

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS DE MARÍLIA**

CLAUDIA HELENA MANTELLE SILVA MELLO

**O IMAGINÁRIO SOCIAL SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E
AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE MORADORES E
EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

MARÍLIA

2013

CLAUDIA HELENA MANTELLE SILVA MELLO

**O IMAGINÁRIO SOCIAL SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E
AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE MORADORES E
EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, para obtenção de título de Mestre em Ciências Sociais.
Área de Concentração: Ciências Sociais
Linha de Pesquisa: Cultura, Identidade e Memória.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Christina de Rezende Rubim.

MARÍLIA
2013

Mello, Cláudia Helena Mantelle Silva.

M527i O imaginário social sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde entre moradores e equipe de saúde em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo / Cláudia Helena Mantelle Silva Mello. – Marília, 2013.

97 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2013.

Bibliografia: f. 87-93

Orientador: Christina de Rezende Rubim.

1. Saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Cultura. 4. Imaginário. I. Autor. II. Título.

CDD 362.1

CLAUDIA HELENA MANTELLE SILVA MELLO

O IMAGINÁRIO SOCIAL SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS AÇÕES DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE MORADORES E EQUIPE DE SAÚDE EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, na área de concentração Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Christina de Rezende Rubim – Departamento de Sociologia e Antropologia/ Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília

2º Examinador: Profa. Dra. Maria José Sanches Marin – Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Medicina de Marília

3º Examinador: Profa. Dra. Kátia Terezinha Alves Rezende – Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Medicina de Marília

Suplentes:

Prof. Dr. Antonio Mendes da Costa Braga – Departamento de Sociologia e Antropologia/ Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília

Profa. Dra. Márcia Renata Rodrigues – Departamento de Enfermagem/Faculdade de Medicina de Marília

Marília, 01 de fevereiro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS por me proporcionar a vida e, através dela, traçar caminhos tão importantes como esse e outros que virão.

Agradeço aos meus irmãos, e em especial ao meu filho Caio, meu marido Marcos e minha mãe Lourdes, que acompanharam esse percurso e sempre me apoiaram nos momentos mais delicados desse processo.

Agradeço à Talita Prado Barbosa, amiga dedicada, que não mediu esforços para ajudar, quando eu ainda pensava na realização dessa pesquisa.

Agradeço minha orientadora e amiga Christina de Rezende Rubim. Sem ela, certamente, não seria possível a realização e conclusão dessa dissertação. Aqui deixo meus agradecimentos pela paciência, pela dedicação e ajuda incessante que obtive durante todo esse caminho.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa desenvolver as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. O objetivo desta pesquisa foi compreender o imaginário social da comunidade atendida pela Unidade de Saúde da Família (USF) e equipe de saúde sobre o processo saúde-doença e as ações que têm por finalidade promover a saúde. Foi realizada pesquisa de campo, com coleta de depoimentos informais e gravados, com famílias de todas as micros áreas pertencentes a uma USF do município de Marília, região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, assim como os profissionais que nela trabalham: médico, enfermeiros, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, equipe de apoio e auxiliares de enfermagem. Os dados foram analisados com base na interpretação qualitativa da análise hermenêutico-dialética, e o referencial teórico da pesquisa partiu de Clifford Geertz e seu conceito de “cultura” como teias de significados. Não houve diferenças substanciais na constituição do imaginário da equipe de saúde e comunidade em relação à temática central. Pudemos compreender que as concepções sobre saúde-doença refletiram as condições de vida, relações e mitos que traduzem e estão presentes na sociedade, onde vivem os sujeitos de nossa pesquisa. As ações de promoção da saúde evidenciaram o desejo por melhores condições de atendimento, de trabalho e de vida.

Palavras-chave: Saúde. Processo saúde-doença. Promoção da saúde. Cultura. Imaginário social.

ABSTRACT

Family Health Strategy (FHS) of Health Ministry aims to develop actions of health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation. This research has intended to understand the social imaginary of community attended by Family Health Unit (FHU) and health team on health-disease process, just like ways of thinking, in cultural aspects, concerning actions to promote health. Field research was carried out with recorded and informal collected declarations, including families from surrounding area belonging to one of FHU in Marília municipality, Midwest of São Paulo State, as well as professionals working in it such as physician, nurse, dentist, dental assistant, community health agent, support staff and nursing assistant. The analyzed data were based on hermeneutic-dialectic qualitative interpretation, and the theoretical reference came from Clifford Geertz and his “culture” conception as meaning web. Significant differences have not been found in health team and community imaginary concerning main theme. We understand that health-disease conceptions have reflected life conditions, relations and myths present in the society where our research subjects live. Health promotion actions have demonstrated a wish for better attending, working and living conditions.

Keywords: Health. Health-disease process. Health promotion. Culture. Social imaginary.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do projeto de expansão da Saúde da Família no município de Marília	17
Figura 2 – Mapa do estado de São Paulo com a localização geográfica do município de Marília	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	31
2.1 Histórico do sistema de serviços de saúde no Brasil e o SUS.....	31
2.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF)	36
3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	54
4 O IMAGINÁRIO SOCIAL SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMUNIDADE E EQUIPE DE SAÚDE	66
4.1 Processo saúde-doença	66
4.2 Promoção da saúde.....	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	94
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADA.....	94
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO PARA A COMUNIDADE (USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADA).....	95
ANEXOS	96
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - UNESP .	96
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CNS	97

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história diferentes teorias interpretaram o processo saúde-doença, como a expressão da maneira de olhar o mundo, numa tentativa de compreender e/ou explicar as causas da doença (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Até o século XIX, a representação da doença era basicamente apresentada em duas vertentes: a ontológica e a dinâmica. Na vertente ontológica, segundo Canguilhem (1978), o corpo humano era tomado como receptáculo de um espírito sobrenatural ou elemento natural que, após invadi-lo, produzia a doença. Desta forma, a causa da doença era sempre externa ao ser humano. Ainda segundo o autor, na concepção dinâmica, a doença é uma reação generalizada, resultante do desequilíbrio entre forças vitais do organismo em processo, no interior do próprio homem.

Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna, colaborou no processo de transição gradual da consciência mítica ao pensamento racional, quando reconhecia a doença como parte da natureza (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

A partir do século XI, período em que o feudalismo foi estruturado, a Igreja exerceu um papel importante. As explicações dadas aos fenômenos estavam impregnadas de valores defendidos por ela. Na explicação das doenças a causa era atribuída às influências astrológicas ou anormalidades climáticas (ANDERY et al., 1996).

Ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX, a ciência médica se desenvolveu rapidamente com o surgimento das disciplinas de Anatomia Humana, Fisiologia e Patologia.

À época da constituição da Epidemiologia, um conjunto de saberes e práticas voltadas para a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença apontava, como agravamento das condições de vida das populações, para os conglomerados urbanos na fase inicial da industrialização (SILVA, 1973). Os paradigmas socioambientais predominavam como forma de explicação para a origem das doenças.

Sabemos hoje que noções como as de saúde e doença, aparentemente simples, referem-se de fato a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. O estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural (UCHÔA; VIDAL, 1994).

A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona a ela – conhecimento de risco, idéias sobre prevenção, noções sobre causalidade, além de idéias sobre tratamentos

apropriados – como fenômenos culturalmente construídos e interpretados em contextos históricos determinados (NICTER, 1989 apud UCHÔA; VIDAL, 1994)¹.

Ao longo da história, a antropologia também se ocupou com a explicação das formas de preocupações com o corpo e o espírito, como aconteceu nas descrições sobre xamãs e curas xamanísticas. A originalidade dessa última está na explicação de que este tipo de cura se aplica a um desequilíbrio orgânico, um método próximo às nossas medicinas tradicionais e terapêuticas psicológicas (LEVI-STRAUSS, 1975).

Entre as contribuições teóricas do começo do século XX podemos destacar Marcel Mauss (1872-1950) com a criação da noção de técnica do corpo, onde este é entendido, como o primeiro e mais natural instrumento do homem. As técnicas corporais são montagens físico/psico/social de atos que são habituais e antigos na vida do homem. Essa noção nos permite verificar que os indivíduos imitam uns aos outros, pois existem transmissões de técnicas e conhecimentos que diferenciam o homem das outras espécies (OLIVEIRA, 1979).

Práticas mágicas e simpatias também tiveram destaque no pensamento antropológico, com ênfase em suas dimensões psicológicas e sociais, como nos mostrou E. E. Evans-Pritchard (1978, p. 37): “Eles crêem ainda que os feitiços podem fazê-los adoecer por meio da realização de ritos mágicos que envolvem drogas maléficas”. Assim, o adoecimento é discutido em suas dimensões espirituais e psicológicas, algo que transcende simplesmente a dimensão física e biológica.

No Brasil, na última década do século XX, a constituição da antropologia da saúde/doença alcançou visibilidade e legitimidade acadêmicas. Neste período, principalmente após a década de 1980, antropólogos e profissionais de saúde incorporaram os referenciais teórico-metodológicos da disciplina em suas pesquisas e reflexões (CANESQUI, 2003).

Torna-se claro, então, a importância da Antropologia na área da saúde, pois, se entendida em sua dimensão social e cultural, a doença será compreendida na sua relação com a dimensão biológica, abrangendo assim, o indivíduo integralmente e superando os limites exclusivamente biológicos do corpo.

As concepções de saúde e enfermidade estão ligadas a valores culturais importantes de uma sociedade. Todo e qualquer modelo de atenção à saúde que se organize terá insucesso se não valorizar aspectos sociais, culturais e comportamentais, que são importantes para real compreensão dos seus problemas como um todo.

¹ NICTER, M. **Anthropology and international health**: South Asian case studies. Dordrecht: Kluwer Publications, 1989.

Um modelo de atenção que produza o cuidado em saúde deve proporcionar, no momento do encontro usuário/profissional, condições para que este capte as necessidades de saúde do usuário, por meio de uma escuta qualificada. Sabemos que, os atores envolvidos nesse encontro (profissionais, pacientes e seus familiares) têm seus próprios modelos para explicar a doença. Essa explicação é construída socialmente – como as chamadas teias de significados culturais de Clifford Geertz (1978) – e deve ser valorizada e negociada no processo de cura do paciente.

Dessa forma, devemos repensar a organização dos serviços de saúde brasileiros, dos quais, as ações que são ofertadas à população, não sejam pensadas e construídas, apenas na visão dos membros da equipe de saúde ou exclusivamente construídas teoricamente distantes dos grupos envolvidos em sua prática, de forma unilateral. Segundo Oliveira (2002, p. 70) “[...] os serviços de saúde são equípecos, um tipo particular de etnocentrismo, em que a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros [...]”.

Dessa forma é possível entender a situação de conflito e desrespeito existentes, na relação entre pacientes e serviços de saúde em nosso país. Esta situação pode levar a comportamentos de não aceitação por parte dos usuários dos serviços de saúde, às ações propostas pela atenção primária como é o caso, por exemplo, das ações de promoção da saúde que abordaremos na Seção 3 deste trabalho.

Sabemos que os conflitos existentes em uma sociedade, são desencadeados por uma pluralidade de fatores e são inerentes à vida social. Na temática de nossa pesquisa, atribuímos esta tensão principalmente aos aspectos morais, que desencadeiam o descompasso de expectativas, formas conceituais e falta de autonomia existente, entre usuários e prestadores de serviços de saúde. Assim, é possível recorrer ao paradigma do reconhecimento de Axel Honneth – pensador social vinculado à teoria crítica da sociedade na tradição de Horkheimer e Habermas – para contribuir na reflexão destes conflitos sociais que, ao nosso ver, colocam em risco a participação popular nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, excluindo-a desse processo como um todo. Honneth (2003) explica que a base da interação social é o conflito. Para Honneth (2003, p. 18):

[...] interessam-lhes aqueles conflitos que se originam de uma experiência de desrespeito social, de um ataque à identidade pessoal ou coletiva, capaz de suscitar uma ação que busque restaurar relações de reconhecimento mútuo ou justamente desenvolvê-las num nível evolutivo superior.

No modelo proposto por Honneth, a forma de autonomia é intersubjetiva, ou seja, é assegurada por relações sociais de reconhecimento, nos quais, os sujeitos reconhecem e são reconhecidos.

A análise da formação da identidade prática do indivíduo permite a reconstrução da lógica dessas experiências do desrespeito, num contexto de relações de reconhecimento.

Em sua obra “Luta Por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais” Honneth (2003) discute a relação entre: os três estágios de desenvolvimento da formação da identidade individual; as três formas de reconhecimento e as formas de desrespeito ou rupturas que violam as três formas de reconhecimento.

Baseando-se na psicologia social de George Herbert Mead (1950) e no trabalho de Hegel (período de Jena)², Honneth (2003) explica a formação da identidade como um processo intersubjetivo e constante, de luta por reconhecimento mútuo entre parceiros de interação. Assim é possível que as pessoas desenvolvam três formas de relação consigo mesmas, por meio de três tipos de interação social:

- autoconfiança, que é adquirida nas relações de afeto;
- autorrespeito, adquirido nas relações jurídicas de direito e
- autoestima, adquirida em um grupo definido pela solidariedade social quando o indivíduo é reconhecido como diferente dos outros, porém, com habilidades e particularidades, que contribuem para projetos compartilhados.

Para explicar lutas históricas por reconhecimento, Honneth (2003) relaciona às formas positivas, três formas de desrespeito ou ruptura nas relações de reconhecimento, onde mostra que experiências de desrespeito podem servir de motivação moral para a luta entre indivíduos:

- Violação: nesta situação o indivíduo perde a confiança na sua identidade básica que é um sentimento necessário para um sentido saudável de autoconfiança;
- Privação de Direitos a cidadãos que são iguais, o que afeta o autorrespeito, e
- Degradação: quando o indivíduo não recebe a estima social necessária para a compreensão total de suas capacidades.

² George W. F. Hegel: importante filósofo alemão do final do séc. xviii e início do séc. xix. Fundador do Hegelianismo. Em seus primeiros escritos em Jena, onde atuou como jovem docente em filosofia (1803-1804), foi influenciado pela idéia aristotélica segundo a qual, na natureza do homem, já estão inscritas relações de comunidade onde as bases naturais da sociedade humana são as formas elementares de convívio intersubjetivo. A segunda fase de Hegel em Jena (1805-1806), foi caracterizada por seu distanciamento do referencial conceitual aristotélico dando lugar à Filosofia do Espírito ou Filosofia da Consciência que passa a explicar a constituição de uma coletividade política como um processo de formação do espírito (HONNETH, 2003).

Observando a prática diária dos serviços de saúde no Brasil, podemos reconhecer algumas dessas formas de desrespeito com os usuários, que procuram por assistência. As constantes insatisfações, por parte da população, seu desinteresse em programas que trabalham com a promoção de saúde e prevenção de doenças, podem estar relacionados ao modelo ainda autoritário do profissional de saúde e a não valorização da dimensão sócio-cultural da população no seu entendimento do processo saúde-doença.

Entendemos que, parte do conflito existente entre população e profissionais da saúde, possa ser resolvido no sentido do restabelecimento de uma relação de confiança, respeito e de solidariedade.

Para Honneth (2003) a liberdade de autorrealização não depende somente do próprio sujeito, mas também da ajuda de seus parceiros de interação. Segundo o autor, os diversos padrões de reconhecimento são condições intersubjetivas às quais precisaremos recorrer, quando desejarmos explicar as condições, e estrutura de uma vida bem sucedida. Esta, por sua vez, inclui também, o padrão de reconhecimento de uma solidariedade social, que só pode nascer das finalidades partilhadas em comum.

Importante também ressaltar que, os objetivos e desejos da população quanto à reorganização dos serviços superem as necessidades individuais, e se tornem objetivos coletivos. Vejo como necessária, a participação ativa de representação da comunidade, nas decisões políticas voltadas à área da saúde. Talvez assim, seja possível restituir o autorrespeito perdido pelos indivíduos ao longo dos tempos.

Honneth (2003, p. 258), afirma que:

[...] o surgimento de movimentos sociais depende da existência de uma semântica coletiva que permite interpretar as experiências de desapontamento pessoal como algo que afeta não só o eu individual mas também um círculo de muitos outros sujeitos.

Para que, a situação de conflito existente entre população e serviços de saúde seja modificada, o paciente deve participar ativamente de seu atendimento e cuidado à sua saúde, pois é ele quem fará a escolha final sobre seu próprio tratamento.

Também para Junqueira (1987), o reordenamento na prestação dos serviços de saúde deve privilegiar as necessidades de seus atores, a quem se destinam os serviços. O planejamento das ações deve ocorrer em função das propostas do modelo assistencial e das demandas da própria população. Esse modelo assistencial, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, está baseado na integração, regionalização e hierarquização, usando a

lógica de prestação de serviços por meio de diferentes níveis, cada qual com sua específica capacidade resolutiva. Mais adiante, na Seção 2, abordaremos esses diferentes níveis de serviços.

Como dissemos anteriormente, no campo da promoção da saúde a valorização dos universos social e cultural da população, poderia contribuir para melhorar o impacto de diversas ações de cuidado à saúde, principalmente, no que diz respeito à adoção de comportamentos de prevenção ou risco. O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945, pelo historiador da medicina Sigerist, que definiu quatro funções para esta ciência: promoção da saúde, prevenção de doenças, restauração do doente e sua reabilitação (TERRIS, 1996).

A prevenção “[...] exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença.” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17). Para estes autores, os níveis de prevenção são classificados em três grupos: Prevenção Primária, Secundária e Terciária. Dentro da prevenção primária encontramos as ações de promoção da saúde – educação sanitária, bom padrão de nutrição, condições de moradia adequadas entre outras – e as ações de proteção específica – imunizações, saneamento ambiental, proteção contra riscos ocupacionais, contra acidentes, proteção contra substâncias carcinogênicas. Da prevenção secundária fazem parte medidas para diagnóstico precoce, pronto atendimento e limitação da invalidez. Na prevenção terciária encontram-se as ações de reabilitação.

Além disso, segundo Leavell e Clark (1976, p. 19) “As medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. A educação e motivação sanitária são vitalmente importantes para a realização deste objetivo”.

No Brasil a integralidade da assistência – princípio do SUS leva em conta as dimensões biológica, psicológica e social, pois, o homem é um ser individual – e a humanização – conjunto de princípios, que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde – devem colocar a cultura como elemento essencial no processo de compreensão e controle da saúde/doença (OLIVEIRA, 2002).

Assim, será necessário reconduzirmos os usuários dos serviços de saúde ao centro da relação que se estabelecerá com os profissionais, partindo assim, para uma relação de sujeitos que são diferentes, contudo ativos nesse processo. Portanto, este trabalho poderá contribuir no reconhecimento crítico e valorização destas diferenças, devendo esperar-se, reformular criticamente a organização dos serviços e oferta de ações, que venham de encontro à

integralidade da assistência, e à satisfação das necessidades físicas, mentais, sociais e culturais dos indivíduos.

Foi por meio da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas (ONU), após a segunda guerra mundial, que se tornou possível obter um consenso universal entre as nações, quanto ao conceito de saúde.

A OMS define saúde não apenas como ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social do indivíduo. Vale lembrar, que este conceito sofreu críticas, por parte de estudiosos ao indicar que, a saúde seria algo ideal e inatingível.

Segundo Custódio (2010), da década de 90 até os dias atuais existe a preocupação, por parte dos pesquisadores acadêmicos, em estudar a saúde considerando-se o homem, seus relacionamentos sociais e culturais, sua maneira de lidar com o mundo e consigo próprio, como também seu comportamento no meio em que vive. Para a autora, os estudiosos de saúde e doença, utilizaram-se da interdisciplinaridade entre as teorias produzidas, para fazer uma análise crítica sobre a origem do homem, sua forma humana e suas reações diante das doenças. Neste enfoque, ainda segundo a autora, as ciências sociais se preocupam em analisar as questões de saúde pública/coletiva, destacando a pessoa, o corpo, a doença, assim como os sentimentos ligados aos seus distúrbios e os seus contextos históricos, sociais, políticos e culturais.

Para Oliveira (2002) a contribuição dos antropólogos às questões da saúde avança no sentido de compreender que, todas as atividades que estão ligadas ao cuidado à saúde estão inter-relacionadas, constituindo uma forma socialmente organizada para enfrentar a doença formando assim, um sistema cultural próprio que é o sistema de atenção à saúde.

