestantes para aprender direitinho o que eles explicam lá, ouvir as palestras.”

O discurso ilustra que o foco é o repasse de informação, isto fica claro quando S8 afirma a importância de “ouvir” as palestras, indicando uma postura passiva à gestante, sem muito espaço para troca mútua entre os participantes. Essa concepção traz em seu bojo uma não consideração com o saber da população e sugere uma condução dos usuários por meio da adoção de formas adequadas de viver de maneira saudável e correta.

A abordagem educacional tradicional, focada eminentemente no repasse de informações, encontra-se enraizada nos profissionais pela predominância dessas abordagens ao longo da formação universitária. É necessário considerar o fato de que a educação em saúde deve considerar o sujeito em sua integralidade e não apenas ofertar informações fragmentadas que quase sempre são definidas de forma vertical. Nesse sentido, as metodologias de ensino têm importância crucial, pois, podem conduzir a ampliação ou redução da capacidade de compreensão dos sujeitos sobre a complexidade dos determinantes de ser saudável. As práticas comprometidas com a cidadania e democracia, constituem-se em uma forma de intervenção que propõem a transformação pautada no diálogo e no exercício da consciência crítica, por meio das quais sujeitos autônomos e emancipados podem opinar nas decisões de saúde, evidenciando seu compromisso social (Monteiro & Vieira, 2010).

No entanto, vários estudos apontam a educação sanitária²⁵ (ou tradicional), focada no repasse de conteúdos, como a perspectiva dominante (Bensen *et al.*, 2007; Campos, 2005; Machado *et al.*, 2007; Oliveira, 2008). No trabalho diário dos serviços, as posturas normativas e autoritárias fazem sombra ao processo dialógico, a busca frequentemente é de inculcar “conhecimentos científicos”, considerado superior ao saber popular, situação que reafirma e reproduz o poder do profissional nas relações com o usuário.

[S11] *“Pelo menos a gente tenta fazer a nossa parte, e em grande parte esses*

²⁵ Forma de realizar a educação discutida na Fundamentação Teórica.

pacientes... eles conseguem absorver [as informações]. Por exemplo, antes das gestantes entrarem na consulta elas vão pra uma salinha de reunião, aí ficam todas as gestantes, e elas escutam uma palestra.”

Mais uma vez, a afirmação do profissional remete para o repasse de informações e a posição passiva que é relegada ao usuário, que fica explícita quando se refere ao fato de as gestantes “ouvirem a palestra” e dos pacientes “absorverem [as informações]”. Essa forma de educação tem no tom informativo e na pouca participação dos usuários sua marca principal. Apesar da importância crucial das orientações realizadas nos serviços de saúde, incluindo as realizadas pelos profissionais de saúde e evidenciadas nos discursos anteriores, tal situação remete para um estilo de pensamento de educação em saúde que indica a minimização ou desmerecimento dos conhecimentos dos usuários, o que pode induzir à passividade da população. A Carta de Ottawa (Brasil, 2002), ao abordar a educação em saúde questiona esse enfoque que prioriza apenas o repasse de informações, situação na qual a população desempenha um papel de receptor passivo nos programas desenvolvidos por profissionais da saúde e especialistas.

A prevenção de agravos por meio do repasse de informações não pode ser abordada isoladamente, mas como parte de uma estratégia que abarque as condições de vida dos sujeitos. Promover saúde nas práticas educativas pressupõe que os sujeitos aumentem o controle sobre suas vidas por meio de coletivos organizados, buscando transformar a realidade social e política. Nesse sentido, é fundamental que a educação em saúde não apenas transmita os conhecimentos que foram acumulados historicamente, mas que propiciem a construção de conhecimentos, na busca de uma melhor qualidade de vida, pelos sujeitos envolvidos e em sua situação concreta (Besen *et al.*, 2007).

[S3] *“Eu acho que quanto tu vai nas casas, parece que eles assimilam mais o que tu fala, eles... até por tu tá indo na cada deles.”*

[S11] *“Na puericultura, que a gente promove bastante aqui e cobra bastante em carteirinha, consulta mensal é pelo menos até um ano, pra conscientizar [...]”*

É claro que tem... que tem uma parte que não consegue absorver.”

Nas falas anteriores, S3 ressalta que a assimilação é maior nas visitas domiciliares e S11 indica que uma parte das informações que são repassadas, os usuários não conseguem absorver. Esses depoimentos revelam novamente uma perspectiva de educação que prioriza o repasse de informação e a assimilação ou absorção destes conteúdos pela comunidade, sem nenhuma indicação de discussão sobre as informações ou verificação da possibilidade de utilizar tais conhecimentos nas condições de vida dos sujeitos. Tais informações apontam para a necessidade de seguir certas formas, percebidas como adequadas, de levar a vida.

Stotz e Araujo (2004) afirmam que a educação sanitária revitalizou-se a partir do debate em torno da promoção de saúde enquanto sinônimo de alteração dos estilos de vida e transformou-se no carro-chefe dos programas de promoção da saúde, que se reverte em ações de baixo custo, pois, a ação educativa tem um custo menor. Esses autores ainda afirmam que essa forma de perceber o processo educativo, vinculado às teorias do condicionamento comportamental (behaviorismo), é um processo avesso à pedagogia da problematização.

A prática da educação em saúde vinculada à integralidade do cuidado aponta para um espaço de reflexão-ação que abarca tanto os conhecimentos técnicos científicos como os populares e que inclui a necessidade da análise geográfica, social, política, cultural dos indivíduos, famílias e comunidades (Monteiro *et al.*, 2007).

A importância dos profissionais nesse processo de estabelecer uma relação de diálogo entre os profissionais e usuários é ressaltada por Heidmann e colaboradores (2006), que afirmam a necessidade de conhecer as premissas e promover o diálogo com a comunidade, situação que torna imprescindível a clareza e o resgate dos valores, da cultura e das condições de vida da comunidade em que os serviços estão inseridos. No entanto, este processo dialógico, apesar de evidenciar-se em alguns grupos realizados na UBS não é o único presente no contexto pesquisado, ao contrário, a fala a seguir indica que alguns profissionais caminham em sentido oposto.

[S8] *“Na verdade é porque a gente tem de obedecer o que eles [a população] acham, na verdade não é assim, que funciona: eles têm que obedecer o que a gente manda,*

não é o que a população manda[...] A população quer que os funcionários se adequem a cada um, na verdade não é isso, a verdade é que eles têm que se adequar à unidade.”

A afirmação de S8 explicita uma priorização da lógica dos profissionais e que relega a atuação do usuário apenas ao lugar de “obediência” aos processos da UBS, em uma atitude claramente autoritária. Essa situação preocupa pelo “modelo” de relação entre os atores da saúde, que implica em papéis estabelecidos que coloquem a população em lugar de passividade e aceitação, o que vai à contramão das políticas públicas que evidenciam a tendência de ressaltar a importância do controle social.

Para a consolidação do SUS é necessário o fortalecimento da participação popular, o que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores para efetivá-las e a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Assim, a gestão participativa deveria encontrar-se presente nos processos cotidianos do SUS, enquanto um eixo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes, sendo um dos objetivos dos serviços de saúde estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde, por meio de vínculos de confiança que priorizem a ética, o compromisso e o respeito (Brasil, 2009a; Brasil, 2006a).

Stoz e Araujo (2004) atestam que as práticas de saúde são práticas sociais que se fundamentam no conhecimento científico e suas aplicações técnicas, legitimando as práticas apenas dos técnicos ou dos profissionais que detêm a autoridade sobre o assunto. Essa cultura, encontra-se entranhada nas mentalidades e nos procedimentos cotidianos, resiste à mudança e procura impor-se mediante o recurso da autoridade. Um dos pressupostos dessa mentalidade é uma suposta completude (ou ausência de lacunas) do conhecimento especializado, que é percebido como o detentor de uma verdade incontestável.

Existe uma dimensão educativa não intencional em todas as ações dos trabalhadores de saúde, diretamente vinculada à postura dos trabalhadores, que sob esse aspecto, torna-se um fator importante a ser considerado para a participação em saúde. Ou seja, a postura dos trabalhadores pode fomentar ou desestimular a participação da população (Campos & Wendhausen, 2007). Nesse sentido, são sumamente relevantes as ações cotidianas, que têm vinculação direta

com a promoção de saúde, pois, se essas pressupõem o envolvimento e fortalecimento da comunidade nas atividades da área, fomentar a participação dos sujeitos é crucial para a realização ou não destas. No entanto, algumas narrativas apontam para uma contraposição entre o conhecimento dos usuários e o dos profissionais.

[S4] *“Das orientações... porque eles acham que o que nós estamos passando não é importante, eles acham que tudo o que foi ensinado para eles, o que os pais ensinaram, vêm da cultura deles mesmo, que é o certo, só que daí nós estamos passando, se já colide com aquilo daquela cultura deles, já tá errado! Eles acham que aquilo que nós estamos falando é errado daí! Pra eles não é certo!”*

[S2] *“E se a gente fala, fala, mas tem coisas que parece que eles escutam a gente falar, mas para eles não interessa.”*

S4 e S2 ressaltam certa oposição entre o que os profissionais repassam para a população e as crenças valorizadas na comunidade, evidenciando uma desvalorização mútua dos conhecimentos, tanto dos profissionais em relação aos conhecimentos da população quanto desta em relação aos deles. Os profissionais, muitas vezes, não se questionam das razões do porquê seus conhecimentos não são absorvidos pela população, não colocam em questão sua postura técnica-pedagógica. Essa oposição dificulta o diálogo e provoca um afastamento entre os atores, extremamente prejudicial ao trabalho nas UBSs. Tal situação, configura-se em obstáculo à realização de ações de promoção em saúde, pois, como afirma Buss (2009) a valorização e articulação do conhecimento popular ao saber científico aliado à participação comunitária são características fundamentais da promoção.