Na área da saúde, as informações culturais têm sido consideradas irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas (GOOD; DELVECCHIO GOOD, 1980 apud UCHÔA; VIDAL, 1994)³. Estas informações culturais são avaliadas como secundárias, e para que se transformem, são necessárias ações estruturais que, muitas vezes, fogem ao controle das iniciativas locais. Consequentemente, essas boas intenções políticas restringem-se aos planos nacionais, fugindo ao controle das efetivas práticas locais.

No entanto, para Taylor et al. (1987), estudos contrariam este ponto de vista, demonstrando a influência significativa que exercem os universos social e cultural sobre a

³ GOOD, B.; DELVECCHIO GOOD, M. J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.). **The relevance of social science for medicine**. Dordrecht: Reideil Publishing, 1980. p. 165-196 apud UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez. 1994.

adoção de comportamentos de prevenção ou de risco, e sobre a utilização dos serviços de saúde.

Nos últimos anos a utilização de outras áreas do conhecimento e da saúde, tem sido intensificada, e as ciências sociais têm contribuído fundamentalmente, para a compreensão do processo saúde/doença. É importante reconhecer que, a cada encontro profissional, existe também um encontro de culturas. Por traz de cada paciente, existe um contexto cultural que dá sustentação à percepção, que ele tem de sua doença e também dos sistemas de saúde (OLIVEIRA, 2002). Que a cada encontro entre cientistas sociais e aqueles da área da saúde, acontece uma pluralidade de perspectivas que, criativamente enriquece o conhecimento como um todo. É preciso, no entanto, que exista a consciência do diálogo com a intenção do aprendizado por parte das diferentes áreas do conhecimento.

De acordo com Kleinman⁴ (1980 apud OLIVEIRA, 2002), os estudos da nossa sociedade devem ser realizados abordando a atenção à saúde, como um sistema social e cultural na sua origem, função, significado e estrutura. Ainda para o autor não adianta apenas introduzir tecnologia biomédica de ponta sem que haja mudanças culturais, econômicas e sociais. Para ele, existem fatores externos à medicina – especialmente quando se trata de populações quantitativamente maiores ou culturalmente distintas – que devem ser considerados.

A cultura deve ser resgatada para o centro da relação, que se estabelecerá entre indivíduos e serviços de saúde, e isto desencadeará uma série de implicações na forma como este relacionamento será concretizado (OLIVEIRA, 2002).

Entre os objetivos principais da antropologia podemos elencar: sua preocupação em fundamentar a necessidade da reflexão sobre a pluralidade de modos de vida e de pensar no contexto das ciências da saúde, como também, a valorização da centralidade da pessoa, enquanto sujeito cultural e social, o discurso de seus atores nos processos relativos à prevenção e promoção da saúde e a prestação de cuidados, e por fim, a transmissão e contribuição que a antropologia médica, nas suas duas correntes, filosófica e cultural, oferece à Saúde Pública (SOARES DA COSTA, 2009).

Para Geertz (1978, p. 24),

⁴ KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

[...] o objetivo da antropologia é o alargamento do universo do discurso humano [...]. No entanto, esse é um objetivo ao qual o conceito de cultura semiótico se adapta especialmente bem. Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (o que eu chamaria símbolos, ignorando as utilizações provinciais), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade.

Reafirmamos, então, que a antropologia tem sido cada vez mais chamada para contribuir com a reflexão crítica na área da saúde e, por sua vez, tem enriquecido a perspectiva da interdisciplinaridade.

Partindo desta concepção, o objetivo da pesquisa foi compreender o imaginário social da equipe de saúde e da comunidade⁵ pertencente à área de abrangência de uma USF localizada na cidade de Marília, interior do estado de São Paulo (SP), sobre o processo saúde-doença, assim como, as maneiras de pensar em relação às ações de promoção da saúde, contemplando assim, a diversidade de concepções.

Para Santos (2005) o imaginário social possui os sistemas de símbolos como base, sendo esta categoria formulada por meio de metas, objetivos e vivências dos indivíduos. Para a autora, existe uma relação entre o imaginário e o simbólico.

O pensador polonês Bronislaw Baczko (1984) ressalta que, na segunda metade do século XIX, os estudos sobre o imaginário começaram a se consolidar no campo da psicologia, antropologia e sociologia. O imaginário social passou a ser usado, pelos pensadores de então, para explicar o progresso da civilização. Baczko assinala que é por meio do imaginário, que se podem atingir as aspirações, os medos e as esperanças de um povo. É nele que as sociedades esboçam suas identidades e objetivos, detectam seus inimigos e, ainda, organizam seu passado, presente e futuro. O imaginário social se expressa por ideologias e utopias, e também por símbolos, alegorias, rituais e mitos.

Segundo Moraes (2007) o imaginário social não se traduz pela cópia do real; sua representação se dá pelos sentidos e imagens, e nele a imaginação liberta-nos da evidência do presente imediato, tornando possíveis possibilidades virtuais, em reais. Ainda para o autor, o imaginário social é uma produção coletiva, formada por um conjunto de relações, que encerram imagens que atuam como memória afetivo-social de uma cultura.

⁵ Comunidade deve ser entendida aqui como um grupo de pessoas pertencentes a um mesmo bairro, usuária da mesma USF, com condições sócias, econômicas e culturais semelhantes e que convivem com problemas em comum. Não utilizamos nesse texto o sentido de comunidade da Escola de Chicago (1940 e 1950).

Geertz (1978), citando Ward Goodenough, compartilha a ideia de que a cultura situa-se no coração e na mente dos homens. Daí, a relação que fazemos com o imaginário social, pois, para o primeiro autor, as formas culturais podem ser tratadas também como obras imaginativas.

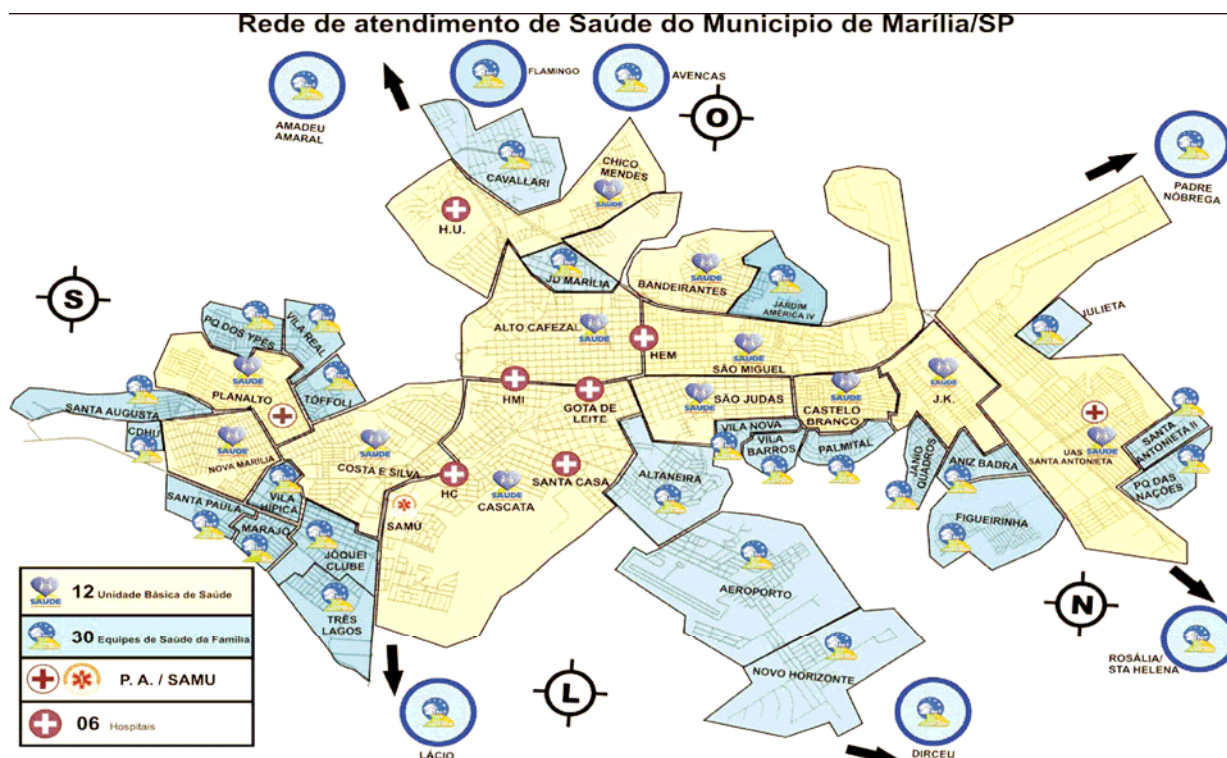
A autora Maria Cecília de Souza Minayo utiliza o conceito de Representações Sociais, explicando que esse

[...] é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias do pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social (MINAYO, 1999, p. 158).

Geertz (1978) ainda destaca que os símbolos devem ser interpretados contextualmente, pois nos informam sobre significados determinados social e culturalmente. Tão importante quanto conhecer o fato é entender como esses fatos se constroem e qual o seu valor na vida das pessoas de uma determinada sociedade. Neste sentido, o referencial teórico de nossa pesquisa Clifford Geertz (1978), propõe que devemos analisar as palavras, as imagens, as instituições e os comportamentos, pois, é através destas formas simbólicas que os homens se representam para si e para os outros.

O cenário escolhido para esta pesquisa, ou seja, a compreensão do imaginário social e cultural, foi uma USF que ficava localizada na zona Sul da cidade de Marília (ver mapa abaixo do projeto de expansão da Saúde da Família, com as regiões do município), inaugurada em 2003, e que teve suas atividades encerradas naquele local em fevereiro de 2012, devido à demanda do Ministério Público Federal da República de Marília – SP, pelas condições precárias de trabalho da equipe de saúde e da estrutura física que abrigava o prédio onde eram realizados os atendimentos. As atividades dessa USF foram transferidas para um novo local de atendimento denominado Clínica Família Saudável, a partir de 01 de março de 2012, localizada a poucos quilômetros da primeira unidade de saúde, numa tentativa de reorganização assistencial que apresenta diretrizes técnicas, contemplam e fortalecem os princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento de uma atenção de qualidade. Quando essa clínica foi inaugurada já havíamos terminado nossa pesquisa de campo.

Figura 1 - Mapa do projeto de expansão da Saúde da Família no município de Marília-SP



Fonte: Marília, 2008.

O município de Marília está situado no Centro-Oeste Paulista, Estado de São Paulo, a uma distância de aproximadamente 400 km da Capital, com uma população de aproximadamente 214.742 habitantes e uma área de 1.170.054 quilômetros quadrados, segundo censo do IBGE de 2010. Ver figura 2 abaixo.

A população da cidade é predominantemente urbana, com a sua maioria pertencente ao sexo feminino. A taxa de alfabetização dos residentes no município com dez anos ou mais de idade, corresponde a 93,9% da população total remetida no censo do IBGE ⁶.

Também conhecida como “Capital Nacional do Alimento”, o nome da cidade teve inspiração no poema de Thomaz Antônio Gonzaga “Marília de Dirceu”, sendo hoje um município em pleno desenvolvimento com destaque no ramo alimentício. Seus pioneiros foram Antônio Pereira da Silva e José Pereira da Silva que, em 1923, foram atraídos pelas terras de ótima qualidade, localizadas próximas ao rio do Peixe. Em 1926 Bento de Abreu adquiriu grande extensão de terra dando início à cultura de café, substituído mais tarde pelo algodão. Na década de 1930, a cultura de algodão favoreceu a instalação de fábricas de óleo,

⁶ Informações sobre a cidade de Marília obtida por meio de acesso eletrônico disponível em http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_04/Reg04_Marilia.htm.

associadas à cultura de amendoim. Com o processo de expansão da industrialização pelo interior do estado, houve o aumento da malha ferroviária em direção à região oeste do estado de São Paulo. Mais tarde, entre os anos 1940 e 1960, a economia se baseava na agroindústria, e na década de 1970 o destaque era a pecuária. Posteriormente, a indústria passa a ser destaque na economia do município, com empresas reconhecidas nacional e internacionalmente. Atualmente Marília constitui-se em importante pólo educacional do estado.

Figura 2 - Mapa do estado de São Paulo com a localização geográfica do município de Marília



O município foi habilitado em 1998 para o modelo de Gestão Plena do Sistema de Saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as USFs constituem-se, para sua área de abrangência, como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde. A rede de Unidades de Saúde do município de Marília é composta de quarenta e oito unidades, sendo doze UBSs, trinta e duas USFs, dois Pronto-Atendimentos (PA), uma Policlínica, e um Ambulatório Médico de Especialidades (AME).

A rede de saúde da cidade de Marília oferece serviços complementares de atendimento como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tratamento de obesidade infantil pelo Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília (CAOIM), uma Clínica de Fisioterapia, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Clínica de Fonoaudiologia, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), além do atendimento do Programa Municipal de Ações Anti Tabagistas, entre outras.

A área de abrangência da unidade de saúde da família escolhida era formada pela junção de três bairros próximos. Devido ao perfil epidemiológico esse território estava dividido em cinco micros áreas.

Esta unidade tinha a função de operacionalizar as diretrizes do SUS, que preconizam a promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde das famílias cadastradas.

Quando iniciamos o nosso trabalho de campo em novembro de 2011, fomos informados pelos moradores entrevistados que, antes da inauguração desta unidade, os mesmos tinham que se dirigir a outras unidades de saúde mais distantes para receberem atendimento.

Ao ser inaugurada, a USF selecionada apresentava estrutura física que aproveitava a planta já construída de duas casas geminadas, nas quais os cômodos foram organizados para uma sala de reuniões, uma cozinha, uma sala de prevenção ginecológica, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacinas e acolhimento, uma farmácia, uma recepção, um consultório odontológico, uma sala de coleta de materiais para exames e curativos, uma sala de espera, uma sala de inalação e dois banheiros, sendo um deles para os profissionais e outro para os usuários.

Em nosso trabalho de campo que se estendeu até janeiro de 2012, a equipe básica de saúde estava constituída por um médico, uma enfermeira, um dentista, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de escrita que constituíam a equipe de apoio e cinco agentes comunitários de saúde. Tivemos também a oportunidade de coletar o depoimento da enfermeira substituta, por ocasião de férias da enfermeira principal, e de uma auxiliar de enfermagem substituta, por ocasião de férias de uma das auxiliares de enfermagem, que era fixa na equipe da USF estudada.

Em seus depoimentos, fomos informados que a maioria destes profissionais já tinha experiências de mais de anos dentro da ESF, sendo que, apenas dois eram mais novos na estratégia: um deles com um mês e meio e outro com menos de um ano na Saúde da Família. Identificamos também a experiência profissional em outros cargos dentro da própria unidade como, por exemplo, a auxiliar de escrita que já esteve na função de agente comunitária no passado, e a auxiliar de saúde bucal que iniciou sua vida profissional como auxiliar de serviços gerais na mesma unidade. O tempo de inserção destes profissionais na ESF variou de um mês e meio a doze anos de atuação.

Percebemos assim, um trânsito de alguns profissionais da ESF, pois, enquanto alguns deles permanecem estáveis na função, como é o caso do enfermeiro, do médico e do dentista, outros, indicam o desejo por melhores posições e remunerações ou regularização de funções.

Ao coletarmos os depoimentos dos membros da equipe da USF verificamos que, entre os motivos de escolha da profissão, está amor pela atividade, o desejo de ajudar o próximo, oportunidade de trabalho e falta de outra opção (estavam desempregadas), a proximidade da residência, ter formação universitária na área da saúde, gostar e ter interesse pela ESF, por vocação e por querer investir na área da saúde. Os profissionais que nos relataram escolher essa profissão por ter sido uma oportunidade e falta de opção tinham curso universitário em outra área.

Identificamos também que a grande maioria destes profissionais defende e considera importantes as ações de promoção da saúde, porém, não praticam em suas vidas particulares nenhuma atividade que melhore sua qualidade de vida, reconhecendo suas limitações. Dos profissionais entrevistados apenas dois disseram defender a promoção à saúde de seus usuários e praticá-las em sua vida pessoal.

Para Chiafareli et al. (2011) a USF foi responsável pelo atendimento de 2.728 pessoas em 2010, que se dividiam em 802 famílias cadastradas. Ainda segundo as autoras, 51% do total da população atendida pela unidade de saúde pertenciam ao sexo feminino e 49% ao masculino.

Do total de 2798 pessoas cadastradas na unidade de saúde, 30 estavam na faixa etária abaixo de um ano, 135 pertencia a faixa de um a quatro anos, 231 pessoas pertenciam a faixa etária de cinco a nove anos, 595 pessoas estavam na faixa de 10 a 19 anos, 1545 pessoas na faixa de 20 a 59 anos e 262 pessoas pertenciam a faixa etária acima de 60 anos (CHIAFARELI et al., 2011).

O abastecimento de água feito pela rede pública abrangia 99,37% das famílias; 0,62% utilizavam poço ou nascente e 0,25% utilizavam outros meios de abastecimento. Em relação ao destino do lixo, 99,3% das famílias utilizavam a coleta pública, 0,37% utilizava a queima ou aterro e 0,25% realizavam o destino a céu aberto (CHIAFARELI et al., 2011).

Quanto ao destino de fezes e urina, segundo Chiafareli et al. (2011), 90% das famílias pertencentes à área de abrangência da USF utilizavam a rede de esgoto, 9% descartavam as excretas a céu aberto e 0,7% utilizava a fossa como local de descarte. Já em relação ao tipo de moradia, para as mesmas autoras, 99% das construções domésticas eram de tijolos, 0,70% de madeira e 0,30% de material aproveitável. O uso de energia elétrica ocorreu em 99% da população e em 1% a fonte foi não referida.

A grande maioria dos moradores da comunidade pertencente à área de abrangência da USF - 94,50% - utilizava o SUS e apenas 5,50% das pessoas possuíam plano de saúde particular. As doenças referidas no território pesquisado foram a Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Durante o ano de 2010, 60% das mortes foram do sexo masculino, sendo essa prevalência devido ao choque cardiogênico. Todas as mortes ocorridas no ano de 2010 foram em usuários maiores de 80 anos. Uma análise das declarações de óbito demonstrou que a causa de morte por choque cardiogênico está diretamente relacionada à faixa etária mais prevalente. Em crianças menores de um ano e de 01 a 04 anos as doenças mais prevalentes foram as do aparelho respiratório, seguidas das doenças de olho e/ou ouvido e das doenças infecciosas parasitárias. De 05 a 09 anos as morbidades mais prevalentes foram doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas parasitárias. Na faixa etária dos 10 aos 14 anos as morbidades mais prevalentes foram doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças do aparelho digestivo e das doenças de olho/ouvido. De 15 a 19 anos as maiores prevalências foram de doenças do aparelho digestivo, seguidas das doenças do aparelho respiratório e doenças de olho/ouvido, juntamente com doenças infecciosas parasitárias. Na faixa de idade de 20 a 39 anos as morbidades mais prevalentes foram doenças do aparelho digestivo, seguidas das doenças do aparelho respiratório e das infecciosas parasitárias. De 40 a 49 anos as morbidades de maior prevalência foram doenças do aparelho digestivo, seguidas das doenças do aparelho circulatório e das doenças de olho/ouvido. Já na faixa etária dos 50 a 59 anos as morbidades mais prevalentes foram doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do sistema osteoarticular/ tecido conjuntivo e das doenças do aparelho respiratório. As morbidades mais prevalentes em pessoas maiores de 60 anos foram doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças endócrino/ nutricionais/ metabólicas e das doenças do aparelho respiratório (CHIAFARELI et al., 2011).

Com relação à comunidade assistida pela USF conseguimos conversar com mais mulheres do que homens, sendo que elas representaram quase o triplo da quantidade de entrevistados do sexo masculino. Quando chegávamos às residências, os homens normalmente estavam trabalhando ou não estavam em casa, como foi o caso de alguns aposentados. Também percebemos que as mulheres são as que mais gostam de conversar sobre a vida, relatando suas experiências com os serviços de saúde, além do que, frequentam mais os postos de saúde do que seus companheiros, fato observado nas filas de espera por atendimento na USF. Os poucos homens que participaram de nossa pesquisa eram de *pouca conversa*, poderíamos dizer assim.

Quanto à procedência dos moradores da área de abrangência da USF verificamos que alguns deles nasceram em outros estados como Paraná, Ceará, Minas Gerais, Sergipe e Bahia. Dos que são paulistas, as cidades mais citadas foram Marília, Dracena, Presidente Prudente,

Herculândia, Jundiaí e Oriente. Os motivos pelos quais os nascidos fora da cidade vieram para o município de Marília foram porque queriam ficar próximos à família, pela paz, calma, ar puro, sol e verde típicos do interior, por ser uma cidade universitária, promissora e por motivo de trabalho.

As razões que levaram estes moradores a procurarem os três bairros pertencentes à área de abrangência da USF para moradia deveu-se à oportunidade da compra de terreno, para a construção da casa própria, por ser o único bairro possível financeiramente, por gostarem do bairro, e também para ficar próximo ao trabalho. Na justificativa de uma das moradoras, porque a casa foi emprestada por familiares, pois o marido está em regime de reclusão.

Com relação ao tempo que os moradores residem nos bairros pertencentes à área da USF verificamos que variou de quatro a vinte anos de moradia naquele local.

Os motivos apontados por eles para não estudar ou parar os estudos no momento das entrevistas, foram prestar ajuda para a família no trabalho de roça, ajudar financeiramente a família, não apresentar bom rendimento escolar, a falta de transporte para chegar à escola e a inexistência de escola na região de moradia.

Segundo os moradores entrevistados, os três bairros cresceram e se desenvolveram com o passar do tempo. A localidade passou a ser abastecida por água tratada, ter recolhimento e tratamento de esgoto, ser atendida pelo transporte público e pelo serviço de asfaltamento. Os lotes se tornaram escassos devido à construção de casas, provocando o aumento da população com a chegada de famílias novas. Atualmente apenas uma pequena região permanece sem asfalto, com mato alto, insetos e buracos nas ruas, dificultando a locomoção de pedestres e automóveis. Na pesquisa de campo uma moradora relatou que “[...] o bairro tá abandonado aqui em baixo. Se a gente tivesse oportunidade, a gente não morava aqui [...]”⁷. Nos depoimentos também verificamos que, com o desenvolvimento dos bairros, houve aumento da violência, sendo que outras duas moradoras relataram que “[...] antigamente o bairro era mais calmo [...]”⁸ e hoje “[...] o bairro é turbulento”⁹.

Os moradores entrevistados, inclusive os adolescentes, acreditam que é função dos postos cuidarem da saúde e qualidade de vida de seus usuários, e não apenas diagnosticar e tratar a doença.

⁷ Trecho de depoimento de morador coletado em janeiro de 2012.

⁸ Trecho de depoimento de morador coletado em dezembro de 2011.

⁹ Trecho de depoimento de morador coletado em dezembro de 2011.

O grau de instrução escolar variou do analfabetismo ao ensino superior, fazendo com que a maioria das pessoas localizadas tivessem realizado o primeiro grau de instrução, em seguida com o segundo e depois as analfabetas.

Quanto ao estado civil, identificamos que a grande maioria era casada, seguida dos solteiros e viúvos. A idade dos moradores participantes dessa pesquisa variou de 13 a 97 anos, ficando a maioria na faixa dos 40 a 70 anos. Participaram desse trabalho cinco adolescentes com idade variando de 13 a 15 anos. Um deles mora na residência com mais sete pessoas (pais e parentes), sendo a renda proveniente de apenas um membro da família. Outra adolescente mora com mais seis pessoas (pais e parentes) e os demais com os pais e irmãos. Eles nos disseram que o bairro é perigoso devido uma parcela da comunidade local ser usuária de drogas e causar transtornos aos moradores. Os depoimentos destes jovens foram coletados na Casa do Pequeno Cidadão¹⁰ com a autorização dos pais e da direção da instituição. O diretor explicou aos pais e responsáveis pelos adolescentes o objetivo de nossa pesquisa, solicitando as respectivas assinaturas no Termo de Consentimento de cada jovem entrevistado. Optamos por entrevistá-los na instituição pela facilidade de acesso.

A ocupação dos moradores variou do desemprego ao trabalho remunerado e à aposentadoria. Dentre aqueles que se disseram empregados, as atividades mais citadas foram: serviços gerais e diaristas. Também entrevistamos um pequeno empresário (dono de bar no bairro de nossa pesquisa), um catador de papelão e um líder comunitário. Os aposentados e as donas de casa representaram a maior proporção dos moradores entrevistados.

Quanto ao território geográfico da área de abrangência da USF selecionada, a maior parte das ruas estava asfaltada. Uma pequena parte da área não tem asfalto. Uma das famílias aí visitada informou já ter realizado o pagamento do asfalto junto à prefeitura, porém o serviço ainda não havia sido realizado. Embora toda esta área fosse atendida pela coleta pública de lixo, três vezes por semana, encontramos muitos entulhos domésticos jogados nos terrenos vazios. Esta foi uma queixa de grande parte dos residentes. No entanto, segundo o discurso de alguns moradores, nunca houve mobilização da comunidade para propor melhorias, por medo de represálias e por falta de organização. Segundo eles, o representante da comunidade era pouco atuante, além de pouco conhecido. Porém, tivemos a oportunidade de entrevistar a ex-presidente da associação de moradores do local, e a sua opinião sobre a participação da comunidade foi distinta. Para ela, que esteve na presidência por três anos e há

¹⁰ Casa do Pequeno Cidadão: entidade municipal que atende crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, oferecendo oportunidade de aprendizagem nas áreas educativas, sócio política, lazer, saúde e esporte.

dez meses passou o cargo para outro representante, são os próprios moradores locais que não têm interesse em se mobilizar e resolver os seus problemas. Ela nos explicou que a população “[...] só sabe fazer críticas [...]” e que quando convocava os moradores para as assembleias não havia comparecimento. Em um trecho de seu depoimento coletado em sua residência em janeiro de 2012, relatou “[...] você convida para participar junto, mas a população não participa [...]. Eu acho que deveria ter um choque para a população poder acordar”.

Sobre a questão do destino do lixo fica claro nos depoimentos coletados em nossa pesquisa, que as pessoas dizem uma coisa e fazem outra. Quando andamos pelo bairro, durante nosso trabalho de campo, vimos e ouvimos queixas de muito lixo doméstico espalhado pelos terrenos vazios. Embora os dados de Chiafareli et al, que constituíram uma pesquisa acadêmica do quarto ano de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), tenham sido coletados em 2010 e nossa pesquisa ocorrida no final de 2011 e início de 2012, acreditamos que esta situação não tenha se modificado no transcorrer de um ano.

A FAMEMA oferece os cursos de medicina e enfermagem. Está localizada na região leste do município de Marília. É considerada uma autarquia do governo do Estado de São Paulo sendo, portanto, uma instituição pública. Foi criada pela Lei Estadual 9.236 de 1966, tendo então como sua mantenedora a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília – FMESM – constituída pela Lei Municipal 1.371/66. Em 1994 a FAMEMA foi estadualizada pela Lei Estadual 8.898/94.

Seguindo o movimento de melhoria do ensino superior a FAMEMA, em 1998, iniciou um processo de reconstrução curricular, visando à articulação da teoria com a prática e da academia, serviços de saúde e comunidade numa perspectiva de trabalho interdisciplinar.

A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem pela instituição possibilita a formação de profissionais de saúde críticos e reflexivos, que possuam a compreensão integral do ser humano e conseqüentemente do cuidado em saúde.

Estas metodologias ativas permitem o desenvolvimento de uma capacidade reflexiva, necessitando de contextos que favoreçam seu desenvolvimento por meio de uma comunidade de sujeitos, em que o desenvolvimento das relações pessoais, está no centro das atitudes, do conhecimento e da comunicação.

Para tanto, a Unidade de Práticas Profissionais – UPP – dos cursos de medicina e enfermagem da FAMEMA se insere no cenário real das Unidades de Saúde da Família existentes no município de Marília.

Portanto, foi no cenário descrito anteriormente, sobre a comunidade e equipe da USF escolhida para essa pesquisa, que a identificação das formas de pensar sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde, constituiu tema central de nosso trabalho. Compreender o significado desses conceitos, dentro de seus respectivos contextos culturais e, também, em suas perspectivas profissionais de agentes ou pacientes, contribuirá na reflexão do planejamento de ações que melhorem a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos nesse processo. Clifford Geertz (1978, p. 15) já assumia a cultura como teias de significados e acreditava como Max Weber que,

[...] o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Foi por este caminho que tentamos identificar como pensam a equipe de saúde e as pessoas atendidas pela USF selecionada sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde, levando em consideração suas experiências de vida.

Para compreender uma realidade de vida diferente da nossa devemos vivenciá-la. Neste aspecto o observador/pesquisador nunca poderá considerar como absurdo um fato que está distante de seus referenciais de verdade, tentando assim compreender as diferentes escalas de valores que lhe aparecem e desvincular-se do velho homem em que se transformou, entendendo os comportamentos que se apresentam (GOLDMAN, 1994).

Em um encontro de percepções diferentes – entrevistador/entrevistado – não podemos nos sensibilizar a ponto de ficarmos paralisados e surpresos frente às informações que obtemos. Segundo Geertz (1997) para entendermos a cultura de uma sociedade não basta apenas a empatia, mas deixar de lado nossa concepção de mundo e buscar ver as experiências dos outros em relação as suas próprias concepções de mundo.

Inicialmente as famílias da área de abrangência da USF, assim como a equipe de saúde que nela trabalha, foram contatadas e informadas sobre o estudo, seu objetivo e o interesse de cada um em participar da pesquisa. Apesar de já ter trabalhado, como facilitadora da UPP juntamente com os acadêmicos da FAMEMA nesta comunidade durante os anos de 2007 e 2008, verificamos que muitas famílias eram novas no local.

O modelo do Termo de Consentimento Esclarecido utilizado por nós obedece às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO B).

A pesquisa de campo teve início após aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências, da UNESP, campus de Marília – aprovada sob número de protocolo 0126/2011 – e do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP), da Secretaria Municipal da Saúde, do município de Marília – aprovada em Ofício SS.10 nº 161.

Foram coletados depoimentos informais e gravados de famílias residentes em todas as micros áreas pertencentes ao território de abrangência da USF. Entrevistamos adolescentes, adultos e idosos. Algumas famílias foram indicadas por profissionais da unidade de saúde, no entanto, a maioria das famílias visitadas foi escolhida por nós, sempre mantendo o critério mencionado acima de pertença ao território. Também coletamos os depoimentos de todos os profissionais da unidade escolhida – médico, enfermeiras, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, pessoal de apoio (auxiliar de escrita e limpeza) e auxiliares de enfermagem. Ainda tivemos a oportunidade de coletar o depoimento da fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que atendia na unidade uma vez por semana. Portanto, constituíram os sujeitos dessa pesquisa, quarenta e uma pessoas pertencentes às famílias e quinze integrantes da equipe de saúde totalizando uma amostra de cinquenta e seis pessoas.

Um roteiro de entrevista foi elaborado com questões abertas sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde. Este recurso foi utilizado para a equipe de saúde e para a comunidade usuária da USF. Algumas questões do roteiro utilizado para a comunidade tiveram de ser adaptadas para melhor compreensão dos moradores e facilitação do diálogo. Consultar apêndices A e B.

De acordo com Thiollent (1987), as questões abertas são utilizadas em roteiros de entrevistas do tipo semi-estruturadas, que são caracterizadas pelo pequeno número de pessoas participantes e pela grande abertura das perguntas a fim de se obter maior profundidade no tema, profundidade essa, associada à captação de informações de caráter mais afetivo do que cognitivo e ao papel mais ativo do entrevistador.

Demos início às entrevistas em novembro de 2011 com a equipe de saúde. Embora nosso objetivo não fosse retratar a realidade de outras unidades de saúde da família, consideramos importante a entrevista com a enfermeira substituta, visto que, mesmo de forma temporária, ela colabora e integra a equipe principal da USF selecionada para essa pesquisa.

Terminada a coleta dos depoimentos com a equipe de saúde demos início ao trabalho de coleta com a comunidade ainda em novembro de 2011 e que se estendeu até janeiro de 2012. Preferimos conversar com as pessoas em suas residências. Esta situação nos permitiu conhecer um pouco da dinâmica das famílias, facilitando a formação do vínculo entre o

pesquisador e entrevistados. Desta forma, também foi possível entrevistar mais de um membro da família. Os depoimentos de quatro moradores deram-se na calçada, em frente às suas casas, por opção deles.

Tanto dentro das residências como nas calçadas, as conversas sofreram interferências de vários fatores: barulho, chuva, chegada de visitas, latidos de cães, pedidos para que a gravação fosse interrompida para informações *confidenciais*, pedido de ajuda para resolver questões relativas ao atendimento da USF, entre outros.

Embora essa pesquisa não tenha constituído uma etnografia, nosso trabalho junto às famílias, em suas residências e fora da USF, nos revelou um pouco das condições de um trabalho de campo e as contradições entre o pensar e o fazer por parte dos grupos selecionados.

Esta situação do trabalho de campo nos remete a Malinowisk (1978, p. 29) que dizia:

Vivendo na aldeia, sem quaisquer responsabilidades que não a de observar a vida nativa, o etnógrafo vê os costumes, cerimônias, transações, etc., muitas e muitas vezes; obtém exemplos de suas crenças, tais como os nativos realmente as vivem. Então, a carne e o sangue da vida nativa real preenchem o esqueleto vazio das condições abstratas.

Outra grande vantagem de entrevistar os usuários informalmente foi a possibilidade de oferecer a eles a condição de ficarem à vontade em seus relatos. Desta forma podiam reclamar, criticar e sugerir sem serem censurados ou sofrerem qualquer interferência nos seus atendimentos, quando procurassem a unidade de saúde. Pretendíamos, assim, que os moradores e principal foco das atividades da unidade de saúde pudessem ser verdadeiros em suas declarações.

Esta situação diferiu bastante do trabalho realizado com a equipe de saúde no interior da unidade, parecendo ser este um ambiente *mais protegido*, pois realizamos a entrevista com data, hora e sala previamente agendadas. No entanto, esse cenário foi igualmente valorizado por nós enquanto trabalho de campo.

Clifford Geertz – o autor da chamada Antropologia Hermenêutica – explica que a pesquisa etnográfica não é somente a observação do modo como os indivíduos vivem, mas também do modo como eles dizem que vivem. Para ele:

Uma vez que o comportamento humano é visto como uma ação simbólica [...] - uma ação que significa, como a fonação na fala, o pigmento na pintura, a linha na escrita ou a ressonância na música, [...]. O que devemos indagar é qual é a sua importância: o que está sendo transmitido com a sua ocorrência

e através da sua agência, seja ela um ridículo ou um desafio, uma ironia ou uma zanga, um deboche ou um orgulho. (CLIFFORD GEERTZ, 1978, p. 20).

E é isso que estamos aqui entendendo como imaginário social: a interpretação do que nossos entrevistados dizem sobre a problemática proposta.

Os depoimentos foram coletados com base na interpretação qualitativa de dados, denominada por Minayo (1999) como método hermenêutico-dialético, que, segundo a autora, analisa as informações obtidas partindo da manutenção e extensão da intersubjetividade de uma intenção como orientadora da ação.

Segundo a autora “[...] a Hermenêutica-Dialética se apresenta como um ‘caminho do pensamento’, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia” (MINAYO 1999, p. 218).

Na análise de dados o método hermenêutico-dialético traz para um primeiro plano as condições cotidianas da vida promovendo um esclarecimento de estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia (MINAYO, 1999).

Dessa forma:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o *texto*, a *fala*, o *depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais (MINAYO, 1999, p. 227-228).

Para Ricoeur (1988) a hermenêutica é definida como a teoria das operações que envolvem a compreensão na sua relação com a interpretação dos textos. Para o autor em questão, o texto é a efetuação do discurso e, sua interpretação, deve atingir a subjetividade daquele que fala, ou seja, deve atingir “[...] o ato de pensamento que produz o discurso” (RICOEUR, 1988, p. 22).

A intersubjetividade resulta, então, da interação que se dá entre aquele que fala e aquele que recebe e identifica o sentido da mensagem.

Também para Geertz (1978, p. 26), na teoria interpretativa,

[...] os textos antropológicos são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda e terceira mão. (Por definição, somente um “nativo” faz a interpretação em primeira mão: é a *sua* cultura.) Trata-se, portanto, de

ficções; ficções no sentido de que é “algo construído”, “algo modelado” – o sentido original de *fictio* – não que sejam falsas, não factuais ou apenas experimentos de pensamento.

Ainda para Geertz (1997) interpretar é analisar criticamente uma forma de pensar historicamente determinada, sendo que o seu produto é construído socialmente. Para o autor isto significa descrever um mundo específico onde esse pensamento realmente faça algum sentido. Ele explica ainda que é por meio da análise de formas simbólicas – linguagem, mitos, preconceitos, rituais, concepções de mundo e de vida – que é possível dialogar com a população. Desta forma, pensamos ser possível intervir de modo que os usuários da USF compreendam e interpretem as ações de promoção da saúde como parte também de suas preocupações e necessidades.

Portanto, foi possível identificar algumas considerações sobre o processo saúde-doença que nos possibilitaram refletir criticamente sobre a comunidade contemplada nesta pesquisa, assim como ocorre no processo de promoção de saúde desta comunidade e de que maneira isto é resignificado por eles. A escolha por esta comunidade se justificou por ter sido nela que tivemos dificuldades em reunir seus moradores para participarem de palestras sobre promoção da saúde durante os anos de 2007 e 2008, por ocasião de nossa prática profissional junto aos acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem da FAMEMA.

Sabemos que, ao longo do tempo, a sociedade, os usuários e também os profissionais dos serviços de saúde construíram percepções em relação às ações ofertadas pelo sistema de saúde que precisam ser traduzidas. Para Geertz (1978, p.19):

[...] a maior parte do que precisamos para compreender um acontecimento particular, um ritual, um costume, uma idéia, ou o que quer que seja está insinuado como informação de fundo antes da coisa em si mesma ser examinada diretamente.

A tradução das percepções dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa motivou-nos para a compreensão de suas concepções sobre as ações de promoção da saúde, em decorrência da dificuldade que experimentamos no passado, um desconforto na tentativa de aplicar planos nacionais, sem a devida ressonância local.

Nesta perspectiva, esse estudo contribuiu para analisarmos criticamente o contexto cultural da população da área de abrangência da USF e equipe de saúde, sobre o processo saúde-doença e sobre as ações de promoção da saúde.

Penso que, num futuro próximo, os respectivos contextos culturais possam ser valorizados, pela gestão dos serviços de saúde, no momento da organização e desenvolvimento das ações dentro da atenção básica.

A presente pesquisa também foi uma tentativa de construção de diálogo entre a Educação, a Antropologia e as Ciências da Saúde e poderá contribuir com a reflexão do grupo de pesquisa, constituído por profissionais da FAMEMA e UNESP/campus de Marília, no desenvolvimento de seus trabalhos sobre Educação e Saúde de grupos especiais.

Esta pesquisa foi organizada em Seções. Ao término desta Introdução a Seção 2, denominada Sistema de Serviços de Saúde no Brasil, faz a apresentação dos modelos de serviços de saúde existentes no país, ao longo de seu processo histórico. Aborda o início do SUS e explica a introdução da ESF como modelo de reestruturação da Atenção Básica, mediante apresentação e discussão de documentos oficiais como portaria, leis, decretos, entre outros. Inicia-se nesta seção a apresentação e interpretação dos primeiros depoimentos que auxiliaram na análise da temática desta pesquisa.

A Seção 3 discute e traz reflexões sobre o processo saúde-doença e a promoção da saúde à luz de autores importantes para os dois temas, além de documentos oficiais. O objetivo da seção é proporcionar sustentação teórica sobre o assunto a fim de compreendermos o imaginário social identificado nesse trabalho.

A Seção 4 apresenta os depoimentos dos sujeitos dessa pesquisa, dentro de seus respectivos contextos sociais, culturais e de trabalho, os quais nos ajudaram na interpretação de suas falas e posterior compreensão da temática que serviu como título dessa dissertação.

Ainda estruturaram esse trabalho as considerações finais, os anexos A e B sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e os apêndices A e B sobre o roteiro de entrevista utilizado para a equipe de saúde e para a comunidade estudadas.

2 SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo abordaremos a história do sistema de serviços de saúde brasileiro, o início do SUS e a mudança do modelo assistencial para a ESF.