Nessa perspectiva, ensinar não é transferir conhecimento, mas propiciar a sua construção. Portanto, não há neutralidade na educação: ou ela se constitui fundamentalmente como processo de construção de sujeitos autônomos e solidários ou, funda-se em num modelo de educação bancária que se propõe a tarefa de “encher” os educandos com os conteúdos, situação que por certo anula a criticidade e a criatividade. A educação pode ser uma prática libertadora e política, pautada na horizontalidade das relações e no desenvolvimento da consciência

crítica, que estimula a reflexão e a ação dos indivíduos sobre a realidade (Freire, 2008). No entanto, a prática educativa que permeia a postura de parte dos profissionais, evidenciada nas falas, aponta para uma postura que pretende “induzir a” e não “discutir com”.

A integralidade do atendimento fica prejudicada quando não se considera os atores envolvidos enquanto sujeitos portadores de direitos e de opções de vida. A percepção de que o usuário deve cumprir o estabelecido pela equipe leva-nos a questionar se é possível estabelecer vínculo verdadeiro enquanto o trabalhador necessitar da obediência do usuário, pois, o usuário enquanto sujeito autônomo pode discutir e decidir se seguirá ou não as orientações (Schimith & Lima, 2004). Esses questionamentos remetem a uma situação delicada se contraposta ao que foi ressaltado no início da análise dos dados nos discursos de vários profissionais, ou seja, a importância do vínculo para a realização do trabalho.

[S8] *“Tentar a gente tenta, só que eles [a população] não fazem o que é pra fazer!”*

[S7] *“Só podia consultar com o médico quem vinha em reunião de gestante, daí agora elas já podem marcar lá na frente, talvez seja isso... Porque agora diminuiu bastante [a participação dos usuários]!”*

Nesses depoimentos mencionados fica evidenciada uma postura verticalizada na relação com os usuários, pela qual estes são conduzidos à realização de atividades sem opção de discordância. A declaração de S8 culpabiliza a população pelas dificuldades enfrentadas e a fala de S7 evidencia uma situação na qual a própria participação da população é normatizada por prerrogativas de controle.

É necessário considerar o fato de que a ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores e usuários altera os modos de realizar o cuidado e as formas de gestão dos serviços de saúde. Essa modificação é imprescindível para a construção do controle social, uma vez que “a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias” (Brasil, 2006b, p. 16). A dificuldade revela seus contornos mais íntimos quando os trabalhadores que deveriam fomentar o controle social utilizam estratégias de controle que enfraquecem a participação e a discussão dos assuntos referentes a saúde. No entanto,

esse não é um caso isolado, outros estudos também evidenciam a falta de fomento em relação à participação e mobilização popular, situação que vai à contramão das diretrizes da ESF e do SUS (Besen *et al.*, 2007; Campos, 2005; Figueira *et al.*, 2009; Gottardi & Silva, 2006).

As formas dialógicas de ensinar e aprender são um desafio que deve ser enfrentado, e que se torna prerrogativa básica para vencer as barreiras que distanciam os profissionais da população, na luta pela saúde de todos. Aprender é mais que incorporar conteúdos e informações específicas, é possibilitar aos sujeitos realizar uma “leitura do mundo” que os cerca, de forma mais aprofundada e consistente (Stotz, David, & Bornstein, 2009). Mas como vencer esse desafio? Quais as estratégias de construção de uma realidade diferente?

Freitas e Mandú (2009) ao realizarem uma análise das políticas públicas relacionadas à ESF identificam a centralidade do exercício de construção conjunta de conhecimentos entre os diversos atores e a responsabilidade dada ao trabalhador quanto ao estímulo à participação da população, pautados no entendimento que a saúde é um processo a ser construído e que as responsabilidades devem ser partilhadas entre os diferentes sujeitos sociais. Apesar disso, os autores indicam a pouca ênfase dada às estratégias que auxiliam nessa complexa tarefa, situação que dificulta sua construção cotidiana pela falta de indicativos para a mudança da realidade. Essa situação, aliada à formação que prioriza formas tradicionais e verticais de educação resulta no presente cenário.

O caráter emancipador do fortalecimento comunitário depende, em grande parte, dos trabalhadores, que ao viabilizar um processo dialógico realizam práticas de promoção de saúde, na medida em que contribuem no fortalecimento individual e coletivo (Carvalho, 2010; Rabello, 2010). Nesse sentido, vários autores afirmam que é necessário repensar as práticas de educação em saúde, apontando que a estrutura dialógica é fundamental nesse processo, visto que, cada um é coautor para criar uma compreensão da realidade. Ressaltam tais práticas como fundamentais para a participação social e como uma potente estratégia para a constituição de sujeitos e coletivos ativos em busca da transformação de sua realidade (Besen *et al.*, 2007; Campos, 2005; Carvalho, 2010; Heidmann, 2006; Rabello, 2010; Stotz & Araujo, 2009; Traveso-Yépez, 2007).

Essa forma de realizar educação em saúde não se apresenta de forma significativa nas equipes pesquisadas, apesar da tentativa de alguns profissionais em estabelecer relações dialógicas com a população. A pergunta que insiste em vir à tona é: como pensar em ações de promoção de saúde, participação e fortalecimento comunitário

num contexto que prioriza a verticalidade das relações? Carvalho (2010) aponta que o fortalecimento comunitário é uma validação da experiência dos sujeitos e de sua voz, um processo que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades na definição, análise e resolução de seus problemas. Esse autor propõe a parceria entre profissionais de saúde e comunidade, parceria que só é possível com a superação das desigualdades de poder que predominam nessas relações.

Outro aspecto relevante, evidencia-se na afirmação de que os usuários são os responsáveis pela situação que vivem, configurando um processo que pode remeter a culpabilização dos sujeitos, como evidencia a fala a seguir.

[S12] *“Então junte o lixinho ao redor ali, vamos juntando o lixinho, vamos então fazer uma coleta ali, um esgoto, faça um caninho, nem que vá pro rio, pelo menos... faça um esgotinho, porque é área verde, vamos então tentar arrumar a questão de esgoto, pra não dá... questão de verminose, essas coisas. O doutor pode falar dessas coisas melhor que eu. Mas não, eles simplesmente... eles não tão nem aí. A gente fala, mas eles tão acostumado a viver naquela sujeira, daí complica. A gente até tenta, mas...”*

Encontra-se neste relato a ideia subjacente que os sujeitos são os únicos responsáveis pelas suas condições, um processo que desconsidera o aspecto estrutural capitalista de exclusão de grande parcela da população. Nessa fala, as situações de vida são compreendidas pelo viés de que a condição determinante para a realização do cuidado consiste na força de vontade individual e não nas precárias condições coletivas de parcelas significativas da população.

O que S12 interpreta como acomodação e conformismo pode ser, na verdade, o reflexo de um sentimento de impotência diante da realidade que se apresenta. Sobre isso, Campos (2005) ressalta que muitas vezes, o indivíduo sente-se satisfeito com o mínimo que possui, pois, ao comparar este pouco com sua situação pregressa ou com uma realidade mais difícil das pessoas que o cercam se contenta com suas precárias condições de vida. Por esse motivo, de acordo com a autora, torna-se importante que os trabalhadores da área da saúde busquem compreender as condições concretas dos sujeitos e as experiências e

representações de mundo dessa população. Pois, em muitos casos, em virtude da situação vivenciada, essas pessoas têm a percepção de que uma melhora significativa de vida seja algo inalcançável.

A dificuldade em perceber o contexto mais amplo do campo da saúde está intimamente imbricada com a formação recebida por estes profissionais. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o modelo pedagógico que predomina na formação acadêmica na área da saúde é tecnicista, pautado por conteúdos organizados de forma compartimentalizada e fragmentada e que têm como preocupação principal a sofisticação dos procedimentos e o incentivo à especialização, que por sua vez, perpetuam o modelo hegemônico nas práticas de saúde. Além disso, utiliza basicamente metodologias tradicionais de repasse de informações, garantindo sua reprodução nas práticas de educação em saúde, dificultando o desenvolvimento da criticidade dos sujeitos, evidenciando um círculo vicioso que perpetua o modelo biomédico.

A reorientação do modelo assistencial está vinculada, entre outros aspectos, à adoção de uma concepção ampliada de saúde e ao aumento da receptividade dos serviços à concepção popular. Nesse processo, é fundamental a valorização do conhecimento das comunidades e do estabelecimento de uma relação dialógica na equipe e, desta com a população. É um equívoco considerar a necessidade de uma nova cultura de saúde para a população, pois, prioritariamente, é o setor saúde que necessita de uma “nova cultura”, na medida em que seus trabalhadores também são educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel (Stotz & Araujo, 2004; Stotz, David & Bornstein, 2009).

Mas a realidade aponta para falta de autonomia dos próprios trabalhadores. O diálogo a seguir ilustra a falta de reflexão sobre as regras da UBS, o que evidencia a aceitação sem discussão.