2.1 Histórico do sistema de serviços de saúde no Brasil e o SUS

O direito à saúde é o reconhecimento de um direito ao bem estar completo do cidadão brasileiro e está garantido em nossa Constituição promulgada em 1988. O seu significado implica, portanto, na articulação biológica, social, cultural, psicológica e ambiental das condições de vida. Reconhece também que todos os cidadãos devem ter garantias universais da saúde. No entanto, sabemos que no decorrer do tempo nem sempre foi assim.

Na organização política do Brasil, ao longo da história, poderes estaduais e locais atenderam, muitas vezes, aos interesses de grupos oligárquicos e coronelísticos, esquecendo-se dos menos favorecidos social e economicamente, como em um Estado democrático.

Segundo Mendes (2001), durante o século XX, os modelos pelos quais transitou o sistema de serviços de saúde brasileiro foram desde o sanitarismo campanhista, introduzido no início do século até a metade dos anos 1960, passando pelo modelo médico-assistencial privatista até chegar, no fim dos anos 1980, ao sistema vigente que inclui o SUS. Também para o autor, as construções desses sistemas acompanharam os embates políticos, ideológicos e tecnológicos do país comandado pela economia e pelos sistemas de valores hegemônicos em cada um desses períodos.

O sanitarismo de campanha foi estruturado dentro de um modelo econômico agroexportador, com uma política voltada para o saneamento dos locais por onde passavam as mercadorias exportáveis, assim como o controle de doenças que pudessem vir a prejudicar a exportação (MENDES, 2001).

Para Luz (1979) o período do sanitarismo campanhista caracterizou-se por um estilo repressivo, intervencionista e com forte concentração de decisões pelo Estado brasileiro.

O modelo médico-assistencial privatista se desenvolveu juntamente com o processo de industrialização, vivenciado pelo país a partir do governo do presidente Juscelino Kubitschek na década de 1960. O objetivo desse modelo era o atendimento de uma quantidade cada vez maior de operários concentrados nos centros urbanos, com o objetivo de manter e restaurar sua capacidade produtiva, acelerando assim a economia nacional. A criação

do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) consolidou este modelo que privilegiava a prática médica curativa, especializada, individual e assistencialista (MENDES, 2001).

Desta forma, nos anos de 1970, entendia-se a saúde como a simples ausência de doenças, com assistência fragmentada e pouca ênfase no contexto social.

No início da década 1980 este sistema começou a entrar em crise. Nas unidades de saúde formavam-se filas intermináveis, as condições de trabalho eram ruins, os salários dos profissionais da saúde eram baixos, havia insatisfação da população com a qualidade da assistência prestada, má gerência dos recursos destinados à saúde e corrupção. Estes fatores levaram a Previdência ao colapso, dando lugar a um sistema segmentado, dentro do qual está inserido o SUS.

De acordo com Mendes (2001) o sistema de serviços de saúde brasileiro é denominado segmentado porque é constituído pelo Sistema de Atenção Médica Supletiva, Sistema de Desembolso Direto e Sistema Único de Saúde.

As décadas de 1970 e 1980 revelaram um contexto de mobilização participativa da sociedade no setor da saúde (FALEIROS et al., 2006). Politicamente, nesse período, ocorreu um processo de transição democrática do regime militar autoritário para outro padrão de política social e de desenvolvimento. Na área da saúde os movimentos sociais dos anos pré-constituição objetivaram uma nova perspectiva para a problemática, valorizando assim a participação dos sujeitos atendidos nas decisões a serem tomadas pelos especialistas.

O Movimento da Reforma Sanitária, que se deu no período conhecido como Nova República, a partir de 1985, propunha um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial vigente até então, que era focado na doença e na cura, organizado em especialidades, valorizando a hegemonia médica e com responsabilidades apenas sobre o setor saúde.

Em março de 1986 aconteceu, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) que reuniu expressivo número de participantes provenientes da sociedade civil organizada e dos trabalhadores na saúde.

Para Faleiros et al. (2006) a importância da 8ª CNS foi a de demonstrar que existia um desejo reprimido por parte da sociedade civil em participar das decisões sobre a saúde no país, juntando forças assim para viabilizar a Reforma Sanitária, que já vinha sendo anunciada pelo movimento sanitário citado acima.

A Reforma Sanitária colocou em pauta temas essenciais, como a equidade (acesso igualitário às ações e serviços de saúde), a proteção social em saúde, a saúde pública, a qualidade da atenção e o controle social. A Reforma possibilitou a transformação de “[...]”

indigentes sanitários, em cidadãos portadores de direitos à saúde [...]” (MENDES, 2001, p. 28).

A 8ª CNS marcou um novo período na história da saúde no país. Ela ocorreu com uma expressiva representação daqueles que cotidianamente necessitam recorrer ao sistema de saúde.

Para Carvalho (1995, p. 53):

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais.

As diretrizes da 8ª CNS foram a participação de entidades representativas na formulação das políticas de saúde, a reformulação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que possibilitava à sociedade organizada maior controle sobre as coordenações, a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde com representações do ministério da área social, dos governos estaduais e municipais, partidos políticos, centrais sindicais, movimentos populares e a formação de conselhos de saúde em níveis municipal, regional e estadual com representantes eleitos pelos usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1986).

Portanto, a 8ª CNS foi um marco histórico da mobilização da área da saúde, reafirmando o princípio de participação e controle social rumo à democratização do Estado. As propostas desta conferência foram constitucionalizadas em 1988 com a conquista do direito a saúde com controle social.

A constituição federal de 1988 consolidou o SUS no Brasil como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo.

A descrição do SUS na constituição federal constituiu o ápice do Movimento da Reforma Sanitária em nosso país. Este movimento foi caracterizado por Escorel (1998) como um conjunto de pessoas, partidárias ou não, que se organizaram ao redor de um projeto.

Esta situação política determinou os rumos das políticas de saúde no Brasil. Assim o SUS estava constitucionalmente criado. O conceito ampliado de saúde passou a ser definido como resultado de políticas sociais, econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado.

A universalidade, integralidade e a equidade passam a ser os princípios doutrinários (éticos) do SUS. A regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e a participação popular compõem os princípios organizativos (meios pelos quais se realizam os princípios doutrinários).

A 9ª CNS realizada em agosto de 1992, durante a crise do governo do presidente Fernando Collor de Mello – este governo tenta não institucionalizar o SUS por meio de sua desconstitucionalização com perda de direitos e favorecimento do setor privado - teve como tema principal “A municipalização é o caminho”. Esta conferência aprofundou as diretrizes da 8ª CNS dando forças ao movimento participativo, descentralizado e municipalizado do SUS (FALEIROS et al., 2006).

Em 1993, já no governo do Presidente Itamar Franco, que assumiu a presidência da república após o Impeachment de Fernando Collor de Mello, foi editada a Norma Operacional Básica 01/93 (NOB 93), que estabeleceu os parâmetros que garantiam a descentralização do sistema de saúde, assim como os critérios de financiamento das ações de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A NOB 93 foi estabelecida pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

Na segunda metade da década de 1990, de acordo com Escorel et al. (2007), o processo de implantação do SUS contou com a adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, focando na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação. Segundo a autora, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social.

Foi na busca de novos paradigmas e conceitos sobre o atendimento aos usuários do SUS que outros profissionais – além do enfermeiro e do médico – foram incorporados aos serviços de saúde, a fim de alcançar um atendimento integral e contribuir para controlar os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Para Bertani, et al. (2010, p. 54) “O estudo destes fatores determinantes, visto de forma interdisciplinar, vai auxiliar na compreensão do grau de influência sobre as condições de saúde dos indivíduos e comunidades”.

No ano de 1996 foi publicada, no Diário Oficial da União (DOU) a NOB 96. Esta norma, que foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.203, que consolidou o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde e passa a integrar a assistência, as intervenções ambientais e as políticas externas ao setor saúde na

estruturação dos níveis de atenção representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ainda nesse período houve a adoção do Cartão-SUS municipal que passava a identificar a sua clientela, garantindo aos cidadãos a cobertura integral dos serviços na rede de atenção à saúde, conforme os princípios constitucionais.

Durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) – de 1995 a 2002 – o Ministério Público Federal passou a ocupar um lugar estratégico no debate sobre a democracia participativa e o controle social do SUS. Esta mediação jurídica refletiu os embates para garantir o direito à saúde como dever do Estado contido na constituição federal.

A discussão da saúde passa a ser uma função de Estado e não somente do Ministério da Saúde. Desta forma o conceito de intersetorialidade, que discutiremos mais adiante, é fundamental para se compreender o processo saúde-doença, que está ligado às condições de trabalho, saneamento, cultura e lazer.

Em 2004, o Ministério da Saúde realizou uma oficina conhecida como Agenda do Pacto de Gestão para dar início às discussões sobre a revisão do processo normativo e propostas para o processo de gestão do SUS.

Em 2006 é publicada a Portaria GM/MS nº 399 que divulga o Pacto pela Saúde 2006, que trata da Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão o Pacto pela Saúde é um instrumento que introduz significativas mudanças nas normativas do SUS (MACHADO et al., 2009).

Segundo a Portaria GM/MS nº 399:

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006, p. 43).

Em vinte e um de outubro de 2011, é publicada a Portaria de número 2488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa Portaria consolida a ESF como forma prioritária de reorganização da atenção básica, em nosso país.

2.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF)

O conceito ampliado de saúde, os princípios doutrinários e organizativos do SUS e a necessidade de reorganizar a Atenção Primária no Brasil deram origem à ESF.

Atualmente, o conceito ampliado de saúde leva em conta um conjunto de fatores que determinam a condição de saúde da população. Segundo Bertani, et al. (2010, p. 53) “O processo de mudança do conceito saúde-doença no Brasil transformou a forma de funcionamento, atendimento, abordagem e acompanhamento dos serviços de saúde.”

Nessa perspectiva o SUS se engajou para que a saúde e a qualidade de vida fossem fatores acessíveis a todos os cidadãos.

A compreensão da saúde está vinculada a sua multicausalidade. Entendemos hoje que o conceito de saúde reflete a estrutura social, política, econômica e também cultural. Isso significa dizer que as concepções de saúde estão vinculadas ao contexto histórico, aos valores individuais, às concepções científicas, religiosas e filosóficas que se desenvolvem ao longo da trajetória da humanidade. Podemos dizer o mesmo em relação à doença. Ou seja, saúde e doença não representam a mesma coisa para todas as culturas.

No Brasil a menção à saúde está presente na Constituição Federal de 1988, artigo 196, que diz “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

A compreensão do processo saúde-doença também favoreceu uma nova forma de olhar para a saúde no Brasil.

Segundo Vianna ([2010?], p. 82)

[...] o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que varia em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

No Brasil, a mudança do modelo de assistência à saúde acontece, principalmente, a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e com o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, quando foram formadas as primeiras equipes de saúde da família. Mais tarde, o PSF tem seu nome modificado para Estratégia de Saúde da Família (ESF). O enfoque passa a ser a família e não mais o indivíduo.

As ações preventivas e curativas passam a ser responsabilidade dos gestores públicos. A integração com a comunidade é outro diferenciador do novo modelo.

Com os princípios da acessibilidade, longitudinalidade e coordenação da atenção, a ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira de forma integral, contínua e com responsabilidades sanitárias e econômicas para uma população adstrita.

O propósito da ESF é o de reorganizar a prática da atenção à saúde no Brasil, substituindo o modelo tradicional, que já mencionamos anteriormente, e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Este programa se constituiu em estratégia de reforma do sistema de saúde por reorganizar os serviços e práticas assistenciais no plano local através da descentralização.

Os profissionais que compõem a equipe básica de saúde da família são o médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, o enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, o auxiliar ou técnico de enfermagem, o agente comunitário de saúde, o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. O assistente social e o psicólogo poderão ser incorporados à equipe de acordo com as necessidades locais.

Este grupo de profissionais deve criar vínculos com a população atendida, a fim de identificar e atender os problemas de saúde da comunidade. Deve associar-se à criação de canais e de mecanismos facilitadores para a participação popular. A comunidade, por sua vez, deve ter papel ativo no processo de manutenção e recuperação da sua saúde.

Segundo Fontinele Júnior (2003) as equipes de saúde da família devem ser capazes de conhecer as realidades social, demográfica e epidemiológica das famílias sob sua responsabilidade, identificando os principais problemas sanitários e as situações de risco da população atendida, elaborando juntamente com a comunidade um plano de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Finalmente, estas equipes devem ser capazes de prestar assistência integral, desenvolvendo ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. Para o autor a implantação do ESF depende da decisão política da administração municipal e todo apoio necessário à sua implantação como pessoal, equipamentos e infra-estrutura serão proporcionados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

A proposta de implantação da ESF deve ser submetida à aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde.

Espera-se que 85% dos problemas de saúde de uma comunidade sejam resolvidos pelas equipes de Saúde da Família, se estas estiverem funcionando adequadamente.

A USF deve estar vinculada a uma rede de serviços, para que a população receba atenção integral, organizando assim os sistemas de referência e contra referência. Esta unidade está inserida no primeiro nível de ações e serviços – primeiro nível de complexidade

– do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Para maior compreensão deste nível de atenção vale explicar que, segundo a resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) número 03/81, os níveis de complexidade dos serviços de saúde do SUS correspondem a uma hierarquização dos estabelecimentos do sistema de prestação de serviços segundo as características das atividades prestadas e o nível de especialização das mesmas. O nível primário compreende os postos e os centros de saúde sendo caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico. O nível secundário é representado pelos ambulatórios gerais, hospitais locais e regionais, sendo que nestes se desenvolvem atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas – clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica – além de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade de resolução de casos mais complexos do sistema sendo representados pelos hospitais especializados, hospitais de especialidades e ambulatórios de especialidades (BRASIL, 1987).

A articulação entre as unidades acima mencionadas constitui o sistema de referência – trânsito de pessoas e informações do nível menor para o de maior complexidade – e contra referência – trânsito do nível maior para o de menor complexidade.

Para Bertani et al. (2010) a característica principal da Saúde da Família é o foco na saúde e não mais na doença.

No antigo modelo (médico-hegemônico-privativista) o foco das atenções era o indivíduo e sua doença. Como já mencionamos, na ESF a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Trabalhando na ótica da família as equipes de saúde se empenham em promover e fortalecer o vínculo com as pessoas atendidas pelo SUS. Embora as equipes de saúde da família se deparem com distintas constituições familiares em sua rotina de trabalho, elas devem estar preparadas para reconhecer as diferentes necessidades de saúde que se apresentam.

Na busca de uma definição para família verificamos que este conceito é complexo ao ponto de poder ser compreendido a partir de diferentes perspectivas, tendo diferentes significados ao longo da história.

Para Casey (1992, p. 28) “[...] definir a família de forma excessivamente estreita, em termos de consanguinidade ou de lar, pode prejudicar os termos da investigação.”

Segundo Bilac (2003, p. 31) “[...] a variabilidade histórica da instituição família desafia qualquer conceito geral de família.”

Para Donzelot (1980, p. 49) ela é um “[...] plexus de relações de dependência” e “um elo de liames sociais, que organiza os indivíduos em torno da posse de uma situação.” Entendemos assim que a família é uma rede de relações de dependência e um elo de ligações sociais.

Desta forma a família será o alvo de acontecimentos ou condutas que advêm da sociedade e das relações sociais, favorecendo a compreensão do processo saúde-doença e ajudando na elaboração de ações, por parte das USFs, que venham ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos.

Seja qual for a função (reprodução biológica, social, política ou econômica) ou modelo de instituição familiar encontrados, as equipes de saúde da família deverão estar devidamente preparadas para identificar conhecimentos, crenças e costumes que deverão ser valorizados nas práticas assistenciais dos serviços de saúde, mesmo que haja diferenças significativas nas concepções sobre saúde, doença e cura tanto por parte dos membros da comunidade, como por parte dos profissionais de saúde.

Para apoiar a equipe básica de Saúde da Família foram criados os NASFs. A Portaria que discorre sobre a implantação deste núcleo é a de n. 154, de 24 de janeiro de 2008, que resolve:

Art. 1º - Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º - Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – sejam constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008b).

Dentre as atribuições do NASF, de acordo com a mesma Portaria estão:

§ 2º - A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º - Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Quanto aos profissionais que constituirão o NASF, a Portaria esclarece ainda:

Art. 3º - Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º - O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º - O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º - A prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Na atual Política Nacional de Atenção Básica as considerações sobre a composição do NASF são:

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012).

Como dissemos anteriormente, tivemos a oportunidade de encontrar e coletar o depoimento da fisioterapeuta integrante do NASF. A seguir apresentamos trechos relevantes de seu depoimento, que ocorreu em 27/12/2011 dentro da unidade de saúde, para que se possa

compreender o contexto de sua atuação profissional dentro da ESF, bem como ilustrar o texto do Art. 1º da Portaria n. 154 de janeiro de 2008.

Esse contato com o paciente foi algo que me encantou [...]. Quando eu conheci o PSF, na saúde pública, o quê me encantou foi essa proximidade, acolhimento [...]. O NASF, ele veio para apoiar a saúde da família [...]. Tenta mudar aquele modelo do médico centrado [...]. Mesmo tentando reestruturar esse modelo a gente vê que é difícil tirar essa mentalidade das pessoas e até mesmo dos profissionais [...]. O NASF tenta apoiar a saúde da família abrindo o escopo das ações para uma maior abrangência, atender mais os necessitados, para acolher mais as necessidades dos usuários [...]. Tudo era encaminhado. Então, o NASF, ele vem para repensar esse modelo de referência e contra referência [...]. No caso da fisioterapia a unidade de referência era a do Terminal [...]. Às vezes o paciente esperava quatro a cinco meses para ser chamado. Com o NASF implantado a gente tenta preconizar o atendimento em grupo, coletivo, porque ficamos uma vez só por semana na unidade. Aqui na zona sul são dez unidades para uma equipe de NASF [...]. Atendemos na unidade e na casa [...], orientação postural, orientação de atividades de vida diária, vida prática, hábito de vida que precisa ser mudado [...]. Nós temos aqui alguns grupos que eu creio que são promotores da saúde: o grupo de caminhada, né. Tem o grupo de alimentação saudável que a gente chama de reeducação de hábitos. Então, a princípio, este grupo foi formado como grupo de alimentação saudável. Aí a gente foi percebendo a necessidade das pessoas de reeducar hábitos mesmo, não só de reeducar alimentação, mas hábitos posturais, de higiene, né? [...]. Então a gente tem a participação de todos os profissionais [...]. O meu trabalho, inclusive no NASF, como eu estava fazendo o atendimento individual é pontual, né? Então, por exemplo, se chega um paciente que passou por um pós-operatório e precisa de um atendimento individual para ser orientado de exercícios específicos que ele precisa, então a gente realiza. Mas principalmente por ser pontual e o foco maior de nosso trabalho ser o coletivo, eu acredito que a minha função, enquanto fisioterapeuta do NASF é promover a saúde e ajudar na prevenção, né? É focado nisso porque a assistência mesmo a gente não pode fazer [...]. Talvez se a saúde da família estivesse acontecendo de maneira estruturada o NASF teria mais possibilidades de trabalhar mais no coletivo. Então a gente acaba fazendo ações paralelas ali. A demanda grande acabou fazendo com que a gente tivesse atendendo é a maioria das pessoas num contexto individual [...]. Mas o adequado seria que fossem mais no coletivo. Eu acredito muito, gosto muito do que eu faço [...]. Ainda tem muito pra melhorar, mas se todo mundo fizesse sua parte, como tem que ser, né? Olhando o indivíduo como um todo, olhando as necessidades reais que o indivíduo tem. Acho que hoje em dia as pessoas não se preocupam em perceber que os indivíduos vêm, é, bem assim como o Cecílio diz mesmo: ele vem travestido com aquela patologia mas na realidade a necessidade que ele tem é outra. Falta muito isso hoje, nos profissionais da saúde. Olhar dessa forma. Todo mundo, pelo atropelo do dia a dia, pela demanda avassaladora e tudo mais, eu olho só o seu dedinho que tá quebrado. Eu não olho pra sua coluna, pro seu psicológico. Falta muito isso, mas eu acredito ainda (RISADAS...) que podemos mudar esse cenário.

A fisioterapeuta em questão, que fez Residência em Saúde da Família e atua na ESF desde 2009, afirma em seu depoimento, gostar desse trabalho que promove uma aproximação com o usuário através de uma escuta acolhedora de suas necessidades de saúde. Ela explica que o NASF foi formado para dar suporte aos membros da USF e é constituído por uma equipe multiprofissional. Desta forma, segundo ela, é possível prestar uma assistência diferente daquela do passado, caracterizada pela hegemonia do profissional médico. A profissional afirma que a Saúde da Família reorganiza a prática de encaminhamento do nível de menor complexidade para o de maior complexidade (e vice e versa), o que ela chama de referência e contra referência. Em sua opinião a implantação do NASF agiliza o atendimento ao paciente. Embora o maior foco de suas ações seja o trabalho coletivo, esta profissional afirma realizar atendimentos individuais quando necessário, acreditando ainda que o seu trabalho dentro do NASF, junto à coletividade, faça parte das ações que promovem a saúde da população, pois orienta hábitos de vida saudável como alimentação, postura, prática de exercícios físicos, entre outros. No entanto, ela pontua que a demanda excessiva de atendimentos individuais dentro da rotina diária da USF desvia o grupo de seu objetivo maior que é o trabalho coletivo. Nossa entrevistada atribui este problema à falta de estruturação das ações que são desempenhadas dentro da USF. A fisioterapeuta em questão também afirma que ainda falta conscientização por parte dos membros da equipe de saúde, para compreender que o usuário deve ser atendido como um ser integral, dentro de uma visão holística e que pode participar ativamente das decisões que dizem respeito a ele.

Compreendemos, portanto, no depoimento desta integrante da equipe de saúde, que ela acredita ser a ESF o modelo de referência no atendimento ao paciente como um ser integral, valorizando as suas queixas e participação no processo de seu atendimento, agilizando-o. Para ela este atendimento só é possível se o trabalho da equipe de saúde da família estiver devidamente estruturado.

Ainda na proposta da ESF, as unidades trabalham dentro de um território de abrangência definido. Desta forma cadastram e acompanham a população vinculada a estas áreas.

De acordo com o mapa que contém o território de cada unidade de saúde do município de Marília, SP¹¹ o processo de territorialização permite conhecer melhor a área de atuação de uma USF/UBS. Facilita a implementação dos princípios e diretrizes do SUS. Este conhecimento delimita e identifica a comunidade que será atendida em cada unidade,

¹¹ O mapa denominado Territorialização em Saúde, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, encontra-se disponível nos postos de saúde da cidade.

possibilitando o planejamento local das ações voltadas às Necessidades de Saúde da população, além de proporcionar novas formas de interação do serviço com os usuários, como maior facilidade de conformação de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Assim a equipe de saúde passa a ter um conhecimento ampliado da história de cada usuário, oferecendo assim atendimento planejado e qualificado. Cada território apresenta suas próprias características, o que diferencia os problemas de saúde em cada comunidade. Cada USF tem delimitado o seu território geográfico.

Segundo Brasil (2012) cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, recomendando-se uma média de 3.000. Este número deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território, ou seja, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

As informações geradas pelas equipes de saúde da família são originadas de dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são registrados no Sistema Integrado da Atenção Básica (SIAB). Este sistema armazena o mapeamento da condição de saúde da população atendida como saneamento básico, condições de moradia, número de famílias visitadas e cadastradas, nascimentos, óbitos, número de pessoas com diabetes e hipertensão entre outros. Outro sistema de informação disponibilizado para a rede básica é o Sistema de Informação Ambulatorial Local (SIAL) que possui os dados de produção da unidade sendo alimentado diariamente pelos ACS, com base em planilhas preenchidas pelos profissionais da equipe após a realização de qualquer procedimento.

Todas estas informações configuram-se em importante instrumento para a caracterização da área geográfica, que constitui o território de atuação da equipe de saúde.

Segundo Bertani et al. (2010, p. 75) “A atenção primária, adotada como estratégia no desenvolvimento da promoção da saúde, compreende a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção correspondentes.” Para isso é necessário que se valorizem as capacidades pessoais, sociais, culturais, políticas e econômicas da sociedade. Ainda para esta autora, o reconhecimento de outros determinantes no processo saúde-doença é fator decisivo para mudanças no pensar-fazer na área da saúde.

Entender que o processo saúde-doença é determinado não somente pela dimensão biológica, mas também pelas esferas sociais, culturais, econômicas e políticas nos ajudará a reconhecer as ações de promoção da saúde como ações que melhoram a qualidade de vida da população.

Para Starfield (2002, p. 23):

[...] a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros.

Embora reconheçamos que a condição de saúde seja determinada por características ambientais, comportamentais e sociais, favorecendo a compreensão do processo saúde doença, o nosso sistema de saúde amparou-se, ao longo de seu processo histórico, no atendimento a condições agudas, que são as doenças transmissíveis de curso curto e as de curso inferior a três meses.

Mendes (2012) explica que, segundo o perfil epidemiológico e demográfico do Brasil e do mundo, as condições crônicas se configuram como as novas epidemias a serem enfrentadas pelos serviços de saúde. Estas condições são aquelas caracterizadas pelas doenças de curso superior a três meses ou definitivas como a Tuberculose, Hanseníase, Aids, Diabetes, Doenças Cardiovasculares, Câncer, entre outras, e cujas causas incluem fatores como a hereditariedade, o estilo de vida e a exposição a fatores ambientais.

Como foi dito anteriormente a atenção à saúde no Brasil é organizada em níveis de complexidade (baixa, média e alta complexidades). Para o enfrentamento das condições crônicas, esta concepção hierárquica (piramidal) deve ser substituída pelas redes poliárquicas de atenção à saúde, onde as diferenças nas densidades tecnológicas são respeitadas, rompendo-se o caráter vertical e conformando-se redes policêntricas horizontais, que devem estar vinculadas entre si por objetivos em comum, por uma única missão com ações cooperativas e interdependentes (MENDES, 2012).

Em 2006, o Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da ESF como modelo de atenção básica e centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida, considerado um dos componentes do Pacto pela Saúde, significou uma ação prioritária no campo da saúde. Seus compromissos sanitários são expressos em objetivos de processos e resultados, são derivados das prioridades definidas pelos níveis federal, estadual, municipal e da análise da situação de saúde do País (BRASIL, 2006).

As prioridades do Pacto pela Vida, em 2006, quando foi instituído, foram a saúde do idoso, o câncer do colo de útero e de mama, a mortalidade infantil e materna, as doenças

emergentes e endemias como dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e a atenção básica à saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, as RAS foram incorporadas oficialmente ao SUS pela Portaria nº 4.279 de 30/12/2010 que estabelece diretrizes para a sua organização no âmbito do SUS e pelo Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de dar outras providências.

Segundo Brasil (2010) as RAS são arranjos organizativos de serviços e ações de saúde, com diferentes tecnologias e integradas por meio de sistemas de apoio logístico, técnico e de gestão que garantam a integralidade do cuidado. A reestruturação do sistema de saúde em RAS é uma estratégia para superar a sua fragmentação da atenção e gestão, assim como para consolidar os princípios do SUS.

Todavia, mesmo com a implantação da ESF, a adesão dos pacientes ao serviço e ao tratamento ainda não é completa. Entre as causas de não adesão ao tratamento, têm-se os fatores relacionados ao tratamento, à doença, aos serviços de saúde, ao profissional de saúde, ao relacionamento profissional de saúde/paciente e ao próprio paciente (REINERS, 2008). Sobre o serviço de saúde, pode-se considerar que os seguintes itens causam influência: a localização da unidade, burocracia, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiência organizacional, deficiência nas visitas domiciliares e na busca ativa dos casos. Sobre os profissionais de saúde e da relação profissional/paciente, foi concluído que a falta de preparo do profissional, a rotatividade de profissionais no atendimento ao paciente, o não reconhecimento da responsabilidade do profissional na adesão ao programa, a comunicação inadequada e insuficiente do profissional, a dificuldade de relacionamento do paciente com o profissional, a falta de confiança do paciente no profissional e a abordagem do paciente de forma imprópria são fatores desmotivadores para esta aderência (REINERS, 2008).

Além disso, é preciso que os pacientes tornem mais explícitas, através da construção de um vínculo baseado em relações de confiança e compromisso com a equipe de saúde, as suas necessidades e expectativas, bem como suas crenças em relação à doença e ao tratamento, e às decisões daí retiradas. Acreditamos que um acolhimento efetivo contribua com a construção deste vínculo.

Para Klein (2005), os pacientes sofrem algumas consequências devido à baixa adesão, como ficarem privados dos benefícios que supostamente iriam advir do tratamento, resultando no aumento da morbidade e no número de consultas médicas, hospitalizações e/ou despesas desnecessárias, representando a utilização ineficaz do sistema de saúde.

Quando estivemos em campo, pedimos aos integrantes da equipe de saúde que contassem sobre seus desempenhos na unidade e o objetivo de seu trabalho. Embora esse não fosse o objetivo geral de nossa pesquisa, sentimos a necessidade de entender se as ações de promoção da saúde, problemática central, são pensadas pela equipe como ações pertencentes aos seus desempenhos. Foi por este motivo que nessa Seção trabalhamos apenas com depoimentos de membros da equipe de saúde.

A seguir apresentaremos trechos de depoimentos coletados de membros da equipe de saúde da USF selecionada – aleatoriamente escolhidos e representando cada categoria profissional da unidade – que explicam os seus desempenhos e o objetivo de seus trabalhos dentro da ESF¹²:

CM – Quais são os seus desempenhos nesse posto de saúde?

A Enf. – Ajudar o próximo. Gostaria muito de poder desempenhar melhor essa minha função, né? Eu ainda faço muito pouco [...].

CM – E qual é o objetivo de seu trabalho?

A Enf. – Evitar uma doença instalada, ou coisa desse tipo. Ou um acolhimento não só na parte de doença/matéria né, vamos dizer assim [...] (Depoimento coletado em 07/11/2011 na USF).

Segundo o depoimento da profissional em questão, que faz parte da ESF há três anos, o desempenho de seu trabalho é fruto da necessidade de ajuda aos moradores. Esta auxiliar de enfermagem compreende a sua profissão como um caminho para concretizar relações sociais de solidariedade, humanização e ajuda profissional. Em seu depoimento ela afirma que tem como objetivo atender o usuário não só na fase da doença, mas também no período que antecede a instalação da mesma, ou seja, a prevenção.

CM – Quais são os seus desempenhos nesse posto de saúde?

ACS – Espero assim, estar fazendo meu melhor possível, né? Orientando as pessoas, esclarecendo, podendo passar informações, o que eu sei, né?

¹² Claudia Mello (CM)
Auxiliar de Enfermagem (A Enf.)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)
Enfermeiro (E)
Médico (M)
Dentista (D)
Auxiliar de Escrita (AE)
Auxiliar de Serviços Gerais (ASG)

CM – E qual é o objetivo de seu trabalho?

ACS – É isso: orientação. Orientação, né? Tipo divulgação também, né?. Você divulgar, promover a saúde, a prevenção da doença, né? Eu acredito que isso é meu trabalho [...]. Controle de dengue, né? Também controle de hipertensão, diabete, saúde da criança, né? [...]. As gestantes, também se tá fazendo acompanhamento, né? Então é à base da orientação né? Acredito que seja isso [...] (Depoimento coletado em 07/11/2011 na USF).

A funcionária em questão acredita que, através da orientação, situações de risco para o desenvolvimento e manutenção de doenças possam ser identificadas, corrigidas ou tratadas precocemente como é o caso, por exemplo, da prevenção e controle da dengue, de doenças crônicas como o diabetes, a hipertensão e o pré-natal.

CM – Quais são seus desempenhos nesse posto de saúde? E qual é objetivo do seu trabalho?

E – Bom, meu objetivo é atender as necessidades de saúde da população, é, procurando prestar um atendimento humanizado, um cuidado integral do paciente olhando não só pro biológico, mas para outras questões, as condições de vida, é a questão psicológica dos pacientes, prestar um cuidado onde o indivíduo se sinta atendido como pessoa [...] . Às vezes a gente não pode resolver na hora, mas assim, encaminhar uma solução para esse paciente. Sempre buscar resolutividade em cada caso pra que o usuário se sinta satisfeito, né? [...] (Depoimento coletado em 22/11/2011 na USF).

O depoimento desta enfermeira reproduz o modelo que se aproxima da integralidade do cuidado proposto pelo SUS desde seu início, em 1988. Ela afirma que o objetivo do seu trabalho é prestar um cuidado individualizado, humanizado, formador de vínculos, atento para uma escuta cuidadosa das necessidades de saúde da população e ainda resolver o problema do usuário levando em conta sua forma peculiar de viver, ou seja, seu contexto de vida, sua história, seu contexto psicológico e não apenas a sua queixa física. Esta funcionária defende também que é importante que haja resolutividade nos casos atendidos, proporcionando satisfação ao usuário do serviço de saúde. Vale lembrar aqui, como já apontamos anteriormente, que a integralidade da assistência e a humanização do cuidado são princípios do SUS que garantem uma atenção de qualidade para todos os cidadãos. Ressaltamos que esta funcionária fez Residência em Saúde da Família e está inserida na ESF desde 2006.

No caso da enfermeira em questão é possível que a qualificação profissional permita, de forma significativa, uma visão ampliada na concepção de saúde e doença no desempenho de suas funções? Deixamos aqui essa reflexão.

CM – Quando você era agente, você me disse que há três anos você era ACS, né? Naquela época qual era o objetivo do seu trabalho?

AE – Eu procurava passar o que eu sabia, né? Assim, a pessoa se prevenir, né? Eu tentava promover a saúde né? Acho que a pessoa tinha que fazer atividade esportiva, cuidar da alimentação né? Sobre os vícios. O que eu sabia eu tentava passar adiante.

CM – E quais eram seus desempenhos como ACS naquela época?

AE – Focava mais na Dengue [], hipertenso e diabético e as outras coisas assim como gestantes e menores de quatro anos. Mas o que mais focava era Dengue.

AE – Sempre que eu tenho um spacinho hoje eu procuro passar isso adiante, né? Assim, mesmo na atual função. Mesmo como auxiliar de escrita a pessoa me procura e não tem nada a ver com meu serviço, mas procuro tentar ajudar ela na medida do possível, tá? (Depoimento coletado em 09/11/2011 na USF).

Esta auxiliar de escrita trabalhou como ACS há três anos no mesmo posto de saúde de nossa pesquisa. No seu depoimento ela afirma que tinha como objetivo de seu trabalho as ações preventivas e de promoção da saúde, colaborando na melhoria da qualidade de vida da comunidade assistida pela USF. Entre as ações de promoção, esta funcionária explicou-nos que estimulava e repassava, para a população atendida, orientações para a prática de atividade física, cuidados para uma alimentação mais saudável e o combate aos vícios como o fumo, o álcool e as drogas. Para contextualizar seu depoimento e também para auxiliar na compreensão do pensamento dessa auxiliar de escrita, achamos importante mencionar nesse momento que, há alguns anos, a USF formou um grupo de caminhada e também organizou outro para discutir hábitos de alimentação saudável. Obtivemos essa informação com a comunidade e outros membros da equipe de saúde. No entanto, estes grupos não trabalharam por muito tempo. Segundo os moradores, o da caminhada se desfez devido à incompatibilidade de horários entre a equipe, que ofereceu a atividade às 7 horas e 30 minutos da manhã, e a comunidade queria que este grupo iniciasse suas atividades mais cedo, às 7 horas da manhã. Quanto ao grupo de alimentação saudável a população não respondeu ao convite feito pela equipe de saúde que planejou, então, o mesmo trabalho com as gestantes do bairro que também não compareceram às reuniões. Como não houve adesão por parte da comunidade, estas orientações foram praticadas somente pelos próprios membros da equipe, que trocaram o café e doces do período da manhã por sucos naturais e frutas.

Sobre o seu desempenho, a auxiliar de escrita em questão, afirmou que executava ações de prevenção e controle da dengue, bem como orientações para o controle de pacientes

com doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes, para gestantes e crianças pequenas. Ela destaca que, com o passar do tempo, o maior foco de seu trabalho ficou voltado para as ações de combate a dengue. Atualmente, na função de auxiliar de escrita, que corresponde a atividades burocráticas, a informante em questão afirma sentir-se útil em colaborar com a prevenção de doenças e promoção da saúde, sempre que solicitada. Podemos compreender, em seu depoimento, que a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde está nos princípios da ESF e não no cargo ou função do profissional que faz parte da USF, o que nos faz compreender e reforçar o papel na formação destes agentes de saúde e da população atendida.

CM – Qual é o objetivo do seu trabalho?

ASG – Organização *né*? Deixar bem organizado, limpo também *né*? Tem que tá bem organizado. Tenho que tá atento *né*? Toda hora *tô* levantando, vendo tudo *né*? Sempre *tô* lá na frente olhando (Depoimento coletado em 09/11/2011 na USF).

CM – Quais são os seus desempenhos nesse posto de saúde? E qual é o objetivo do seu trabalho?

D – O objetivo, a gente sempre visa fazer promoção e prevenção e, infelizmente, ainda o Ministério da Saúde coloca que 70 a 80% a gente tá na parte curativa. Então eu tenho esperança e sempre eu vou ter de tentar um dia mudar essa expectativa do curativo (Depoimento coletado em 22/11/2011 na USF).

O dentista da unidade também afirma em seu depoimento que tem como objetivo trabalhar a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Ele explica, no entanto, que o Ministério da Saúde destaca que as equipes de saúde bucal ainda utilizam a maior parte do seu tempo em ações curativas, o que de fato acontece pelas demandas que são altas. Como explicado anteriormente neste trabalho, o nosso passado foi caracterizado por um modelo biomédico, assistencialista, voltado para a parte curativa e, portanto, voltado apenas para a doença, o que ainda se reflete nos dias de hoje.

Como profissional envolvido na ESF há oito anos e conscientizado das vantagens da superação do modelo biomédico do passado, o entrevistado em foco, declarou que tem a esperança de poder fazer diferente, o que vem acontecendo nos postos de saúde atualmente. Entendemos, assim como ele, que somente uma mudança de perspectiva política, social e cultural possa recolocar as ações preventivas e de promoção da saúde em um nível de igualdade em relação às ações curativas, assim como propõem atualmente o Ministério da Saúde e as diretrizes do SUS. Percebemos no depoimento do dentista, que existe uma

distância entre a intenção e a ação dos atores sociais. Para ilustrar nossa percepção, trouxemos aqui uma citação que nos auxilia na discussão sobre pesquisa hermenêutica e ação social:

A pesquisa hermenêutica também analisa os dados da realidade, tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação. [...] a hermenêutica e a retórica se unem não apenas como caminho de compreensão da mensagem, mas para entender a orientação e a modificação da ação (MINAYO, 1999 p. 221).

Também para auxiliar a nossa reflexão entre a intenção e a ação social, recorreremos a Geertz (1978), que compreende que é por meio da ação social e do fluxo do comportamento que as formas culturais encontram articulação. Podemos entender essa posição do autor quando ele compreende a briga de galos balinesa como um vocabulário de sentimentos e como expressão de emoções que reúnem indivíduos e constroem sociedades:

O que torna a briga de galos balinesa absorvente não é o dinheiro em si, mas o que o dinheiro faz acontecer, e quanto mais dinheiro, mais acontece: a migração da hierarquia de *status* balinesa para o corpo da briga de galos. Sendo psicologicamente uma representação esopiana do ideal/demoníaco, altamente narcisista, da condição de macho, em termos sociológicos ela é igualmente uma representação esopiana dos campos de tensão complexos estabelecidos pelo cerimonial controlado, abafado, mas, não obstante, uma interação profundamente sentida dos próprios eus no contexto da vida cotidiana (GEERTZ, 1978, p. 303).

E o autor prossegue em outra passagem: “A matança na rinha de galos não é um retrato de como as coisas são literalmente entre os homens, mas, de um ângulo particular, de como elas são do ponto de vista da imaginação, o que é bem pior” (GEERTZ, 1978, p. 314).

Realizando uma aproximação das reflexões dos autores citados acima com o depoimento do dentista da equipe de saúde, é possível pensar que a ação social dos sujeitos envolvidos em nosso trabalho, aponta para o atendimento alicerçado no diagnóstico e tratamento de doenças, haja vista a quantidade de moradores que são atendidos nas consultas agendadas e nos atendimentos de casos agudos daqueles que buscam diariamente a USF. Dessa forma, embora as ações de promoção da saúde apareçam nos depoimentos dos profissionais, efetivamente elas não são o foco dos atendimentos e das relações entre usuários e equipe. A procura e a oferta de tratamentos curativos, baseados exclusivamente na doença, é, de fato, o comportamento que se apresenta.