[S9] *“A gente não tem muita autonomia, tem que seguir as regras. As vezes, a gente vê que aquela pessoa está doente, é sozinha e ela vai ter que ir seis horas da manhã nesse frio marcar consulta?! Porque eles não gostam muito que a gente marque consulta, mesmo nesses casos, é claro que tem uns que eu concordo, não fazem nada o dia todo e querem que a gente marque consulta para eles”*

[Pesquisadora] *Mas quem faz estas regras?*

[S9] *“Acho que as pessoas da Unidade...”*

S9 demonstra a falta de participação nas decisões da própria UBS a que pertence, evidenciando que a falta de participação no processo decisório permeia não apenas a relação dos trabalhadores com os usuários, mas que são vivenciadas nas relações entre os próprios trabalhadores.

Essa constatação, corrobora com os achados de Campos (2005), que demonstra em seu estudo a escassez da cultura de participação nas decisões coletivas dos profissionais da saúde fora de seu contexto de trabalho, apontando este como um dos fatores limitadores da participação comunitária. Essa autora ressalta a dificuldade de motivar a população a participar, quando os próprios profissionais não vivenciam e nem acreditam nos resultados desta participação, colocando luz ao fato que a atitude cotidiana destes trabalhadores desestimula a participação dos usuários. É necessário lembrar que a autonomia possível é construída por meio do diálogo, na relação entre sujeitos conscientes, tanto trabalhadores de saúde como usuários.

Outro aspecto importante, segundo Stotz e Araujo (2004), é a existência de uma cultura normativa que dificulta a descentralização das decisões, essa cultura está arraigada no medo e na recusa à criatividade, situação que se constitui em obstáculo à mediação entre as normas e o cotidiano. O trabalho nas UBSs está atrelado a inúmeras incertezas diante das situações que se apresentam²⁶, e essas incertezas são evidenciadas pelo cotidiano, que obriga todos a serem criativos, inventivos, com evidentes perigos para as hierarquias estabelecidas. Portanto, pode-se afirmar que as relações hierárquicas dificultam o trabalho pelo tolhimento ao aspecto criativo necessário à realização do trabalho.

Vários documentos oficiais afirmam a gestão como uma tarefa coletiva, e não somente uma atribuição de especialistas. A cogestão, centrada na construção coletiva no “compartilhar” e no “pensar conjuntamente” promovem um ambiente de trabalho mais saudável, pois, a saúde diz respeito também às relações. Tais documentos delimitam esta como uma nova forma de gerir os serviços, que paulatinamente vai substituindo o esforço individual de algumas pessoas

²⁶ Este aspecto foi analisado na primeira Categoria do primeiro Núcleo Temático desta dissertação.

por outra forma de trabalho: o trabalho em rede (Brasil, 2009d; Brasil, 2009e). Essa perspectiva, traduz-se na fala a seguir do gestor de uma das equipes.

[S*]²⁷ *“Mas a gente tenta fazer uma equipe onde todo mundo tenha... tenha a mesma palavra, todo mundo... com é que eu vou dizer... todo mundo tenha o mesmo poder de opinião dentro da equipe, no meu ponto de vista, eu penso assim. Não gosto muito de impor as coisas assim, pra mim é pior, até porque o profissional se sente mais valorizado quando ele dá sugestão e aquelas sugestões vão para frente, todo mundo participa. Eu acho que é a melhor forma também.”*

Esta forma dialógica de vivenciar as relações, tanto dentro da equipe como entre esta e os usuários, evidencia-se em alguns pronunciamentos, como o de uma das gestoras de uma Unidade, que ao discutir os grupos realizados afirma: *“os participantes serão multiplicadores de conhecimento, a gente não vai impor conteúdos, é para a gente ouvir e tirar dúvidas, dialogar”*. Estes profissionais evidenciam um estilo de pensamento diferente, que prioriza o diálogo tanto nas relações entre a equipe como na relação desta com os usuários.

Segundo Lacerda e Valla (2007), é necessário a ampliação do olhar dos profissionais de saúde na busca da compreensão e valorização das ações dos sujeitos, empreendendo esforços na tentativa de melhorar e enfrentar os problemas de forma coletiva. Tal ação pressupõe sair do foco das doenças e centrar no cuidado dos sujeitos, suas limitações e possibilidades, situação que pressupõe respeito à forma de pensar e agir da população, que, na maioria das vezes, difere da lógica do pensamento técnico-científico. Esses autores ainda ressaltam que o processo de culpabilização da vítima, está diretamente vinculado à desqualificação do conhecimento popular e evidencia a negação destes sujeitos como tendo ideias próprias e um conhecimento de vida que difere do saber técnico. E, afirmam ainda que “privá-los de participar e decidir sobre as questões referentes à sua saúde acentua a falta de esperança e de

²⁷ O asterisco vem em substituição ao número para evitar a identificação do gestor.

confiança em si próprios” (p. 190), situação que incrementa o problema e não indica soluções.

Operacionalizar a integralidade depende não apenas da reorientação dos serviços de saúde, mas principalmente de uma mudança de valores que assegure um lugar de interlocução com a comunidade (O’ Dwyer, Tavares & De Seta, 2007). Isso significa “relativizar o valor de verdade dos conceitos científicos” e valorizar a alteridade dos conhecimentos dos usuários, ampliando a possibilidade de parceria com a comunidade (Czeresnia, 2009). Essa concepção dialógica permeia o discurso de alguns trabalhadores, como evidencia o registro a seguir.

[S13] *“Tem que ter uma reunião da unidade com a população sabe, da área abrangente pra também discutir junto com a população.”*

S13 assegura em sua fala a importância de discutir com os moradores as decisões a serem tomadas na UBS, o que evidencia a percepção de que este diálogo é fundamental no processo decisório das atividades realizadas.

Campos e Wendhausen (2007) corroboram com essa compreensão ao afirmar que é necessário um novo modo de atuar na saúde, pautado no estabelecimento de uma nova relação com o usuário e na participação individual, grupal e coletiva dos usuários. Nesse sentido, vários autores apontam a participação comunitária como um dos aspectos-chave da promoção em saúde (Buss, 2009; Czeresnia, 2009; Heidmann, 2006; Sícoli & Nascimento, 2003). Portanto, essa participação deveria configurar-se em um dos focos das atividades realizadas.

A análise do contexto investigado aponta para a dificuldade de parte dos profissionais de estabelecerem relações emancipadoras com a população e de assumir uma postura mais dialógica na qual não há um indivíduo que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas. Essa situação se configura em um dos obstáculos à realização da promoção de saúde nestes espaços, pelo falta de fomento à participação da população e pela dimensão educativa dessas atitudes. No entanto, cabe ressaltar que esse não é o único obstáculo à realização de ações de promoção em saúde, ao contrário, várias são as dificuldades apontadas pelos trabalhadores como empecilho na consecução de tais ações. A próxima categoria tem por finalidade analisá-las.

5.3.4 Fatores Limitadores da Promoção de Saúde

Apresentam-se, nessa categoria, os motivos apontados pelas equipes para a não realização de ações de promoção de saúde no contexto da Atenção Básica. Esses empecilhos se concentram em torno da dificuldade de realizar parcerias, a falta de infraestrutura, a sobrecarga de trabalho e a “tendência” da população para buscar os serviços de saúde apenas quando estão doentes, situações apontadas como obstáculos à realização de ações de promoção de saúde.

Vale destacar que as condições de trabalho precárias, que ocupam um papel importante para o entendimento dos obstáculos enfrentados neste contexto, e a dificuldade de realização de parcerias com outros setores para a concretização da promoção de saúde, configuram-se em temas já analisados anteriormente neste trabalho. Por esse motivo, estes obstáculos não serão analisados em profundidade, sendo o objetivo apenas destacá-los como os responsáveis, na fala dos pesquisados, pela ausência de ações de promoção em saúde.

Uma das dimensões da integralidade pressupõe a articulação entre os serviços de saúde e uma rede complexa que envolva, além dos outros serviços da área, outras instituições além do setor saúde, pois, os esforços para a melhoria das condições de vida é uma tarefa que extrapola essas delimitações, exigindo uma ação intersetorial. É a integralidade pensada no macro (Cecílio, 2006). No entanto, esta rede de suporte não se mostra estruturada no município pesquisado. Como já analisado anteriormente, a própria rede de serviços dentro do setor saúde, apresenta-se comprometida neste município, com dificuldades de acesso ao setor secundário e terciário, além disso, as parcerias com outros setores não apresentam um quadro mais promissor, evidenciando-se muitas dificuldades no estabelecimento de parcerias. Tais problemas são apontados pelos sujeitos de pesquisa, como demonstram as falas a seguir.

[S16] *“A nossa Secretaria [da Saúde] não necessariamente é difícil [as parcerias], mas tudo é longo e demorado, burocrático.”*

[S13] *“Nós precisamos, da Secretaria do Meio Ambiente e da Secretaria de Obras, agora se ela, a Secretaria de Obras não*

tiver interesse de limpar a beira do rio, pra gente colocar as placas que queria colocar, como é que nós vamos fazer?”

A fala de S16 aponta dificuldades enfrentadas para realizar parceria com a própria Secretaria de Saúde, onde os processos não têm agilidade, já S13, evidencia que as parcerias nem sempre são viáveis, apesar dos esforços das equipes. Essas dificuldades, como a falta de interesse de outros setores, processos lentos e burocráticos, acabam por desmotivar os profissionais, diminuindo as ações que abarquem outros setores ou outras instituições.

Sícoli e Nascimento (2003) afirmam que a constatação do grande potencial do setor saúde para detectar as ações necessárias de promoção de saúde indica que este deveria ter um papel de destaque na operacionalização da intersetorialidade, sensibilizando outros setores e viabilizando a pactuação de objetivos comuns. No entanto, a prática é permeada de obstáculos, implicando em situações de difícil resolução. A concretização dessas dificuldades é evidenciada nas falas de S13 e S16, que trazem os entraves nas parcerias com os setores e com a própria morosidade da Secretaria de Saúde para suprir suas demandas.

O gerenciamento das ações intersetoriais, configura-se em um desafio, mas a mudança da lógica de governar setorialmente para a lógica intersetorial é questão fundamental quando o objetivo é o atendimento das necessidades populares. Apesar desse fato, os governos, principalmente nos municípios, costumam tomar decisões de forma segmentada e setORIZADA, tal fragmentação das políticas, além de representar um obstáculo na resolução das dificuldades vivenciadas pela população, ainda dificultam o exercício do controle social sobre seus direitos, pois, os problemas têm origens múltiplas, tornando-se quase impossível cobrar as soluções de um único setor (Costa, Pontes & Rocha, 2006).

O depoimento a seguir reforça que a possibilidade dos profissionais da UBS trabalharem com a promoção está vinculada à alteração dos hábitos e, que ampliar a possibilidade de intervenção destes profissionais para abarcar outras frentes de intervenção está fora do alcance, ou seja, reafirma a dificuldade de trabalhar com a intersetorialidade.

[S10] *“Não sei, acho que até agora o que se falou em promoção é da intersetorialidade [...] Mas acho que além*

dos hábitos, envolvendo cultura e as relações sociais já é um pouco mais além do que a gente consegue fazer.”

No registro anterior, fica claro que trabalhar com a intersetorialidade é mais do que estes profissionais conseguem realizar dentro das condições existentes. Nesse sentido, Campos (2005) afirma que este é um desafio que se impõe ao sistema de saúde: o trabalho inter e multissetorial como uma possibilidade geradora de mudanças no perfil do modelo. A autora afirma que a efetivação de um modelo que possibilite ações intersetoriais é tarefa não apenas dos profissionais, mas, também das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e que os serviços serão resolutivos se houver o aprofundamento das parcerias no próprio sistema de saúde e na concretização das iniciativas intersetoriais, buscando gerar espaços para a participação da população no processo de organização dos serviços e na definição das prioridades locais de saúde.

Porém, para a participação da população é necessário também espaço físico adequado, que comporte um número elevado de pessoas e possibilite a discussão entre os membros da comunidade. A fala a seguir aponta não apenas a dificuldade de estabelecer parcerias, mas também a falta de estrutura para efetivar o trabalho.

[S13] *“Fora a falta de estrutura no bairro, também a gente fazer a promoção sozinho também não dá, porque nós... nesse caso, a gente queria fazer essa promoção, nós precisamos, da Secretaria do Meio Ambiente e da Secretaria de Obras.”*

S13 reafirma a necessidade de parcerias que abarquem outras Secretarias para realizar ações de promoção de saúde, indicando que tais ações requerem a composição coordenada de vários setores. Esse discurso está em consonância com alguns estudos que apontam que a sustentabilidade do modelo inovador da ESF requer o estabelecimento de parcerias que extrapolem o setor na execução dessa tarefa. Sob essa perspectiva, uma das funções das equipes de SF é mobilizar ações intersetoriais na minimização das condições de vulnerabilidade e articulação da infraestrutura necessária para a melhoria das condições de vida da população (Heidmann, 2006; Machado *et al.*, 2007). Mas, essa

função apresenta-se comprometida nas equipes pesquisadas pelos obstáculos encontrados para articulação.

S13 ainda indica outro aspecto importante no tocante aos entraves para realização de ações de promoção de saúde: a falta de estrutura. As falas a seguir reafirmam tal discurso.

[S4] *“Volta naquilo que tinha falado antes, nós queremos promover, mas não tem estrutura pra fazer isso!”*

[S6] *“Exatamente!”*

[S17] *“Não nos dão condições pra promoção, essa é a dificuldade...”*

[S16] *“Pelo fato da estrutura física ser realmente um problema, principalmente aqui dentro, e a gente não conseguir fazer essas atividades de promoção, realmente vinculadas à Unidade, por não poder fazer aqui.”*

As falas de S4 e S17 evidenciam que a falta de estrutura, uma das consequências do financiamento insuficiente, ambos já analisados no Núcleo Temático Condições de Trabalho, configura-se em obstáculo à realização da promoção de saúde.

Essa constatação remete a Paim (2009), que afirma que um dos entraves do SUS é o financiamento instável e insuficiente, ou seja, os recursos são inferiores ao necessário para um sistema que tem caráter universal e integral, pois, os valores repassados pelo governo federal aos estados e municípios sempre foram inferiores às necessidades em saúde das populações. Carvalho (2011) ainda avalia que os princípios legais do financiamento do SUS não estão sendo cumpridos, e a insuficiência de recursos é um dos gargalos do sistema, nesse sentido, faze-se necessário diminuir a distância entre o que a lei preconiza e a realidade impõe.

A falta de estrutura adequada, consequência do financiamento insuficiente, dificulta a realização do SUS em suas potencialidades e, nesse caso, especificamente, constitui-se em mais um obstáculo à realização de ações de promoção de saúde. Essa é uma das contradições do sistema de saúde: preconiza ações de saúde em sua perspectiva ampliada, mas não supre as necessidades financeiras do sistema para sua implementação.

S16 ainda levanta o aspecto da falta de estrutura física para a realização das atividades de promoção de saúde, evidenciando que a UBS não comporta a realização de atividades grupais por falta de espaço. As falas a seguir também evidenciam essa problemática.

[S13] *“Não temos condições, sabe é a condição que falta [...] por exemplo, na minha micro área e na dela (S15) e metade da dela (S12), não tem no bairro um lugar pra ser feito [...] as reuniões. Por que o que acontece, que eu acho: é longe pra vim lá do bairro [...] então falta o local, a infraestrutura, o local pra fazer lá no nosso bairro.”*

[S15] *“Promoção de saúde [...] acho difícil de acontecer aqui na minha micro (área), pois, não tem nenhum lugar para a comunidade se reunir.”*

A falta de espaço no bairro onde a UBS está localizada, que não possui nenhum local para a realização das atividades grupais, aparece nas falas de S13 e S15 e, aliada à falta de espaço na própria UBS, acrescentam uma dificuldade a mais na realização da promoção de saúde. Esses dados coadunam com as colocações de Paim (2009), que ressalta a dificuldade de organizar o sistema a partir das necessidades da população com a interferência dos interesses econômicos. Esses interesses produzem inúmeros desvios nos caminhos percorridos, desvirtuando em muitos momentos aquilo que a lei preconiza. Ademais, a infraestrutura não acompanha o crescimento da população e nem a demanda de serviços, visto que, o financiamento insuficiente inviabiliza o investimento para a expansão de infraestrutura da rede pública.

Mas a insuficiência financeira e a dificuldades no estabelecimento de parcerias não são as únicas barreiras a promoção de saúde, a sobrecarga de trabalho é outro entrave apontado pelos profissionais, sendo indicado como uma das dificuldades para pensar ações que envolvam a organização de eventos nesse âmbito.

[S13] *“Esse outro lado de fazer a promoção, organizando eventos e tal e tal..., dificulta sabe, dificulta pra todo mundo pela sobrecarga [de trabalho].”*

A fala de S13 está de acordo com vários estudos, que apontam para a sobrecarga de atividades na Atenção Básica, afirmando que a demanda frequentemente ultrapassa o número preconizado para cada profissional (Besen, *et al.*, 2007; Brigagão & Gonçalves, 2009; Katsurayama, 2011). Nas equipes pesquisadas, essa sobrecarga exerce influência direta nas atividades, pois, configura-se em mais um obstáculo à realização de ações de promoção de saúde.

As dificuldades para a realização de parcerias com outros setores e a escassez de estrutura acabam por desestimular os profissionais, situação que aliada à sobrecarga de trabalho, constitui-se em entrave considerável à realização de ações de promoção. A esse respeito, Figueira *et al.* (2009) afirmam que a reorientação das práticas tradicionais em saúde requerem investimento na infraestrutura, recursos humanos e pesquisas, que se destinem à promoção de saúde e possam identificar intervenções nessa área. Além da necessidade de elaboração de metodologias avaliativas para a verificação de seus reais limites e possibilidades.

Um último fator, apontado pelos profissionais como limitador da realização de tais ações foi o aspecto cultural da população, que procura a UBS apenas para realizar atividades de cunho curativo. As falas de S3, S6 e S8 deixam clara essa percepção.

[S2] *“Quando a gente vai na casa das pessoas elas não querem falar de promoção de saúde, elas querem resolver seus problemas daquele momento.”*

[S3] *“É cultural, o povo já veio de uma cultura que não é de promover, é de procurar...”*

[S6] *“...depois que está doente.”*

[S3] *“Isso.”*

[S8] *“A gente faz a promoção, a gente vai nas casas pra fazer a promoção, mas infelizmente o povo só vem na unidade pra fazer é curativo! [...] Infelizmente o paciente não tem a percepção de saber o*

que é uma promoção, eles só vão vir quando eles precisarem.”

Os discursos mencionados colocam parte da responsabilidade pela falta de ações de promoção de saúde na população, sem se dar conta que esse é também o reflexo do histórico do trabalho em saúde no Brasil e do próprio trabalho da equipe.