Geertz (1978) compreende que as formas culturais tornam-se visíveis através da ação e comportamento sociais.

Retomando os depoimentos dos membros da equipe de saúde sobre os seus desempenhos, apresentaremos a seguir a declaração do médico da unidade de saúde sobre o assunto:

CM – Quais são os seus desempenhos nesse posto de saúde? E qual é o objetivo de seu trabalho?

M – Promoção da saúde da população dessa área de abrangência. Conscientização das pessoas frente a esse mesmo processo saúde-doença (Depoimento em 22/11/2011 na USF).

O médico em questão explica que seu desempenho na unidade é a promoção da saúde da comunidade pertencente à área de abrangência, afirmando que desenvolve suas funções conscientizando seus pacientes, de que eles estão inseridos no processo saúde-doença.

Em outro momento da entrevista com esse profissional, ele nos disse o que entende sobre o processo saúde-doença:

M – Processo saúde-doença é um conjunto de ações, atitudes, de cada pessoa, de cada um de nós, hábitos de vida, de moradia, de trabalho, enfim, uma série de atos que vão determinar nossa saúde, ou nossa doença ou a nossa qualidade de vida [...].

Segundo Brasil (2006) quando analisamos o processo saúde-doença, verificamos que a saúde é resultado dos modos de organização do trabalho, da produção e da sociedade em um contexto histórico determinado. O aparato biomédico não consegue modificar os determinantes e condicionantes desse processo em nosso país como a violência, o desemprego, o subemprego, a falta de saneamento básico, a habitação inadequada e/ou ausente, a dificuldade de acesso à educação, a qualidade do ar e da água.

O depoimento do profissional médico aproxima-se da literatura nacional que trata sobre o processo saúde- doença. No entanto ele vai além, no sentido de explicar que a saúde também é determinada por questões individuais como as ações e as atitudes de cada um.

Após a descrição e interpretação destes depoimentos, compreendemos que os profissionais entendem que as ações de promoção da saúde fazem parte de seu desempenho dentro da ESF.

De acordo com Brasil (2012) as atribuições dos membros das equipes de atenção básica devem seguir as disposições legais que regulamentam cada profissão. No entanto,

existem tarefas que são comuns a todos os profissionais como: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de sua atuação, a fim de identificar famílias e indivíduos expostos a riscos; manter um cadastro atualizado das famílias e indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor do município; utilizar de forma sistemática os dados do sistema de informação para analisar a condição de saúde levando-se em conta as características demográficas, culturais, econômicas, epidemiológicas e sociais do território sob sua responsabilidade; realizar o cuidado à saúde da população adscrita no âmbito da unidade de saúde prioritariamente, como também na residência e em outros espaços comunitários; realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade da população local, assim como as prioridades da gestão local; realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde visando a integralidade do cuidado, a garantia de atendimento da demanda espontânea, de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; participar do acolhimento dos usuários com escuta das necessidades de saúde e realização da primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e de sinais clínicos) por meio de atendimento humanizado; realizar busca e notificação compulsória de doenças e agravos; responsabilizar-se pela população adscrita com a coordenação do cuidado, mesmo que o paciente necessite de atenção em outros pontos do sistema de saúde; realizar intervenções nas famílias, coletividades e grupos sociais que influenciem o processo saúde-doença; participar de reuniões de equipe para discutir, planejar e avaliar as ações de saúde; readequar o processo de trabalho quando necessário; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação; participar do trabalho interdisciplinar e em equipe com integração das áreas técnicas e profissionais com diferentes formações; realizar ações de educação em saúde; participar de atividades de educação permanente; promover a mobilização e a participação da comunidade efetivando o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que potencializem as ações intersetoriais e realizar outras atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Como verificamos, as ações de promoção da saúde compõem o quadro de atribuições da equipe básica da ESF na atual Política Nacional de Atenção Básica.

O processo de trabalho das equipes de atenção básica deve favorecer o desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e ambientais, com o propósito de evitar o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2012).

A apresentação do contexto histórico do sistema de saúde brasileiro, nesta seção, reforça a importância do entendimento, por parte do leitor desse trabalho, do processo saúde-doença e da inserção das ações de promoção da saúde na prática diária do SUS, que apresentaremos a seguir.

3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Antes de iniciarmos a discussão sobre as ações de Promoção da Saúde é relevante discutirmos sobre o processo saúde-doença, iniciando por uma breve reflexão sobre o modelo biomédico vigente em nossa sociedade e, portanto, dominante. Entendemos que este modelo é amplamente difuso, sendo que qualquer representação da saúde e da doença acontece a partir da vivência em seu contexto de aplicação.

Segundo Laplantine (1991, p. 49)

No campo extremamente diversificado das imputações etiológicas etnograficamente conhecidas, é possível distinguir duas grandes tendências: as medicinas centradas na doença e cujos sistemas de representações são comandados por um modelo ontológico de natureza mais frequentemente física; as medicinas centradas no homem doente e cujos sistemas de representações são comandados por um modelo relacional que pode ser pensado em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos ou sociais.

Para Laplantine (1991, p. 49-50) o modelo ontológico é “[...] amplamente dominante em nossa cultura [...]” sendo o saber médico ocidental “[...] fundamentalmente biológico.” Neste modelo a doença só ocorre a partir do momento em que alguma coisa de fora atinge o homem. A doença vem para desordenar a vida.

Os princípios metateóricos do modelo biomédico atual são baseados na orientação científica do séc. XVII, que consiste numa visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza que surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon, entre outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina.

Segundo Koifman (2001, p. 54),

O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina.

No modelo biomédico há pouca, ou nenhuma, valorização dos aspectos sócio-culturais que estão envolvidos no processo de adoecimento ou mesmo de manutenção de uma vida saudável.

Laplantine (1991, p. 64) ainda explica que

Pensar a doença e a saúde como modo de relação perturbado ou satisfatório do homem com seu meio social é, em nosso horizonte sócio-histórico, uma reação (anti-organicista) à hipertrofia do modelo que lhe é mais oposto: o modelo ontológico. Essa reação pode certamente ser considerada como um “progresso” [...].

Para a análise do processo saúde-doença é necessária uma articulação entre as esferas biológica e, sobretudo, social, cultural e política. Os reflexos dessa articulação serão positivos no processo de formação de novos profissionais, assim como, na eliminação da visão reducionista do ser humano como exclusivamente um organismo biológico.

Segundo Brasil (2006) quando se discute o processo saúde-doença verificamos que a saúde é resultado dos modos de organização do trabalho, da produção e da sociedade em um contexto histórico determinado. O aparato biomédico – conjunto de mecanismos pertencentes à ciência médica – não modifica os determinantes e condicionantes deste processo em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada.

Para Gualda e Bergamasco (2004) o processo saúde-doença está diretamente ligado à forma como o ser humano foi se apropriando da natureza para transformá-la buscando atender às suas necessidades, sendo então, construído historicamente.

François Laplantine (1991, p. 67), em seu livro *Antropologia da doença*, obra antropológica que se preocupou com o conjunto de representações da doença e da cura na sociedade francesa contemporânea, explica que, em uma destas representações, dentre as várias que apresenta em sua obra, quando se trata de imputação etiológica “[...] existe um modelo exógeno e um modelo endógeno da doença”. Para ele, no modelo exógeno “A doença é um acidente devido à ação de um elemento estranho (real ou simbólico) ao doente que, a partir do exterior, vem se abater sobre este último.” (LAPLANTINE, 1991, p. 67) Dois grupos de significações podem ser apontados em seu texto: Primeiro aquele onde “[...] a doença tem sua origem na má vontade de um poder antropomorfo ou antropomorfizado: feiticeiro, gênio, espírito, diabo, até mesmo o próprio Deus [...]” e segundo onde “[...] a doença tem sua origem em um agente nocivo, mas que é concebido desta vez como natural [...]” (LAPLANTINE, 1991, p. 67).

Já no modelo endógeno, segundo Laplantine (1991, p. 78)

[...] a doença é deslocada para o indivíduo e não é mais considerada como entidade que lhe é estranha. Essa compreensão se exprime, ao mesmo tempo,

nas noções de temperamento, de constituição, de disposições e predisposições, de tipo de caráter ou astral (os signos do zodíaco), de natureza, de organismo, de campo, de hereditariedade (por exemplo, as leis de Mendel descobertas em 1865), de patrimônio genético, de “meio interior”(Claude Bernard), ou seja, as diversas secreções glandulares, bem como o sangue que é relativamente independente do exterior ou grupo sanguíneo que lhe é totalmente estranho, de fragilidade, de disposição a tal doença, de potencial (inato ou adquirido), de recursos de autodefesa (a fabricação de anticorpos e de antígenos que são as reações próprias de um dado organismo).

Para que seja possível a intervenção nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade. É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas apropriadas e suficientes aos modos de viver do brasileiro, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Segundo Gomes e Aguiar (2006) muito se têm discutido sobre os atuais modelos assistenciais dentro do SUS, em nosso país: o modelo hegemônico (biomédico) e o modelo de vigilância à saúde dentro da proposta da ESF. Para Silva Junior (1998), o modelo biomédico enfoca o processo saúde-doença valorizando a clínica, além de seu papel individual, permitindo articulação dos profissionais médicos envolvendo-os como atores deste processo. O segundo modelo é incorporado pela proposta da ESF, para reconstruir o modelo assistencial hegemônico através da reorganização dos serviços por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde.

No SUS a promoção da saúde significa a possibilidade de intervir em aspectos que determinam o processo de saúde e de doença da população (BRASIL, 2008a). As ações de promoção da saúde visam à melhoria na qualidade de vida da população.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006 pelo Ministro de Estado da Saúde teve como objetivo:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade 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, 2006 p. 13).

Vemos, com isso, ser possível colocar em prática o conceito ampliado de saúde na perspectiva da saúde da família, abandonando o modelo do “reducionismo biológico” que, por muito tempo foi hegemônico, se não o é até os dias atuais.

Este modelo que valoriza o biológico apareceu de forma não implícita no conteúdo de alguns depoimentos coletados entre os moradores da área de abrangência da USF. Ao realizarmos a entrevista com a comunidade local, entendemos que ainda existe o desejo, de uma parte dos usuários da unidade de saúde, pelo modelo que caracterizou o nosso passado histórico, ou seja, o modelo médico-hegemônico, onde o profissional médico é o centro da assistência e as ações preventivas e de promoção da saúde não reconhecidas. Esta situação pareceu-nos um distanciamento com a proposta da ESF. Alguns moradores atribuíram as ações de promoção da saúde ao atendimento centrado no profissional médico. Abaixo apresentamos três fragmentos de depoimentos coletados de usuários da USF selecionada para esta pesquisa em dezembro de 2011, para os quais foi perguntado, o que eles gostariam que a unidade de saúde fizesse para melhorar a sua qualidade de vida. Eles responderam “[...] ter especialista e cada um na sua área”, “[...] ter um remédio se precisasse [...]” e “[...] que o médico atendesse não a enfermeira”.

Os depoimentos acima foram apresentados para que fosse possível fazer uma correlação do imaginário dessa parcela da comunidade com a descrição de documentações nacionais e referências, que estaremos discutindo sobre a promoção da saúde.

Então, como explicar a preferência, por parte destas pessoas que recorrem aos serviços e ações de saúde ofertadas atualmente pelo SUS, pelo modelo centrado no profissional médico? Como ficam as ações preventivas e de promoção da saúde para esta parcela da comunidade entrevistada? Poderia esta situação indicar um campo onde se manifestam relações de poder, no sistema de saúde atual, uma vez que campo são as diferentes esferas sociais presentes em nossa sociedade e que se mantêm em luta permanente por melhores posições? Quem são os pólos desta atual estrutura dos nossos serviços, nos quais existe dominantes e dominados em interação o tempo todo? A estratégia utilizada hoje pelos prestadores de serviços à saúde visa sempre à maximização dos lucros ou a melhoria na qualidade de vida dos agentes sociais? Se as ações de promoção da saúde, propostas pelo SUS atualmente, visam à melhoria na qualidade de vida das pessoas por que estas continuam preferindo o modelo curativo? A cultura da população, voltada para os cuidados em saúde, tem sido levada em consideração no encontro serviço de saúde-usuário? Não é nossa pretensão oferecer respostas a todos esses questionamentos. No entanto, eles nos orientam a direcionar nossa reflexão para algum lugar do passado, onde a tradição que valorizava o trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças perdeu espaço para comportamentos e práticas que enfatizavam somente as ações curativas, ou seja, devemos esperar a doença se instalar para então tratá-la.

Em nosso processo histórico, o modelo curativo foi internalizado pelos usuários do SUS e, até mesmo pelos próprios profissionais da área da saúde, a ponto de parecer ser este, o modelo de assistência ainda desejada por parte da população brasileira. Entendemos que é necessário um trabalho mais próximo à comunidade, da parte dos prestadores de serviços do SUS, no sentido de orientá-la e conscientizá-la das vantagens do novo modelo que defende a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Para Ortiz (1983, p. 15) "A interiorização, pelos atores, dos valores, normas e princípios sociais assegura, dessa forma, a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade como um todo".

Julgo ser pertinente inserir neste contexto a noção de *habitus* de Bourdieu:

Sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente 'regulamentadas' e 'reguladas' sem que por isso sejam o produto de obediência de regras, objetivamente adaptadas a um fim, sem que se tenha necessidade da projeção consciente deste fim ou do domínio das operações para atingi-lo, mas sendo, ao mesmo tempo, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um maestro (BOURDIEU, 1972 apud ORTIZ, 1983, p. 15)¹³.

O *habitus* é, portanto, uma ordem conservadora na hierarquia social, um conceito filosófico antigo, que se originou no pensamento de Aristóteles e na Escolástica medieval, sendo retrabalhado depois dos anos 1960 pelo sociólogo Pierre Bourdieu. As raízes do *habitus* encontram-se na noção aristotélica de *hexis*, indicando um estado adquirido e estabelecido do caráter moral que orienta nossa conduta. Este termo já foi utilizado por Tomás de Aquino em "Summa Theologiae", por Émile Durkheim em "L'Évolution Pédagogique en France", Marcel Mauss em "As técnicas do corpo", Max Weber em "Wirtschaft und Gesellschaft", por Thorstein Veblen em sua "Theory of the Leisure Class", Edmund Husserl com seu "*Habituallität*", além de Norbert Elias.

Contudo é no trabalho de Bourdieu que encontramos uma renovação sociológica do conceito de *habitus*. Ele reinterpreta a velha noção propondo que o *habitus* orienta a ação, na medida em que esta é produto das relações sociais e assegura a reprodução dessas mesmas relações (ORTIZ, 1983).

¹³ BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève: Droz, 1972.

Ao se pensar no conceito de *habitus* como noção mediadora entre o indivíduo e a sociedade, podemos entender o modo como esta se torna depositada nos agentes definindo, então, o seu modo de sentir, pensar e agir.

O *habitus* se sustenta por meio de esquemas generativos, que antecedem e orientam a ação, por um lado, e estão na origem de outros esquemas generativos que presidem a apreensão do mundo enquanto conhecimento, por outro. Desta forma, para Bourdieu o princípio da estruturação das experiências escolares acontece por meio do *habitus* adquirido na família, e o *habitus* transformado pela escola está no princípio da estruturação de todas as outras experiências (BOURDIEU, 1972 apud ORTIZ, 1983.)¹⁴.

Se, para Bourdieu, o *habitus* orienta a ação dos agentes sociais na medida em que essa ação é produto das relações sociais, somos levados a entender que o passado do sistema de serviços de saúde no Brasil foi caracterizado por relações usuários-prestadores de serviços que priorizavam a assistência curativa. Estas relações parecem se reproduzir até o presente momento, o que de fato encontramos em alguns depoimentos que sinalizaram para o modelo médico centrado em detrimento das ações de promoção da saúde.

O reconhecimento das ações de promoção da saúde requer a criação e efetivação de políticas públicas que se preocupem com a melhoria da qualidade de vida e que levem em consideração a participação social ativa. Para que isso seja possível deve haver a mobilização de recursos humanos, financeiros e políticos que acabam por extrapolar o âmbito da saúde. O setor saúde deve se articular com os outros setores da sociedade para promover a melhoria na qualidade de vida da população. Neste sentido o grande desafio é a prática efetiva da inter setorialidade. Ao entrevistarmos moradores e equipe de saúde pudemos perceber que as ações intersetoriais ainda são pouco reconhecidas pela comunidade local, pois apenas um usuário da unidade de saúde fez menção a elas.

De acordo com Brasil (2006, p. 10-11):

Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

Como dissemos, um usuário que entrevistamos reconheceu a necessidade desta articulação do serviço de saúde com outros serviços ofertados pelo município, quando

¹⁴ BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève: Droz, 1972.

afirmou “[...] quero que o posto intervenha, junto ao serviço público municipal, nas questões de infraestrutura do bairro.”¹⁵

Percebe-se, portanto, que a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde – que procura mudanças de comportamento individual – tem como objetivo alcançar mudanças no comportamento organizacional, a fim de beneficiar a saúde da população por meio da legislação (CANDEIAS, 1997).

Para Breihl¹⁶:

A mudança individual é importante, mas só é factível se existe uma mudança coletiva, e a mudança coletiva só é factível se existe uma legislação, uma proteção social, e ações que não são individuais. Então, são dois campos em que se deve atuar, mas não se pode deixar tudo nos efeitos e nas pessoas, porque o resultado disso é que os culpados de tudo são as pessoas.

Desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, estratégias amplas de promoção da saúde já vinham sendo defendidas por nações mundiais.

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2001) definiu como condições fundamentais para a saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e a equidade. Este documento ainda definiu que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, que as ações de promoção da saúde têm como objetivo diminuir as diferenças no estado de saúde das pessoas, assim como assegurar oportunidades e recursos igualitários, para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde, e que não é somente o setor saúde que assegura as condições para a mesma. De acordo com a Carta de Ottawa a promoção da saúde deve demandar uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, com a promoção da saúde indo além dos cuidados de saúde. Ela mobiliza políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, para que aceitem suas responsabilidades políticas com a saúde. O documento em questão ainda estabelece que a abordagem sócia ecológica da saúde leve em conta a ligação entre população e seu meio ambiente e prevê a proteção deste e a conservação dos recursos naturais. Essa abordagem deve fazer parte de qualquer estratégia de promoção da

¹⁵ Trecho de depoimento de usuário coletado em 06/01/2012

¹⁶ Jaime Breihl é médico equatoriano, PhD em Epidemiologia e mestre em Medicina Social. É professor e diretor da área de saúde da Universidad Andina Simón Bolívar, Equador. Trecho de entrevista concedida a Cátia Guimarães e Raquel Junia em 2011 na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde realizada no Rio de Janeiro.

saúde. Defende também que a promoção da saúde leva em conta ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação e que a capacitação de pessoas é essencial durante toda a vida. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários no enfrentamento de doenças. Ainda segundo o documento, a reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo. Por fim, a Carta de Ottawa destaca que cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde.

No Brasil as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde foram as seguintes:

Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde; Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário; Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas e Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006).

Pensando nestas diretrizes algumas ações específicas foram priorizadas para o biênio 2006-2007 como alimentação saudável, atividade física, prevenção do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso de álcool, drogas e acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a Portaria nº 687 de 2006 – que aprova a Política de Promoção da Saúde – foi considerada na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012) que contempla a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 – que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – e também a Portaria nº 978 de 16 de maio de 2012 – que define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família,

equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Conforme trechos de depoimentos de ACS, as ações de promoção da saúde citadas na página anterior foram pouco trabalhadas junto à comunidade. As razões para isso, segundo os profissionais, foram “[...] a gente não tem mais tempo para outra coisa a não ser trabalhar com a prevenção da dengue”¹⁷, “[...] não existe mais prevenção. Trabalhamos somente com demanda”¹⁸, “[...] eu gostaria de trabalhar mais orientações, mas hoje a regra é dengue”¹⁹ e “[...] tem que fazer promoção de saúde como eu vi nas atribuições. Mas hoje é só dengue”²⁰.

Quando estivemos em campo, pudemos presenciar longas filas por atendimento na USF de nossa pesquisa, acarretando aos membros da equipe de saúde uma sobrecarga com as demandas locais. Sabemos que a demanda organizada é o atendimento de consultas agendadas com os profissionais de saúde que compõem a equipe e a demanda espontânea é o atendimento aos casos agudos de pessoas que buscam diariamente a unidade.