Ronzani e Silva (2008) ressaltam que existe uma falha na tentativa de unir ações coletivas e a efetiva participação da população e levantam como hipótese o distanciamento dos usuários do planejamento e da tomada de decisão nas atividades realizadas pelos serviços de saúde. Afirmam ainda, que os trabalhadores criticam os usuários pelo não entendimento da proposta da ESF, mas suas práticas se orientam, na maioria das vezes, em ações curativas, mesmo que o discurso proponha prevenção e promoção da saúde.

A atenção em saúde mostra-se fundada em uma perspectiva com características biológico-tecnista, onde o foco privilegiado da atenção ainda é o binômio saúde-doença. Essa concepção permeia a sociedade brasileira e, de modo geral, a população espera receber atenção à saúde focada no tratamento das doenças. Tal situação demanda uma transformação lenta e gradual no cotidiano dos serviços de saúde, sendo muito difícil na prática romper com o modelo tradicional de ações nesse setor (Brigagão & Gonçalves, 2009). A centralidade da produção de saúde nos procedimentos curativos impacta tanto profissionais como usuários e propicia o desenvolvimento de uma determinada forma de ver e se relacionar com a saúde, calcada na realização de procedimentos (Franco & Merhy, 2010).

Os obstáculos explanados nessa categoria, e de forma geral neste trabalho, acerca das dificuldades que permeiam a promoção de saúde reafirmam a complexidade da questão e sinalizam para a impossibilidade de buscar soluções simplistas e imediatistas. Pautados nesta constatação, pode-se responder à indagação que norteia este capítulo, afirmando que a promoção de saúde na realidade atual da Atenção Básica não se configura em um movimento instituinte, mas apenas “mais do mesmo”, apesar de sua potencialidade de transformação social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema promoção de saúde traz consideráveis desafios impostos pela sua complexidade, que se evidencia na polissemia de seu significado, estando diretamente vinculado ao conceito de saúde daqueles que a proclamam. Ele se apresenta, em parte, como um movimento em construção, que veio como contraponto ao modelo biomédico e à medicalização do social e, em parte, como componente da integralidade do cuidado em saúde, enquanto um momento de seus níveis de atenção.

Essa complexidade teórica e epistemológica implica em consideráveis obstáculos à sua realização no contexto da Atenção Básica (AB), que são analisados neste estudo. A realidade apresentada, descortinou-se como um emaranhado de difícil análise pelas profícuas interrelações entre os variados aspectos do contexto, o que impôs o desafio de compreender o tema a partir de uma incursão inicial nas formas de organização e nas condições do trabalho na AB, a fim de aprofundar a análise. Os principais resultados obtidos e algumas reflexões suscitadas serão levantados a seguir, como forma de buscar uma “fotografia” em meio a um processo em constante movimento e construção.

O cenário da AB pesquisado evidenciou uma prática com poucos espaços constituídos para as discussões e problematizações dos casos nas equipes, que possam propiciar a articulação dos saberes dos diversos profissionais. A discussão, quando ocorre, restringe-se a espaços não instituídos, feita por dois ou três profissionais, quase sempre os que têm vinculação direta com a situação. Essa dinâmica pode dificultar a evidência das queixas que se destacam e minimizar a detecção ampliada das necessidades em saúde do território e, conseqüentemente, a implementação de ações mais integrais.

A escassez de espaços sistematizados de discussão se faz sentir também nas dificuldades enfrentadas para articular o trabalho do NASF com as equipes de referência, e que têm consequência direta na construção, ou não, de práticas promotoras de saúde, pois, neutralizam as ações deste potente instrumento (o NASF). Tal situação aponta para a necessidade de ampliação dos espaços de discussão e trocas sistemáticas nos serviços, sendo levantada como hipótese que a escassez destes espaços pode estar vinculada à sobrecarga no trabalho por parte dos profissionais, evidenciada durante a coleta de dados.

As dificuldades enfrentadas pelo financiamento insuficiente e a falta de estrutura é outro obstáculo à realização de práticas de promoção,

visto que, implicam em situações de difícil resolução que se configuram em prioridades, ficando outras ações, como as práticas de promoção em saúde, relegadas ao segundo plano. Além disso, a falta de espaços físicos que possibilitem a reunião da comunidade em ações coletivas também dificulta a organização de reuniões e assembleias, fomentadoras do diálogo entre a população e os profissionais de saúde em ações mais amplas.

A falta de motivação dos trabalhadores, destaque durante a coleta de dados, decorre principalmente da falta de reconhecimento destes profissionais. Essa falta de motivação pode despotencializar os trabalhadores em movimentos instituintes de mudança, dificultando as discussões e a busca de soluções acerca dos obstáculos a serem enfrentados por estes coletivos, no cotidiano desafiador dos serviços. Explicita-se, nesse sentido, a necessidade de elaboração de estratégias que minimizem essa situação, por meio de um maior investimento na área da saúde e de planos de carreira e formas de gestão que reconheçam o trabalho dos profissionais da AB.

A sobrecarga de trabalho no contexto pesquisado, aliada, entre outros fatores, à falta de reconhecimento e à motivação, mostraram-se desencadeadores de sofrimento, e a alternativa encontrada pelos sujeitos está pautada pela medicalização, na busca do equacionamento desse sofrimento na vida cotidiana. Ou seja, o modelo biomédico dá o tom das estratégias de enfrentamento individual de um problema que é, acima de tudo, de um coletivo de trabalhadores. Essa constatação indica a necessidade de encarar o desafio de promover a saúde dos próprios profissionais da área, pois, além de seu sofrimento alterar o produto de seu trabalho, o aspecto educativo embutido em todas as ações é fato da maior relevância neste contexto.

Essa situação evidencia que os caminhos trilhados dentro do próprio sistema de saúde vão em direção contrária às práticas de promoção, visto que, o processo de medicalização é um caminho inverso. É fundamental ressaltar a contradição da situação: apesar de o movimento de promoção de saúde constituir-se enquanto alternativa de oposição à medicalização do social, o que foi constatado nesta pesquisa é que a medicalização está arraigada nas práticas da AB e, inclusive, presente nos processos de trabalho dos próprios profissionais da área, como uma alternativa para seu sofrimento.

Outra questão que se destacou no cenário pesquisado é que, apesar de as diretrizes da ESF trazerem como uma das funções dos ACS promover saúde, é muito difícil para este profissional, o rompimento com o modelo tradicional no cotidiano dos serviços.

Evidencia-se que este trabalhador, fundamental na realização de ações de promoção e educação em saúde, encontra dificuldades de desenvolver plenamente seu papel transformador no contexto da AB.

Em relação às práticas de promoção de saúde, existe certa ambiguidade na sua realização, porque, parte dos trabalhadores afirma não ser possível concretizar tais ações no seu cotidiano e a outra parte afirma que realiza tais práticas. No entanto, este segundo grupo ao descrevê-las, indica ações que focaliza prioritariamente aspectos de higiene e prevenção de doenças e agravos. Essa evidência remete para um modelo preventivista que tem como uma de suas bases o conceito de saúde calcado em evitar doenças, estilo de pensamento que se evidencia na contramão do conceito ampliado de saúde que embasa o SUS e não fortalece um de seus princípios doutrinários: a integralidade. Nesse sentido, apesar da importância das ações preventivas, as ações integrais, caracterizam-se pela apreensão ampliada das necessidades, constituindo-se na negação ao reducionismo, como por exemplo, a redução dos níveis de atenção à prevenção de doenças.

Ainda em relação a essas práticas, a realização de parcerias entre a UBS e outros setores governamentais e organizações da sociedade civil apresentam inúmeros obstáculos a serem enfrentados e superados, dentre eles, destacam-se a dificuldade de comunicação (entre os trabalhadores e entre os serviços e organizações) e a falta de uma lógica intersetorial. Tal situação fragiliza as práticas que envolvam atores de vários segmentos e minimizam a possibilidade de envolver outros setores na busca de melhores condições de vida para a população, comprometendo a capacidade de realizar promoção de saúde em outro estilo de pensamento que não o da Promoção de Saúde Comportamental (PSC).

Esse talvez seja um dos motivos da predominância desse estilo de pensamento entre os profissionais, que têm como característica um discurso que enfatiza a ação preventiva e a considera como sinônimo de promoção de saúde, o que simplifica consideravelmente as ações. É necessário esclarecer que não se trata de minimizar a importância da prevenção de doenças no cenário da saúde, mas sim, de diferenciá-la da promoção, como níveis distintos na busca pela integralidade do atendimento, isso porque, subtrair práticas de promoção em saúde é desperdiçar uma estratégia valiosa de participação e controle social, pressupostos caros ao SUS.

Se como já foi abordado, o movimento de promoção de saúde traz em seu bojo o discurso de reação ao processo de medicalização do social, a Promoção de Saúde Comportamental, objetiva-se como a

reafirmação desse processo, mesmo que em tese seja apontada como uma nova proposta, pois, enquanto uma prática prescritiva, não valoriza a reflexão e, portanto, o fortalecimento e a emancipação dos sujeitos e coletivos, inclusive dos próprios trabalhadores.

Além disso, a forma de promover saúde neste estilo de pensamento não tem eco em parcela significativa desta população, que não tem condições econômicas que lhes permita alterar seus estilos de vida. Apesar dos resultados positivos que possa alcançar para a camada da população mais favorecida economicamente, a focalização do bem-estar individual e do autocuidado exclui da análise o aspecto social e coletivo e pode induzir à “culpabilização da vítima”. Ou seja, este estilo de pensamento não leva em consideração a determinação social do processo saúde-doença e a evidência de que a autonomia possível para alterar a maneira de viver está inscrita na força dinâmica da realidade social, atrelada às condições de vida dos sujeitos e às comunidades.