Também achamos importante apresentar a seguir alguns trechos relevantes da entrevista com outra ACS, concedida em novembro de 2011, na unidade de saúde, que ilustram o contexto do mundo do trabalho e seu entendimento sobre o processo saúde-doença:

[...] processo saúde doença seria mais, né, trabalhar a prevenção da saúde que é uma coisa que não acontece mais hoje. Eu não trabalho mais com saúde e doença. Eu trabalho com prevenção. Eu trabalho só com Dengue [...]. Seria para eu trabalhar saúde, doença e prevenção. Não trabalho mais. Faço Dengue [...]. Porque a gente não tem mais prevenção. Não tem muito tempo. É cobrado Dengue [...]. Faço oito horas todos os dias. Tenho que trabalhar com a Dengue. À tarde tenho outros processos de trabalho [...]. Quando eu entrei aqui falavam posto de saúde da família. Hoje em dia eu costumo dizer: não existe mais isso [...]. A gente trabalha prevenção e o combate [...] que não é meu serviço, mas eu faço isso [...]. Eu queria trabalhar a prevenção, antes do paciente ficar doente e precisar do posto realmente neste sentido de só medicamento: caminhar, como se prevenir, a alimentação. É o que eu fazia [...]. São coisas que a gente não faz mais [...]. Eu uso o posto de saúde muito pouco. Eu não uso prevenção porque não tem prevenção, gente! Essa é a proposta: que existe prevenção no posto! Não existe mais! Nós trabalhamos com demanda. Nós trabalhamos com o que tem agora [...]. Prevenção... eu não vejo isso. Bem que a gente queria. Todos os profissionais. A gente queria isso né! A teoria é uma coisa e na prática a gente faz outra, infelizmente. Eu sinceramente acho que o SUS fica muito a desejar [...]. Sinceramente, graças à Deus, meus pais não precisam dele. Meu pai tem um convênio [...]. Eu e minha filha não. Pela idade deles eu agradeço por não precisar do SUS, porque é muito a desejar mesmo. A gente vê né, as

¹⁷ Trecho de depoimento de agente comunitário de saúde coletado em 07/11/2011.

¹⁸ Trecho de depoimento de agente comunitário de saúde coletado em 08/11/2011

¹⁹ Trecho de depoimento de agente comunitário de saúde coletado em 07/11/2011

²⁰ Trecho de depoimento de agente comunitário de saúde coletado em 08/11/2011

peessoas, o sacrifício que elas fazem, o que a gente luta para conseguir as coisas para eles e não consegue [...]. Eu tenho o tratamento que eu preciso, mas eu só trato quando tô doente mesmo [...]. Sinceramente a gente anda muito desmotivada aqui. Já defendi muito as ações de promoção de saúde. Hoje em dia não defendo mais [...].

Quando perguntamos a essa funcionária quais eram as ações de promoção da saúde que ela mais desempenhava a mesma respondeu:

Nenhuma. Só trabalho com dengue [...]. A gente já tentou, mas não desenvolveu[...]. Acho que em todo lugar o agente comunitário só trabalha com dengue [...]. Estou aqui há quase dez anos [...]. No começo a gente fazia o nosso serviço. A gente trabalhava com hipertenso, com diabético, com gestantes e crianças que é o nosso trabalho, né? Era diferente. Depois de um tempo para cá é só dengue. O meu serviço é só dengue, né? Então não se trabalha mais outra coisa [...]. Já não tem mais tempo para outra coisa [...]. Eles dizem que não existem metas, mas se você não cumpre vem a bronca [...]. É geral isso aí. É todo agente comunitário [...].

Segundo Brasil (2012) os ACS devem ter como suas atribuições específicas o trabalho com adscrição de famílias em base geográfica definida, o cadastramento de todas as pessoas de sua microárea mantendo os cadastros atualizados, a orientação de famílias quanto à utilização dos serviços de saúde que estão disponíveis, a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, o acompanhamento de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade por meio de visitas domiciliares, de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes. Ainda são atribuições do ACS, o desenvolvimento de ações que integrem equipe de saúde e a população adscrita à unidade, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de vigilância à saúde com ações educativas individuais e coletivas tanto nos domicílios como na comunidade, como por exemplo, combate a dengue, malária, leishmaniose, entre outras, sempre informando a equipe de saúde a respeito das situações de risco, a manutenção de um contato permanente com as famílias no desenvolvimento de ações educativas com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e acompanhar as pessoas com problemas de saúde, bem como o acompanhamento de qualquer programa de transferência de renda.

Compreendemos que, diante de um quadro rico de atribuições, os ACS da USF pesquisada sintam-se desmotivados no trabalho exclusivo com a dengue. Estes profissionais são capazes de contribuir com a resolução ou encaminhamento dos problemas da comunidade como um todo, juntamente com a equipe de saúde e participando do desenvolvimento de

ações intersetoriais. É urgente que se reconheça a importância dos ACS, pois, eles conhecem a realidade social justamente porque fazem parte dela.

Neste sentido é fundamental que se compreenda as relações que se estabelecem entre as condições de trabalho e o processo saúde-doença, dessa vez no contexto do trabalhador.

Constatamos também, no depoimento de uma das enfermeiras entrevistadas, que pouco se trabalhou com ações coletivas de promoção da saúde, em virtude do grande número de atendimento de demandas espontâneas e consultas agendadas, centradas principalmente na doença e no atendimento individual. Ela explicou que “[...] é difícil fazer promoção de saúde desvinculado do problema de saúde primário do paciente devido a não ter recursos humanos e a população ainda não entender o que é este processo”²¹.

A Enfermeira em questão afirma que, para ser possível realizar um trabalho voltado para a promoção da saúde fora do atendimento individual do usuário, é necessário que a equipe de saúde esteja estruturada quantitativa e qualitativamente para atender e entender essa proposta. No entanto, segundo ela, só isso não basta. É necessário que a própria população entenda a necessidade de aderir as ações que são voltadas para a melhoria da sua qualidade de vida. Podemos ilustrar essa situação na fala de outra profissional de saúde que declarou “[...] as pessoas aqui deixam tudo pra última hora. Elas não têm consciência de prevenir. Doe a aquela hora, vai só àquela hora [...]”²².

Neste sentido entendemos que deva acontecer uma nova organização dos serviços de saúde da atenção básica. Se isso não for feito, corremos o risco de apenas reproduzir o modelo de atenção curativo que caracterizava a assistência à saúde no passado. A atenção primária deve cumprir seu papel de promotora de saúde, não devendo permanecer somente nas funções de diagnóstico e tratamento, ou seja, um modelo que focalize apenas a doença. E, parece, que os poderes locais e nacionais sabem e defendem essa proposta. O que falta, então? Vontade política? Revisão do processo de trabalho das USFs?

Importante também que o modelo de vigilância à saúde, na perspectiva da saúde da família, ainda deva ser amplamente divulgado à população, a fim de que esta esteja conscientizada das vantagens da superação do modelo biomédico/ hegemônico diante do enfrentamento dos problemas de saúde advindos das condições de vida que se apresentam na sociedade atual. Neste caso, acreditamos ser relevante partirmos do conhecimento da

²¹ Trecho do depoimento de Enfermeira coletado em 16 de dezembro de 2011.

²² Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

população sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde, pois, estamos certos que a valorização cultural seja um fator de grande impacto na adoção de comportamentos de promoção e proteção da saúde. Importante ainda a utilização de campanhas na mídia sobre o assunto e a participação efetiva da população nas decisões de saúde, educação, organização dos serviços assistenciais em todos os níveis. Mas, não se pode parar as demandas para, primeiro, conscientizar a população. O que fazer então?

Após a fundamentação teórica que trouxemos nessa seção e que acreditamos contribuir para a compreensão do imaginário social sobre o processo saúde-doença e ações de promoção da saúde, passaremos a apresentar e discutir, a seguir, os achados de nossa pesquisa sobre essa temática.

4 O IMAGINÁRIO SOCIAL SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMUNIDADE E EQUIPE DE SAÚDE

Neste capítulo faremos a apresentação do imaginário social. Primeiramente serão apresentados depoimentos, que pensamos representar o imaginário sobre o processo saúde-doença da comunidade pertencente à área de abrangência da USF pesquisada e da equipe de saúde que nela trabalha. A seguir faremos a apresentação dos depoimentos que pensamos representar o imaginário sobre as ações de promoção da saúde desta mesma comunidade e profissionais.

Preferimos esta ordem de apresentação – processo saúde doença e ações de promoção da saúde – por entendermos que estas últimas são medidas adotadas para melhorar a qualidade de vida da população e que têm impacto sobre o processo saúde-doença.

4.1 Processo saúde-doença

Utilizando o roteiro de entrevista elaborado para dialogar com a comunidade, a mesma atribuiu o processo saúde-doença aos seus estilos de vida, tais como tipo de trabalho exercido, falta de descanso adequado, extravagâncias alimentares, excesso de bebidas alcoólicas na juventude, cansaço recorrente devido às múltiplas jornadas de trabalho, aos percursos diários distantes em transporte público e a falta de recursos para o lazer, entre outros fatores. Muitos de nossos entrevistados exercem ou exerceram trabalho físico desgastante ao longo de suas vidas como, por exemplo, o trabalho das diaristas em casas de família realizando faxinas, em lavouras e roças, catadores de papelão e funcionário da coleta pública municipal de lixo. Diante desta situação compreendemos quando estes moradores atribuem o processo de adoecimento às condições de trabalho.

Penso ser necessário nesta interpretação fazer uma diferenciação entre estilo de vida e modo de vida.

Para Breihl

O estilo de vida é um campo de livre decisão das pessoas, mas você não pode tomar decisões absolutamente livres porque você está determinado socialmente, portanto, sua classe social tem um modo de vida.

Em seus depoimentos, os usuários também atribuíram o processo saúde-doença ao tipo de alimentação ingerida como, por exemplo, a “carne gorda” e outras situações como

“[...] o alimento hoje é todo contaminado, venenoso [...]”²³ e “[...] alimentação ruim”²⁴. Eles afirmam que os alimentos contaminados e venenosos são causa de doença, bem como a ingestão de gorduras. Compreendemos, portanto, que a adoção de uma alimentação saudável é da não livre escolha das pessoas. Ter alimentos livres de contaminação e veneno, como os agrotóxicos que hoje são amplamente utilizados, depende de políticas públicas que regulamentem e fiscalizem a prática da utilização desses produtos. Portanto, para alguns destes sujeitos de pesquisa, a determinação do estado de saúde e doença é também social, pois, vai além da vontade e autonomia individuais, e além da falta de informação na preparação de uma alimentação saudável e de baixo custo que pode ser aprendida.

As medidas higiênicas também foram relacionadas ao processo saúde-doença pela comunidade assistida pela USF tais como, tomar banho corporal todos os dias, realizar o corte das unhas e evitar andar descalço em terrenos sujos. Quando estivemos em campo muitos moradores disseram sentir-se incomodados com a sujeira espalhada pelas ruas e terrenos dos bairros pertencentes ao posto de saúde local. Explicaram-nos que são os próprios moradores desta comunidade que jogam entulhos nos terrenos vazios, mesmo havendo coleta pública de lixo três vezes por semana. Estes moradores relataram também, ser grande a quantidade de animais e insetos peçonhentos nas ruas e dentro das residências, devido à sujeira que fica exposta e acumulada. Outra situação referida pelos moradores locais foi o aumento do número de insetos transmissores de doenças causadas pelo acúmulo de papelão nos barracos de moradores que trabalham com materiais recicláveis. Podemos entender que, para os moradores que relataram este problema, a situação da exposição do lixo é um fator de risco para aquisição de doenças.

Outra perspectiva dos moradores relacionada ao processo saúde-doença foi o uso abusivo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o uso de drogas ilícitas.

Os hábitos de vida saudáveis como as caminhadas ao ar livre e a prática regular de exercícios físicos também foram citados, como fatores relacionados ao processo saúde-doença. Eles acreditam que a prática do exercício físico, aliada ao contato com a natureza proporcione bem estar físico e mental, contribuindo para uma boa condição de saúde. A USF organizou um grupo de caminhada aberto aos moradores de sua área de abrangência. O grupo não prosseguiu em suas atividades e as razões já foram expostas neste trabalho.

O processo saúde-doença também foi atribuído a um elemento ou poder externos ao corpo como declarado no depoimento de uma moradora: “[...] a gente vive como Deus quer

²³ Trecho de depoimento de usuário coletado em dezembro de 2011.

²⁴ Trecho de depoimento de usuário coletado em dezembro de 2011.

[...]”²⁵. Para essa pessoa parece haver apenas a interferência externa na situação de saúde ou de doença, ficando o sujeito em situação de passividade frente a qualquer acontecimento referente ao processo saúde doença. Para a moradora em questão, parece existir algo maior, uma entidade, que comanda e determina todas as circunstâncias da vida. Isso nos remete à Laplantine (1991) que discute sobre as imputações etiológicas da doença, expondo que, no modelo exógeno, a doença tem sua origem em um agente nocivo natural e na má vontade de um poder antropomorfo, sendo nessa segunda categoria onde exemplificamos o depoimento da moradora.

Em nossa pesquisa de campo junto aos moradores, identificamos também o não conhecimento sobre o assunto quando um dos usuários afirmou “[...] não sei contar”²⁶ aquilo que lhe foi solicitado, ou seja, quando perguntamos a ele quais os fatores que produzem saúde e doença.

Identificamos ainda que pessoas da comunidade recorrem ao posto de saúde somente em casos excepcionais, como ficou ilustrado no seguinte depoimento: “[...] só procuro o posto quando tô morrendo”²⁷. Essa entrevistada afirma que procura o posto de saúde somente quando gravemente enferma ou em situação de quase morte.

O conteúdo destes depoimentos nos faz perceber que existe um vínculo frágil formado entre alguns usuários e o serviço de saúde local. A formação de vínculo fragilizado entre a equipe de saúde e a comunidade, pode contribuir, como foi apresentado acima, para a dificuldade do usuário em explicar o processo saúde-doença. A falta ou a deficiência na divulgação de outras ações que não as curativas, por parte do posto de saúde, reforçam o interesse da comunidade pela assistência curativa, voltada apenas para a doença onde as ações preventivas e de promoção da saúde são desconhecidas da população.

Outro grupo de moradores entrevistados preferiu explicar o quê é saúde e o quê é doença, quando perguntamos a eles quais os fatores que produzem o estado de saúde e de doença na população. Seus depoimentos mostraram que a saúde é: ter um bom relacionamento com as pessoas da família; a ausência de dor; o recebimento de um bom atendimento por parte dos serviços de saúde com uma equipe atenciosa, preparada para identificar e ajudar na resolução de suas necessidades, realizando consultas, exames preventivos e oferecendo acesso a medicamentos; uma alimentação e água de boa qualidade; a

²⁵ Trecho de depoimento de usuário coletado em Dezembro de 2011.

²⁶ Trecho de depoimento de usuário coletado em Dezembro de 2011.

²⁷ Trecho de depoimento de usuário coletado em Dezembro de 2011.

não ingestão de alimentos gordurosos; a não exposição a condições climáticas radicais como frio e calor excessivos; a manutenção da higiene corporal com banhos diários, corte das unhas e escovação dos dentes após as refeições; a possibilidade de trabalhar naquilo que gosta para contribuir financeiramente com a família e realizar seus sonhos; a possibilidade de caminhar sem ajuda de outras pessoas e poder ir onde desejar; a boa disposição física e emocional para sair, viajar, passear, comer tudo que gosta junto com amigos e familiares ou mesmo sozinho.

Por sua vez, na visão destes mesmos moradores, a doença é: uma situação financeira precária devido aos maus salários ou desemprego; o trabalho em condições insalubres; longas jornadas e desgaste físico ocasionado por atividades que envolvam contato com excesso de peso; o desajuste emocional de ordem familiar e a dissolução de relacionamentos estáveis; o acúmulo de água parada e reservatórios que favoreçam a criação do mosquito transmissor da dengue; as situações psicológicas que levem à depressão, à baixa autoestima e à solidão; o tipo de comida e bebida ingeridas que fazem mal à saúde como gorduras, açúcares, álcool, entre outros e a ocorrência de mudanças abruptas no clima.

Pudemos compreender que o estado de saúde e de doença, para os usuários da USF, se traduz em variáveis como clima, modo de vida, tipo de alimentação, emprego, entre outros e/ou relações como o fim do casamento, bom atendimento nos serviços de saúde, condições de trabalho, entre outras. A autonomia para ir e vir, fazendo-se o que gosta, também foi apontada pelos moradores. Identificamos, portanto, existir entre eles a transmissão do saber popular em saúde, o aprendizado de uma experiência de utilização do modelo médico hegemônico e até mesmo uma visão mais ampliada de saúde que ultrapassa a dimensão biológica chegando às esferas psicológica, social e cultural. Entendemos aqui que as causas de saúde e doença são pensadas a partir da sociedade onde vivem estas pessoas, das suas relações sociais e da interação com o meio ambiente.

Foi possível compreender também que, individualmente, alguns moradores não conseguem perceber, que um número importante de variáveis está envolvido no processo de adoecimento e na manutenção de uma vida saudável. Ou seja, o processo saúde-doença envolve uma multiplicidade de fatores. Podemos exemplificar este fato com um depoimento que revelou “[...] acho que o posto existe só para cuidar de doenças [...]”²⁸. Este morador afirma que a única função do posto de saúde é cuidar de pessoas enfermas. Neste sentido é desejável que as equipes de saúde da família reflitam sobre *um fazer diferente*. O entendimento por parte das equipes, e até da comunidade, de que a saúde é um produto social

²⁸ Trecho de depoimento de usuário coletado em dezembro de 2011.

e só é alcançada por meio da articulação do setor saúde com os outros setores da sociedade, poderá contribuir no desenvolvimento de ações de promoção da saúde mais eficazes e com maior adesão e aceitação comunitárias.

Para a equipe de saúde da USF selecionada fizemos a seguinte questão aberta para cada um dos profissionais: O que você entende sobre o processo saúde-doença?

Primeiramente os profissionais relacionaram o processo saúde-doença à prevenção da saúde. Eles declararam que “[...] é o processo que vai desde a prevenção da saúde até a doença já instalada” ²⁹ e “[...] é trabalhar com prevenção da saúde [...]” ³⁰. Quando esses profissionais falam em prevenção da saúde, estariam se referindo à prevenção de doenças? Entendemos que não é possível prevenir a saúde, mas reconhecemos que podemos prevenir a doença. Já mencionamos anteriormente neste trabalho que, segundo Leavell e Clarck (1976, p. 17) a prevenção “[...] exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. Para estes autores os níveis de prevenção são classificados em três grupos: prevenção primária, secundária e terciária. No campo da prevenção primária encontramos as ações de promoção da saúde – educação sanitária, bom padrão de nutrição, condições de moradia adequadas entre outras – e as ações de proteção específica – imunizações, saneamento ambiental, proteção contra riscos ocupacionais, contra acidentes, proteção contra substâncias carcinogênicas. Da prevenção secundária fazem parte das medidas para diagnóstico precoce, pronto atendimento e limitação da invalidez. Na prevenção terciária encontram-se as ações de reabilitação.

Diante desta referência compreendemos que quando os profissionais falam em prevenção, remetem-se à doença, ou seja, a prevenção de doenças e não a prevenção da saúde como afirmaram nos seus depoimentos. Também conseguimos identificar, que eles entendem que o processo saúde-doença leva qualquer pessoa do estado de saúde para o estado de doença. No entanto, eles não conseguiram relatar quais são os determinantes deste processo.

Um dos membros integrante da equipe que participou dessa pesquisa relacionou o processo saúde-doença à origem psicológica, como ilustra um trecho de seu depoimento explicando que “[...] tudo vem da cabeça da pessoa” ³¹. Ele afirma que tudo que ocorre no organismo das pessoas está relacionado à parte emocional. Neste caso, podemos deduzir que se uma pessoa tiver bons pensamentos terá saúde, e se tiver maus pensamentos terá doença, ou seja, ter saúde ou ter doença sempre dependerá dela mesma e nunca do meio em que vive.

²⁹ Trecho de depoimento de profissional de saúde coletado em novembro de 2011.

³⁰ Trecho de depoimento de profissional de saúde coletado em novembro de 2011.

³¹ Trecho de depoimento de profissional de saúde coletado em novembro de 2011.