Essa compreensão, contrapõe-se a outra que, também sob a bandeira da promoção em saúde, busca estratégias de articulação dos atores concretos e engajados em práticas construídas coletivamente nas comunidades, e que quando mobilizados são capazes de transformar a realidade que os cerca, transformando-se a si próprias neste processo. Esse caminho, constitui-se em um desafio, pelas dificuldades que cerceiam as ações concretas embasadas nessa proposta, mas demonstra que é possível construir vínculos entre profissionais e usuários para produzir autonomia e corresponsabilidade, que aposte na criação coletiva de alternativas para as dificuldades e problemas enfrentados.

Alguns trabalhadores evidenciam o reconhecimento da importância das condições de vida na saúde das comunidades e afirmam a centralidade de ações intersetoriais na promoção de saúde, na qual a delimitação dessas ações não fique restrita às fronteiras dos setores. O reconhecimento da complexidade da sociedade e de sua direta relação com a saúde aparece no discurso de trabalhadores que afirmam que as parcerias com a Secretaria de Obras, Habitação, Saneamento são fundamentais para promover saúde. Estes profissionais, apesar de não se constituírem em maioria, sinalizam que algumas mudanças estão em andamento, que se evidenciam na postura democrática de muitos trabalhadores e na forma dialógica que são conduzidos alguns grupos nas UBS pesquisadas.

Outro aspecto que se destaca é a compreensão de promoção de saúde como educação em saúde, no entanto, é fundamental considerar o entendimento de educação. A ênfase do discurso da maioria dos trabalhadores, concentra-se no aspecto educativo vinculado à orientação

e à prescrição de hábitos adequados que são caracterizados como práticas de promoção, apesar de terem como base uma ação preventiva. Tal estilo de pensamento também está atrelado à mudança comportamental individual e à adoção de uma determinada forma de viver saudável, cujo padrão delimita um modelo de saúde ideal. Estas concepções traduzem, em grande medida, modelos higienistas e preventivistas, nos quais, a promoção da saúde é identificada como prevenção de doenças, num formato que reduz as ações às figuras do profissional da saúde e do indivíduo, sem levar em conta as condições ambientais, culturais e econômicas.

Essa prática de educação em saúde que tem o foco no repasse de informações dificulta a participação da comunidade nos processos de saúde, na medida em que minimiza a importância do conhecimento popular e desfavorece a construção da autonomia. Apesar de os sujeitos desta pesquisa apontarem a importância do vínculo e a horizontalidade das relações na ESF, essa situação é minimizada em muitos casos, por meio de uma atitude que considera o conhecimento científico, pautado no modelo biomédico, o único válido acerca das proposições de saúde, reforçando, dessa forma, relações assimétricas de poder ao se colocarem como detentores deste saber.

A população não aparece como protagonista nessa forma de promover saúde, ao contrário, aparece sob os cuidados e a condução dos trabalhadores. Em relação a isso, destaca-se que a compreensão de promoção de saúde como participação e fortalecimento pessoal e comunitário não aparece nas falas dos sujeitos durante o período de coleta de dados. Tal constatação é de suma importância, pois, estes aspectos se configuram em uma das características centrais do estilo de pensamento da Nova Promoção de Saúde (NPS) segundo a literatura, e sua ausência implica em uma minimização de sua importância na prática das equipes pesquisadas e uma delimitação clara do tipo de estilo de pensamento predominante.

A promoção de saúde, relaciona-se intimamente com a participação da comunidade, sendo assim, pode se apresentar como um instrumento de construção de coletivos que buscam ativamente melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde. Nessa perspectiva, as ações educativas na ESF podem indicar um novo caminho, pautado em um processo dialógico entre trabalhadores de saúde e usuários, que possibilite que a prática da equipe torne-se fomentadora da participação da comunidade. No entanto, essa não é a realidade encontrada nesta pesquisa.

A ação educativa não intencional, existente em todas as ações dos trabalhadores de saúde e já citada anteriormente, é um dos fatores que faz com que a postura dos trabalhadores seja um fator importante a ser considerado para a participação em saúde. Isso porque, dependendo de suas posturas estes profissionais podem fomentar ou desestimular a participação da comunidade e o controle social. Essa constatação implica em refletir sobre o papel de cada trabalhador dentro dos processos em curso e qual a implicação das ações cotidianas, como estas podem potencializam os sujeitos na busca de autonomia ou induzir a formas passivas de viver.

Outrossim, não menos importante, é trazer à cena a luta diária destes profissionais, que buscam reunir esforços para realizar seu trabalho junto à comunidade da melhor maneira possível, dentro das condições que lhes é dada. Nos grupos focais e entrevistas, verificou-se que a grande maioria dos profissionais reconhece a necessidade de realizar ações de promoção de saúde para a efetivação do SUS e de sua importância na AB. No entanto, as dificuldades da estrutura nesse nível de atenção, dos seus processos de trabalho e da formação, interpõem-se como barreiras entre o desejo e a efetivação de uma prática que, também por tais obstáculos, não se mostra adequada aos princípios do SUS e não promove a autonomia dos sujeitos: nem dos usuários e nem mesmo dos próprios trabalhadores!

É mister ressaltar que, por certo, não pode haver nenhum tom prescritivo ou depreciativo no trabalho realizado por estes profissionais, pois, estes estão inseridos na realidade diária do SUS e, portanto, submetidos a todo um contexto micro e macro político, que certamente está encravado no acirramento da disputa de projetos de sociedade, sob o jugo de imagens-objetivo diferenciadas, na qual o SUS está inserido. Mas, além disso, não se deve esquecer que estes sujeitos não são apenas determinados socialmente, mas também produzem o social... e é por essa razão que esta reflexão se faz necessária. Se o dilema leva a uma escolha, o paradoxo pode levar à consciência da contradição, que pode conduzir a elaboração de uma síntese melhor.

No contexto deste cenário, descortina-se a importância de incrementar programas de Educação Permanente na busca do desenvolvimento de um trabalho com a comunidade de maneira participativa, pois, disso também dependem novas práticas, inclusive de promoção de saúde, que propiciem a reflexão coletiva de trabalhadores e comunidade.

É necessário indagar qual a configuração atual do que denominamos ciência e como a formação constrói o conhecimento na

área da saúde, visto que, essa construção delimita a prática posterior dos profissionais. Tal cenário exige a busca de novas formas de enfrentamento dessa questão, que inclui uma redefinição das práticas de gestão do próprio Ministério da Saúde, pois, não basta a proposição de estratégias como a ESF se não houver investimento e mudanças significativas na formação de gestores e trabalhadores, na busca de uma lógica da integralidade das ações, que promovam saúde de maneira dialógica e reflexiva, que potencializem práticas de saúde em seu conceito ampliado, condizentes com as condições deste país e as delimitações do sistema de saúde.

7. REFERÊNCIAS

- Alves, K. V. G. (2009). *O que sabe o Agente Comunitário de Saúde?* Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Araújo, I. B., Nascimento, M.A.A. & Assis, M.M.A. (2010). Modelos de Atenção em Saúde no PSF: práticas e relações. *Saúde em Debate*, 34 (84), 119-128.
- Azevedo, C. S. (2010). A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1), 977-986.
- Azevedo, L. F. M. & Traverso-Yépez, M. (2010). ‘De mãos atadas’: o cotidiano dos trabalhadores da atenção básica em saúde diante do sofrimento psicológico. *Saúde em Debate*, 34 (87), 726-733.
- Barros, E. & Carvalho, R. (2006). Desafios contemporâneos e promoção da saúde: trabalhadores da saúde. Em: Castro, A. & Malo, M. *SUS ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: OPAS.
- Bauer, M. W., Gaskell, N. G. & Allum, N. C. (2002). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: Bauer, M. W. & Gaskell, N. G. (Eds). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Besen, C. B., Souza Netto, M., Da Ros, M. A., Silva, F.W., Silva, C.G. & Pires, M.F. (2007). A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 57-68.
- Bezerra, H. D. S. (2009). *O Agente Comunitário de Saúde: elo entre o serviço de saúde e a comunidade?* Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Juazeiro(Ba)/Petrolina(Pe). Brasil.

- Bezerra, R. S. S., Carvalho, M. F. S. & Silva, T. P. B., Silva, F. O., Nascimento, C.M.B., Mendonça, S.S., Spinelli, V.B., Lyra, A.P.P.M, Silva, A.E.T.M, Souza, A.O., Ribeiro, F.A.L., Vilaça, S.P.O., Saraiva, J.B., Cunha, V.C. & Queiroz, M.P. (2010). Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/ PE. *Divulgação em Saúde para Debate*. 46. 51-59.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (s/d). *Das Intersecções quantitativo x qualitativo*. Texto não publicado.
- Böing, E. (2009). *O psicólogo na Atenção Básica: uma incursão pelas Políticas Públicas de saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Böing, E., Crepaldi, M. A. & More, C. L. O. O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 18, 251-266.
- Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF. Acesso em 10/02/07. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde- Relatório Final*. Brasília. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990). Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e Princípios*. V.I/ Ministério da Saúde – Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Secretária de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. *As cartas da Promoção de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. *A Educação Permanente entra na Roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). Sec. de Atenção à Saúde. Dep. de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). Sec. de Vigilância em Saúde. Sec. de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006c). Assessoria de Comunicação. *Cartilha Entendendo o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009a). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009b). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009c). *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009d). *Humaniza SUS na Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de

Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009e). *Redes de Produção de Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2009f). *Revista Brasileira Saúde da Família- 24*. Ano X- out/dez. ISSN 1518-2355. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

Brigagão, J. I. M. & Gonçalves, R. (2009). Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. *Paideia*. 19 (44), 387-393.

Buss, P. M. (2000). Enfoques prioritários em Salud Pública. In: *Desafíos para la Educación en Salud Pública: La reforma sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. pp. 7-31.

Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Calatayud, F. M. (1999). *Introducción a la Psicología de La Salud*. 1ª Ed. Buenos aires: Ed. Paidós.

Campos, L. (2005). Concepções e práticas de participação de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de saúde da família. Universidade do Vale do Itajaí. Dissertação. Itajaí, SC, Brasil.

Campos, D. A., Reis, L. N. & Gherardi-Donato, E. C. da S. (2010). Da formação à prática no PSF: o nó do trabalho multiprofissional. *Saúde e Transformação Social*, 1(1), 70-74.

- Campos, G. W. de S. (2010a). Saúde no Brasil: impasses e desafios. *Revista Caros Amigos*, ano XIV, n. 50, set/2010, p. 10.
- Campos, G. W. De S. (2010b). Prefácio. Em: Carvalho, S. R.. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec.
- Campos, L. F. L. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Campinas: Alínea.
- Campos, G. W. S. & Domiti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 23 (2),399-407.
- Campos, L. & Wendhausen, A. (2007). Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 16 (2). 271-9.
- Carvalho, G. (2009). *Estimativa de gasto com saúde no Brasil em 2009*. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em <sbmfc@googlegroups.com> acesso em: 13 de setembro de 2010.
- Carvalho, G. (2011). Avaliação do atual modelo de gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde. Em: Santos, N.R. & Amarante, P.D.C. (org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Carvalho, S. R. (2010). *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec.
- Castiel, L. D. (2006). A noção de ‘estilo de vida’ em Promoção de Saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: Bagrichevsky, M.; Palma, A.; Estevão, A. & Da Ros. M. A. (orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. (pp. 45-66) Vol. 2, Blumenau: Nova Letra.
- Castiel, L. D. & Diaz, C. A. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004) Mudança na Graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 20(5), 1400-1410.
- Ceccim, R. B. (2010). Onde se lê ‘Recursos humanos em Saúde’, leia-se ‘Coletivos Organizados de Produção em Saúde’. Desafios para a educação. Em: Pinheiro, R. Mattos, R. (org.) *Construção social da demanda: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO.
- Cecilio, L.C. de O. (2006) As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs). *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. (8ª Ed.) Rio de Janeiro: Abrasco.
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2ª ed. Piracicaba: Cortez Editora.
- Costa, A.M., Pontes, A.C.R. & Rocha, D.G. (2006). Intersetorialidade na produção e promoção de saúde. Em: Castro, A. & Malo, M. *SUS ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: OPAS.
- Cruz Neto, O., Moreira, M. R. & Sucena, L. F. M. (2002). Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- Cutolo, L.R.A. & Madeira, K.H. (2010). O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 39(3), 79-84.
- Cutolo, L.R.A. (2002). Epistemologia Básica e suas aplicações em Saúde Pública. (trabalho apresentado como parte de concurso público para prof. Adjunto). Florianópolis.
- Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.).

Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. (2ª Ed.)
Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

- Dantas, J. B. & Ewald, A. P. (2010). Medicalização e consumo: um olhar sobre a saúde na contemporaneidade. *Saúde em Debate*. 34(85), 272-87.
- Da Ros, M. A. (2000). *Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 194 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck*. Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de Doutorado. Florianópolis, SC, Brasil.
- Da Ros, M. A. (2006). Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Em: Bagrichevsky, M.; Palma, A.; Estevão, A. & Da Ros, M. A. (orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. (pp. 45-66) Vol. 2, Blumenau: Nova Letra.
- Dejours, C. (2006). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*. 14(3), 27-34.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da Saúde Coletiva. *Psicologia em Estudo*. 6 (2). 57-63.
- Dowbor, T.P. (2008). *O trabalho com os determinantes sociais da saúde no Programa de Saúde da Família no município de São Paulo*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M.H.M. de & Senna M. de C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 21(2), 164-76.
- Ferrante, J. M., Balasubramanian, B.A., Hudson, S. V. & Crabtree, B. F. (2010). [Principles of the patient-centered medical home and preventive services delivery](#). *Ann Fam Med*, 8(2), 108-16.

- Fernandez, J. C. A., Andrade, E. A. de, Pelicioni, M. C. F. & Pereira, I. M. T. B. (2008). Promoção da Saúde: elemento instituinte? *Saúde e Sociedade*, 17(1), 153-164.
- Figueira, T. R., Ferreira, E. F., Schall, V. T. & Modena, C. M. (2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Rev.Saúde Pública*, 43(6), 937-943.
- Fleck, L. (2010/1935). *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. (Otte, G & Oliveira, MC, Trad.) Belo Horizonte: Fabrefactum. [Obra original em alemão, 1935].
- Franco, C.M., Santos, S.A. & Salgado, M.F. (2011). *Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Franco, T.B. & Merhy, E. (2010). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. Em: Pinheiro, R. Mattos, R. (org.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO.
- Freire, P. (2008). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freitas, T.G. (2010). *Conflitos éticos do processo de tomada de decisão no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde*. Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação. Florianópolis, SC, Brasil.
- Freitas, M. de L. de A. & Mandú, E. N. T. (2010). Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul. Enfermagem*. 23(2), 200-5.
- Garcia, F. A. R., Freund, K. M., Berlin M., Digre, K. B., Dudley, D. J., Fife, R. S., Gabeau, G., Geller, S.E., Magnus, J.H., Trott, J.A. & White, H.F. (2010). Progress and Priorities in the Health of Women and Girls: A Decade of Advances and Challenges. *Journal of Women's Health*, 19(4): 671-680.

- Gaudenzi, P. & Schramm, F. R. (2010). A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 14(33), 243-55.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gottardi, R.L.B. & Silva, A.L. (2006). Ações educativas: o agente comunitário do Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, em São Paulo. *Saúde em Debate*. 30 (73/74), 275-286.
- Guanais, F. & Macinko, J (2009). Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. *J Ambulatory Care Manage*, 32(2), 115–122.
- Guarido, R. & Voltoline, R. (2009). O que não tem remédio, remediado está? *Educação em Revista*. 25 (01). 239-263.
- Hedman, E. (2009). Oral health education for schoolchildren: a qualitative study of dental care professionals' view of knowledge and learning. *International Journal of Dental Hygiene*. 7 (3), 204-211.
- Heidmann, I. T. S. (2006). *A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. SP. Brasil.
- Heidmann, I. T. S., Almeida, M. C. P., Boebis, A. E., Wosny, A. M. & Monticelli, M. (2009). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(2), 352-8.
- Hendry, M., Williams, N.H. & Wilkinson, C. (2008). [A survey of local health promotion initiatives for older people in Wales](#). *BMC Public Health*, 8: 217.

- Hogg, W., Lemelin, J., Moroz, I., Soto, E., & Russell G. (2008). Improving prevention in primary care: Evaluating the sustainability of outreach facilitation. *Can Fam Physician*, 54(5), 712-720 .
- Iacopino, A., M. (2010). Surveillance Spotlight: Current Concepts in Oral-Systemic Health. *Journal of the Canadian Dental Association*, Vol. 76 Issue 1, Special section p1-2.
- Ignácio, V.T.G. & Nardi, H.C. (2007). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*; 19 (3): 88-95.
- Katsurayama, M. (2011). O profissional de saúde na Atenção Primária: uma metassíntese. *Saúde & Transformação Social*. 1 (3),159-165.
- Lacerda, A. & Valla, V. (2007). Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Em: Pinheiro, R. & Mattos, R. (org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Lima, Ana C. C. (2006). *O campo 'psi' como um integrador para 'promoção da saúde' no SUS*. Trabalho (oral e escrito) apresentado no III Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde. Florianópolis: Ampasa.
- Lino, M.M., Lanzón, G.M.M., Schweitzer, M.C. & Albuquerque, G.L. (2011). Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde em Florianópolis: necessidades e desafios. *Saúde & Transformação Social*. 1 (3),122-130.
- Ludke, L & Cutulo, L.R.A. (2010). Formação de docentes para o SUS- um desafio sanitário e pedagógico. *Saúde e Transformação Social*, 1(1), 88-98.
- Luz, M. T. (2007). É a promoção de saúde um novo paradigma? In: Luz, M. T. (org.) *Ordem social, instituições e políticas de saúde no*

Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.

- Machado, M. de F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.
- Macintosh, Andrea C. (2010). The Impact of Community Workshops on Improving Early Childhood Oral Health Knowledge. *Pediatric Dentistry*, Vol. 32 Issue 2, p110-107.
- Maltz, M. (2010). Health promotion and dental caries. *Brazilian Oral Research*, Supplement, Vol. 24, 18-25.
- Mascarenhas, C.V. (2005). *Promoção da saúde: representações sociais de acadêmicos dos cursos de graduação na área da saúde.* Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação. Florianópolis, SC, Brasil.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R., Mattos R.A. (org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 13 (1), 771-80.
- Mattos, R. A. (s/d) “Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor”. Boletim In: Integralidade em Saúde. Entrevista: Ruben Mattos. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=25> Acesso em: 18 ago 2010.
- Meurman, P. (2009). Oral health programme for preschool children: a prospective, controlled study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, Vol. 19 Issue 4, p263-273.

- Minayo, M. C. de S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (7ª Ed). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Monteiro, E. M. L. M., & Vieira, N. F. C. (2010). Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 397-403.
- Monteiro, M. (2010) Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. 1ª Ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Paidós.
- Morais, I. H. S. & Vasconcelos, M. M. (2005). Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. *Saúde em Debate*. 29 (69). 86-98.
- Oliveira, M. R. (2008). *A Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- O' Dwyer, G., Tavares, M. F. L. & De Seta, M. H. (2007). O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus saúde da família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 467-84.
- Paim, J. S. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pinheiro, R. & Luz, M. T. (2007) Práticas eficazes e modelos ideais. Em: Pinheiro, R. & Mattos, R. (org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Pupin, V. M. & Cardoso, C. L. (2010). Concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde : uma contribuição para reflexões acerca do saber/fazer em saúde no Sus. *Saúde em Debate*. 34 (86). 486-496.
- Rabello, L. S. (2010). *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rohrer, J. E., Naessens, J. M., Liesinger, J. & Litchy, W. (2010). Comparing Diverse Health Promotion Programs Using Overall Self-Rated Health as a Common Metric. *Population Health Management*, 13(2), 91-95.
- Ronzani, T. M. & Silva, C. M. (2008). O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 23-34.
- Rozemberg, B. (2006). Comunicação e participação em saúde. Em: Gastão, W. S., Minayo, M.C.de S., Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y.M. (org.) (2006). *Tratado de saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Fiocruz.
- Sanchez, A., Grandes, G., Cortada, J. M., Pombo, H., Balague, L., Calderon, C. (2009). Modelling innovative interventions for optimising healthy lifestyle promotion in primary health care: "Prescribe Vida Saludable" phase I research protocol. [*BMC Health Serv Res*](#); 9, 103.
- Sant'Anna, S. R. & Hennington, E. A. (2010). Promoção da Saúde e redução das vul-nerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 207-15.
- Santos, L. M. dos, Da Ros, M. A., Crepaldi, M. A. & Ramos, L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista Saúde Pública*, 40(2), 346-52.
- Santos, L. M. dos, Oliveira, E. M. de, Crepaldi, M. A. & Da Ros, M. A. (2010). Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. *Revista Saúde Pública*, 44(1), 177-84.

- Santos, N. R. (2007). Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 429-435.
- Santos, N. R. (2009). A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, 33 (81), 13-26.
- Sabti, Z. (2010). Evaluation of a physical activity promotion program in primary care. *Family Practice*, 27 (3), 279-284.
- Schimith, M. D. & Lima, M. A. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 20(6), 1487-1494.
- Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. do (2003) Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-22.
- Silva, S. F. (2009). Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, 33 (81), 38-46.
- Sinclair, J., Lawson, B. & Burge, F. (2008). Which patients receive advice on diet and exercise? *Can Fam Physician*, 54(3), 404-412.
- Spink, M. J. (2007). Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda. *Saúde e Sociedade*, 16 (1), 18-27.
- Stotz, E. N. & Araujo, J. W. G. (2004). Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, 13 (2), 5-19.
- Stotz, E. N., David, H. M. S. L. & Bornstein, V. J. (2009). O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da Educação Popular em Saúde. *Rev. APS*, 12 (4), 487-497.

- Teixeira, R. R. (2007). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Em: Pinheiro, R. & Mattos, R. (org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Telessaúde. (2011). *Boletim Informativo mensal do Núcleo de Telessaúde SC*. Outubro. Disponível em: telessaude.sc.gov.br Acesso em: 05 out. 2011.
- Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 9 (18), 61-76.
- Tesser, C. D. (2008). Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a Reforma do Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 98-104.
- Tesser, C. D. & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.
- Traveso-Yépez, M.A. (2007). Dilemas da promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 223-38.
- Traverso-Yépez, M & Morais, N.A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* 20(1), 80-88.
- Triviños, A. N. S. (1995). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas S.A.
- 1.1.1.** Woolf, S. H., Krist, A. H., Johnson, R. E., Wilson, D. B., Rothemich, S. F., Norman, G. J. & Devers, K. J. (2006). [A practice-sponsored Web site to help patients pursue healthy behaviors: an ACORN study.](#) *Ann Fam Med*; 4(2), 148-52, 2006 Mar-Apr.
- Valla, V.V., Guimarães, M.B. & Lacerda, A. (2010). A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos Agentes Comunitários de Saúde. Em: Pinheiro, R. Mattos, R. (org.) *Construção social da demanda: direito á saúde*,

trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO.

Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In: Gastão, W. S., Minayo, M.C.de S., Akerman, M., Drumond, M., Jr. & Carvalho, Y. M. (org.) (2006). *Tratado de saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Fiocruz.

Verdi, M. & Caponi, S. (2005). Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enfermagem*,14(1), 82-8.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUADRO 1 – ESTILOS DE PENSAMENTO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Estilos de Pensamento	País de Origem	Ano de Publicação	Metodologia
Promoção de Saúde Comportamental	11 EUA 05 Brasil 05 Reino Unido 04 Canadá 03 Finlândia 02 Espanha 01 China 01 Cuba 01 Suécia 01 Suíça 01 Finlândia e Irã 01 Alemanha, Filipinas e Holanda 01 Inglaterra, Suíça e EUA	03 – de 2006 02 – de 2007 12 – de 2008 13 – de 2009 07 – de 2010	27 Pesquisas Quantitativas 04 Pesquisas Qualitativas 03 Estudos Teóricos 03 Programas de Intervenção
Sub Total	37 textos	37 textos	37 textos
Promoção de Saúde Comportamental e Nova Promoção da Saúde	03 EUA 01 Itália	02 – de 2009 02 – de 2010	01 Pesquisa Qualitativa 01 Pesquisa Quantitativa 02 Estudos Teóricos

Estilos de Pensamento	País de Origem	Ano de Publicação	Metodologia
Sub Total	04 textos	04 textos	04 textos
Nova Promoção da Saúde	05 Brasil 01 Espanha 01 Suécia	02 – de 2008 04 – de 2009 01 – de 2010	05 Pesquisas Qualitativas 01 Pesquisa Quanti/Quali 01 Estudo Teórico
Sub Total	07 textos	07 textos	07 textos
Total	48 textos	48 textos	48 textos

Quadro 1: Estilos de Pensamento em Promoção de Saúde, país de origem, ano de publicação e metodologia.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE DEBATE E ENTREVISTA

- Como vocês entendem a rotina da equipe?
- Como vocês entendem as atividades realizadas em conjunto? Quais são? Há planejamento?
- Há momentos de compartilhamento das dificuldades e discussão de casos?
- Como vocês veem a relação com o NASF?
- Vocês consideram que realizam ações de promoção de saúde aqui na Unidade ou na comunidade? Descrevam as principais.
 - Se realizam, por qual motivo consideram essas ações como promoção de saúde?
 - Se não realizam, quais as dificuldades?
- O que é promoção de saúde para vocês?
- Há alguma diretriz da gestão municipal em relação a ações em Promoção em Saúde?
- A relação de vocês com a gestão municipal causa alguma interferência na proposta de trabalho pensada por vocês? Quais?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LINHA DE PESQUISA: PROCESSOS PSICOSSOCIAIS, SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1- Informações sobre a pesquisa

Prezado Sr (a),

Vimos por meio desta, solicitar sua participação na presente pesquisa de Mestrado intitulada “*Práticas e Estilos de Pensamento em Promoção de Saúde no Contexto da Atenção Básica*”, que visa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde e das práticas no âmbito do SUS.

Este estudo está sendo desenvolvido pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, na Linha de pesquisa Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. Nosso objetivo é compreender as concepções e práticas de promoção em saúde vivenciadas nas Unidades Básicas de Saúde, na perspectiva de seus profissionais.

Com o seu consentimento, o Sr (a) participará da realização de um grupo focal com os participantes da equipe e, se necessário uma entrevista individual, tendo o intuito de discutir o tema em questão. Solicitamos também seu consentimento para a gravação desses procedimentos, para maior fidedignidade dos dados coletados. Frisamos que as informações fornecidas terão caráter sigiloso e de uso exclusivo dos pesquisadores, de modo que sua identidade pessoal será preservada.

Quaisquer dúvidas que surgirem antes ou durante a pesquisa, o Sr (a) poderá entrar em contato pelo telefone (48) 3721-9402 deixando recado para Profª Daniela, e-mail danischneider@cfh.ufsc.br ou (49) 9912-0714 falar com Inea, e-mail inea.giovana@gmail.com. O(a) Sr(a)

tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o consentimento dado anteriormente, sem nenhuma penalização, necessitando, para isso, que entre em contato com as pesquisadoras através de um dos meios acima descritos.

2- Termo de Consentimento

Eu, _____, considero-me informado (a) sobre a pesquisa realizada pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof^a Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider, intitulada “*Práticas e Estilos de Pensamento em Promoção de Saúde no Contexto da Atenção Básica*”, e aceito participar do grupo focal e da entrevista individual, tendo clareza do sigilo que será mantido em relação aos meus dados pessoais.

Florianópolis, ___/___/___

Assinatura do participante

Inea Giovana da Silva Arioli
Mestranda em Psicología

Dr.^a. Daniela Ribeiro Schneider
Pesquisadora Prof. Orientadora