Outras explicações fornecidas pelos profissionais foram a satisfação ou não das necessidades no plano físico/biológico e social, condições de moradia, trabalho e contexto social como emprego, lazer, amizades, entre outros. Sabemos que a equipe de saúde da USF estudada é composta por profissionais de níveis diferentes, que vão do nível técnico profissionalizante, passando pelo nível superior, até a pós-graduação como a especialização em Saúde da Família. Isto nos leva a acreditar que alguns membros da equipe de saúde deveriam reconhecer um maior número de variáveis envolvidas na determinação de saúde e de doença, o que de fato acontece.

Assim como ocorreu quando entrevistamos um usuário do serviço de saúde, dois profissionais também não souberam responder quando lhes foi questionado sobre o que conhecem a respeito do processo saúde-doença. Um destes profissionais ocupa uma função administrativa, mas já trabalhou como ACS e o outro trabalha em atividade de apoio (limpeza), mas já prestou concurso para ACS. Estas situações demonstram a falta de aproximação destes profissionais com um conceito (processo saúde-doença) que é um norte na reorganização das ações da atenção primária, conforme já discutimos anteriormente.

Um grupo de profissionais discutiu a definição de saúde e de doença, quando perguntamos a eles o que entendiam sobre o processo saúde doença. Sobre saúde explicaram que “[...] a saúde é se sentir bem e não ter queixas [...]”³², “[...] saúde é o bem estar do corpo e da alma (espírito), ter lazer e se realizar de alguma forma [...]”³³, “[...] saúde é vida saudável e feliz [...]”³⁴.

Quanto à doença, os mesmos sujeitos disseram respectivamente que “[...] doença é quando algo perdeu o equilíbrio [...]”³⁵, “[...] doença é algo que a gente adquire [...]”³⁶ e “[...] doença é o isolamento criado pela dor do corpo ou do espírito [...]”³⁷. Eles afirmam que a doença ocorre quando há um desequilíbrio físico, mental e psicológico e que as consequências advindas deste desequilíbrio levam o indivíduo ao isolamento social. Também afirmam que a doença é uma desordem criada pelo meio externo. Entendemos, portanto, que existe a percepção, por parte destes sujeitos de pesquisa, da importância dos fatores internos e externos no processo de adoecimento.

Concluimos que, entre os integrantes da equipe de saúde, o imaginário social sobre o processo saúde-doença é diversificado. Embora o objetivo dessa pesquisa fosse compreender

³² Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

³³ Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

³⁴ Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

³⁵ Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

³⁶ Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

³⁷ Trecho de depoimento de profissional da saúde coletado em novembro de 2011.

o imaginário social da comunidade e equipe sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde, percebemos que, ao retomarmos as referências apresentadas na Seção anterior sobre o processo saúde-doença, hora a equipe aproximou-se e hora distanciou-se daquelas discussões teóricas. Pensamos que este distanciamento possa ser minimizado durante processos de capacitação profissional, com atividades que propiciem substancial conhecimento da realidade e da problemática como um todo. Pareceu haver também uma confusão entre promoção da saúde e prevenção de doenças. O esclarecimento destes conceitos – processo saúde doença, promoção da saúde e prevenção de doenças – permitirá que ações de promoção da saúde também sejam entendidas e devidamente desempenhadas, por parte da equipe, dentro da proposta da atenção primária.

4.2 Promoção da saúde

Nesta sub seção apresentamos fragmentos de depoimentos de usuários da USF que obtivemos quando perguntamos a cada um deles: o quê você gostaria que o posto de saúde fizesse para melhorar a sua qualidade de vida? Fizemos a pergunta desta forma para facilitar o diálogo e a compreensão da pergunta por parte dos moradores. As respostas foram: “[...] tem que ter pediatra [...]”, “[...] não esperar pelo atendimento [...]”, “[...] ter mais médicos [...]”, “[...] agilizar exames [...]”, “[...] atender bem a população [...]”, “[...] melhorar o atendimento [...]”, “[...] aumentar o tamanho do posto [...]” e “[...] ter ambulâncias nos postos [...]”.

Quando fizemos os agrupamentos de todos os depoimentos coletados sobre melhoria da qualidade de vida, verificamos que a maioria dos usuários entrevistados se localizou no grupo de respostas que citamos acima. Estes usuários afirmam que as ações de saúde que gostariam de receber do posto para melhorar a sua qualidade de vida são a presença de médicos especialistas, agilização e qualidade nos atendimentos, melhorias na infraestrutura da unidade de saúde e a manutenção de transporte junto à unidade para transportar os pacientes até outros serviços como pronto atendimento, pronto socorro e serviços de apoio.

Sabemos que os fatores apontados acima por estes moradores, efetivamente não ocorrem na prática das USFs. Como expusemos ao longo deste trabalho, a ESF preconiza o atendimento por um médico generalista (e não especialista) e o trabalho interdisciplinar contando com enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros. O profissional médico não é o único responsável pelo atendimento ao usuário do serviço de saúde. Quanto a isto compreendemos que, de um modo geral, a comunidade tem dificuldades

para aceitar este modelo de atenção, pois, a ESF foi implantada como modelo para reorganizar a atenção primária há anos em nosso país, assim como no município de Marília.

Em relação aos outros fatores apontados acima por estes usuários, é fato que muitas USFs estão estruturadas em instalações prediais, que não obedecem às normas da Vigilância Sanitária e que as condições de atendimento e de trabalho são precárias – como ocorreu na USF de nossa pesquisa culminando com a transferência do seu atendimento para outro local. Além dos resultados de exames que são muito demorados e em muitos casos os pacientes já não se encontram mais naquela condição clínica que gerou o pedido do exame, temos também a demora nos encaminhamentos para as especialidades médicas devido à grande demanda municipal com pouca oferta e o rodízio frequente do médico da ESF, fato esse que dificulta a formação de vínculos com a comunidade.

Frente a esta realidade compreendemos quando a comunidade associa as situações estruturais com a melhoria de sua qualidade de vida e entendemos, assim como ela, que é necessária uma melhor organização que venha ao encontro das necessidades de saúde. Concluímos então que, para esses sujeitos de pesquisa, a qualidade de vida está associada a melhores condições de atendimento, por parte da unidade e equipe de saúde da família. No entanto, para que estes usuários compreendam e aceitem a proposta da ESF, precisam estar conscientizados das vantagens da superação do antigo modelo médico hegemônico, pelo atual modelo de vigilância à saúde proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil. A proposição precisa ocorrer de fato com políticas públicas que incrementem as ações de vigilância com o efetivo controle social, campanhas educativas na mídia, nas escolas, dentro dos próprios serviços de saúde e que favoreça as condições de trabalho e de atendimento.

A contradição também apareceu nos depoimentos coletados dos moradores pertencentes à área de abrangência da USF. Outro morador, também sujeito de nossa pesquisa, relatou que gostaria que a unidade de saúde da família tivesse médicos especialistas realizando o atendimento. A contradição ficou evidente quando ele nos informou que o médico que atende pelo seu convênio particular é clínico geral. Comprovamos, então, novamente, que o discurso é um e o comportamento é outro. O morador em questão, que reside no bairro dessa pesquisa há vinte anos, deseja receber um atendimento por médico especialista no SUS, porém, aceita realizar suas consultas com o clínico geral em seu convênio. Abaixo seguem trechos do seu depoimento, coletado em 14/12/2011 em sua residência, que identificam a sua resposta quando perguntamos a ele o quê gostaria que o posto de saúde fizesse para melhorar sua qualidade de vida.

[...] bastante médico bom. Especialista mesmo [...]. Ia melhorar bastante [...]. Eu pago esse plano de saúde. Tem de tudo para mim se eu precisar [...]. O posto de saúde, se você vai lá pra marcar uma consulta, minha filha, ele marca pra dali dois a três meses. Como que você vai esperar se você tá precisando marcar pra atender amanhã? No convênio médico eu ligo lá ele já marca o dia, a hora [...]. Lá o médico é médico de tudo né? Esses tempos agora eu fui no clínico geral lá[...]

Compreendemos que a contratação de um convênio particular é uma opção para àqueles que não desejam esperar muito tempo por uma consulta médica na rede pública. Mas nem todas as pessoas terão condições financeiras para tal.

Outra perspectiva de usuário sobre qualidade de vida, diferente da maioria, evidenciou que existe a necessidade do setor de saúde se envolver com outras questões que vão além da doença. Essa situação ficou evidente quando o morador declarou que gostaria que o serviço de saúde “[...] tomasse conhecimento da situação”³⁸ e “[...] aqui tem coleta de lixo três vezes por semana, mas o povo joga lixo nas ruas e terrenos[...]”³⁹. Em sua entrevista, afirmou ainda que é frequente e grande a quantidade de lixo jogado nos terrenos e ruas do bairro pelos moradores locais, mesmo havendo coleta pública três vezes por semana.

Já apontamos anteriormente que a comunidade estudada quase não se mobiliza para resolver seus próprios problemas, e mostramos a insatisfação da líder comunitária quando explicou a não adesão às reuniões para discutir os problemas gerais do bairro. Conforme foi citado nesse trabalho sabemos que, para que a ESF seja eficaz em suas propostas, é necessária a participação ativa da comunidade junto com a equipe de saúde no enfrentamento de seus problemas. Dessa forma, compreendemos porque esse morador nos deu sua resposta dessa forma.

O desejo por um tratamento individualizado e humanizado foi outra forma de perceber como a unidade de saúde poderia promover a melhoria na qualidade de vida para um morador há quatorze anos no bairro e usuário da USF. A seguir destacamos trechos de seu depoimento coletado em 11/01/2012, em sua residência:

[...] que mudasse, assim, o tratamento em relação às pessoas. Os remédios que eles dão é sempre os mesmos. Eu acho que o governo deveria mandar outros, como é que se diz assim, outros remédios para cuidar dos doentes mais pobres, né? Porque você vai lá e ele sempre dá diclofenaco. É sempre aquele AAS. Só essas coisas que dão. O sangue tá acostumado com aquele remédio que não cura a doença que se tem, entende? Não cura. Você fica ali. Você vai hoje, amanhã. É onde o sê é mal tratado [...]. Esses médicos que tão

³⁸ Trecho de depoimento de usuário coletado em janeiro de 2012.

³⁹ Trecho de depoimento de usuário coletado em janeiro de 2012.

aí não receitam nem remédio de verme. É sempre aquele diclofenaco [...]. Sê chega lá eles colocam uns médicos aí que não quer te dá remédio. Simplesmente ele olha na sua ficha e fala assim: você não tem nada. Vai pra casa. Quando é dois, três dias depois ou você morreu ou...Nem conversa. Sê chega lá ele tá lá marrudo lá [...]. Esses médicos de agora são marrudos [...]. É uma falta de educação [...]. Ele manda você passar pela enfermeira. É ela que escreve lá o que você tá sentindo. Chega lá ele demora pra te atender. Lê rapidinho porque eles já são práticos nisso. O sê tá falando e ele diz: mais algum problema?[...] Não dá aquela explicação [...].

O morador em questão afirma em seu depoimento que gostaria que mudasse o tratamento em relação às pessoas atendidas pelo médico. Ele explica que o governo deveria mandar outros remédios para o tratamento dos pacientes em situação de maior vulnerabilidade econômica e social, porque os remédios que os médicos prescrevem são sempre os mesmos: o diclofenaco e o AAS. Para auxiliar no entendimento da indicação dos dois medicamentos, pesquisamos nas respectivas bulas que, o diclofenaco é um medicamento do grupo antiinflamatório com ação analgésica, antiinflamatória e anti-reumática e o ácido acetil salicílico (AAS) é um medicamento do grupo antiinflamatório com propriedades analgésica, anti-pirética, antiinflamatória e inibidor da agregação plaquetária. O morador em questão também afirma que o sangue do doente já se acostumou com esses medicamentos, que não curam mais a sua doença, o que o obriga a retornar sempre à unidade de saúde sendo, então, mal tratado pelo médico. Explica ainda que os médicos que atualmente atendem na USF não receitam remédios, inclusive para vermes, dizendo ao paciente que ele não tem nada e o dispensando para casa. Ele próprio se contradiz quando cita o AAS e o diclofenaco e afirma que os médicos não prescrevem nenhum tipo de medicamento ao paciente. Por fim, esse usuário do serviço de saúde afirma que os médicos não conversam suficientemente com cada pessoa e que existe uma demora excessiva para o início dos atendimentos, o que considera uma falta de respeito com o paciente.

A proximidade física entre a unidade e o usuário do serviço de saúde foi outra ação de melhoria da qualidade de vida desejada por moradores participantes de nossa pesquisa. Esta situação ficou demonstrada em trechos de depoimento coletado em 13/12/2011, na residência de uma moradora, os quais transcrevemos logo abaixo:

[...] eu fiquei muito chateada de saber que o posto vai sair daqui. Pra nós que mora aqui em baixo é difícil subir até lá em cima. Imagina chegar até lá então? Aqui passa ônibus mas não é todo dia que ele passa. Ele passa lá perto do Pequeno Cidadão [...]. Mas não é todo dia que a gente tem o dinheiro pra chegar até lá, né? É complicado [...]. Eu queria que o posto continuasse aqui nesse mesmo lugar porque é muito mais fácil pra gente [...]. Eu não queria que ele saísse daí. Aqui tem gente idoso, acamado. Se sair

daqui vai ficar muito mais longe [...]. Vai ter que ir à pé. Às vezes eu preciso de um encaminhamento. Eu passo muito mal do estômago. É muita dor [...]. Imagina quando o posto sair daqui? Como vou chegar lá? Eu vou ter que ir direto pro hospital sem o encaminhamento [...].

O lazer e a socialização foram apontados também como ações de melhoria da qualidade de vida para um morador do bairro. Em seu depoimento coletado em 16/01/2012 o morador em questão afirmou que:

[...] pelo menos algumas gincanas, [...] atividades na praça com crianças, usando espaço público ou centro comunitário. Alguma coisa assim que mostrasse que a saúde do bairro tá sendo uma preocupação [...]. Criar centros de lazer com equipamentos pra atividades ou mesmo, eventualmente, fechar alguma rua [...]. Mesmo que comece aos poucos e devagar, mas promover atividades. Manter a idéia de que é necessário a pessoa ter uma atividade [...]. Desde que tire a pessoa de casa, que agrupe elas. Que coloque em contato com outras pessoas. Que troque idéias. A pessoa fica sabendo o que a outra tá passando, né? Promover a amizade [...]. Por quê que hoje eu vejo o surgimento de tantas igrejas? Porque as pessoas tão sentindo falta de pequenos grupos [...] onde as pessoas são chamadas pelo nome, são conhecidas, se sentem estimadas, conhecidas pelo que fazem. Eu acho que as igrejas, elas estão desempenhando hoje um papel social nesse sentido. Elas estão incentivando as pessoas a ocuparem um trabalho dentro da igreja [...]. São responsáveis por uma atividade, se sentem úteis e são grupos pequenos. A pessoa é lembrada, é chamada pelo nome. Às vezes tem um abraço semanal de alguém, um colega, um irmão, um pastor. A igreja antes de ser um grupo religioso é um grupo social [...].

Compreendemos, no depoimento desse morador e usuário da unidade de saúde, o desejo de recuperar o modo de vida do passado, onde as pessoas eram mais próximas e solidárias entre si.

Quando coletamos os depoimentos do grupo de adolescentes identificamos que, para eles, a melhoria na qualidade de vida refere-se ao encaminhamento para o mercado de trabalho, o que refletiu a realidade sócio econômica do bairro. Também identificamos em seus dizeres, o desejo e a necessidade de assistir palestras informativas não só na Casa do Pequeno Cidadão, mas também na unidade de saúde. Eles disseram “[...] na casa do pequeno cidadão recebo orientações sobre alimentação saudável. Tem que cortar refrigerante e doce”⁴⁰, “[...] há palestras na casa do pequeno cidadão sobre leis de trânsito e meio ambiente”⁴¹, “[...] eu gostaria que o posto de saúde fizesse palestras sobre uso de drogas. Se o posto me convidasse

⁴⁰ Trecho de depoimento de adolescente coletado em 06/12/2011.

⁴¹ Trecho de depoimento de adolescente coletado em 06/12/2011.

eu ia”⁴² e “[...] me encaminhar para um trabalho. Eu quero ajudar a minha família. Quero comprar roupa para meu pai e minha mãe”⁴³.

Por sua vez a equipe de saúde da USF explicou o que pensa sobre as ações de promoção da saúde. Para ela estas ações dizem respeito: a formação de grupos de caminhada e alimentação saudável, a prevenção de doenças, à escuta atenta das necessidades de saúde dos indivíduos para planejar ações que contemplem seus problemas, à oportunidades de proporcionar à comunidade o aprendizado de um ofício que proporcione uma fonte de renda para o sustento da família, ao lazer, à melhoria na infraestrutura do posto com fornecimento de medicamentos e capacitação da equipe de saúde para melhorar o atendimento à população, à melhoria das condições de trabalho, à garantia de boas condições de vida, à melhoria do vínculo com os usuários do SUS que hoje se mostra fragilizado, à capacidade de reconhecer o paciente como uma pessoa integral nas suas necessidades bio-psico-social, à assistência adequada aos grupos de patologias já existentes como os de diabéticos e hipertensos e contar com a ajuda mais efetiva dos ACS na promoção da saúde bucal – situação essa apontada pela auxiliar de saúde bucal da unidade. Ou seja, as concepções sobre a promoção da saúde da equipe vão de encontro àquilo que a população espera também. Então, por que não acontece?

A mudança nos hábitos de vida também foi outra representação do imaginário obtida entre os profissionais da equipe de saúde. Um de seus membros declarou, em 08/11/2011:

Eu penso que assim, buscar né, mudanças de vida, né? Mudar hábitos alimentares, mudar estilo mesmo. Não ser sedentário né? Então a gente promover esse tipo de coisa, dentro da unidade, né? O certo seria né, a gente fazer um grupo de uma alimentação saudável, dicas, né? É estar promovendo essas coisas dentro da comunidade, né? Um grupo de caminhada. Um grupo de alongamento, né? Colocar a população pra se movimentar, né? [...] Buscar o bem estar, a mudança de vida mesmo, mudar de hábitos as pessoas, né?

Outra visão sobre promoção da saúde identificada em membro da equipe da USF pesquisada foi a informação. Este depoimento foi coletado em 08/11/2011, dentro da unidade de saúde:

Promoção de saúde é informação, né? [...] a gente que tem informação levar pra quem não tem né? Pra promover a saúde no caso. Promover é informação. Eu acho que tudo é informação. Informação, assim, de reunião né? De busca ativa de saúde. Quem precisa de saúde a gente sabe né? Quem se interessa na saúde e quem não se interessa. A gente informa mas a pessoa

⁴² Trecho de depoimento de adolescente coletado em 06/12/2011.

⁴³ Trecho de depoimento de adolescente coletado em 06/12/2011.

tem que se interessar , né? Querer saber da sua doença . No caso a gente tá fazendo a promoção, né?[...] A gente já tá estudando os grupos, né, na unidade. Eu acho que ajuda bastante na informação pra poder promover saúde de quem tá interessado a ter saúde, porque tem pessoa que não se interessa nisso né, na informação.

Esta integrante da equipe de saúde afirma que a promoção da saúde é levar a informação para as pessoas que não a possuem. Ela explica ainda que para transmitir a informação, as pessoas devem mostrar interesse em recebê-las. Sabemos da importância das ações informativas e acreditamos que também é função da equipe motivar e estimular a comunidade para que a mesma participe efetivamente dessas atividades. Dessa forma entendemos que a transmissão das informações seja extensiva a comunidade como um todo, não ficando restrita apenas a uma parte que demonstre interesse.

Quanto à prevenção de doenças os profissionais fizeram menção ao diabetes e à hipertensão arterial e explicaram que no passado era possível realizar o trabalho em grupos, dentro da unidade de saúde, para discutir a prevenção e o controle dessas doenças. Atualmente a demanda excessiva de atendimentos voltados para diagnóstico e tratamento, além do controle da dengue não permitem mais a realização do trabalho preventivo e de promoção da saúde com grupos internos.

Ao chegarmos em campo verificamos que estava em funcionamento na USF um grupo de crochê composto por mulheres moradoras que utilizavam esse aprendizado como fonte de renda, alguns profissionais da unidade, além de outros colaboradores. Mas o objetivo maior desses encontros era proporcionar a essas usuárias do serviço de saúde a oportunidade de conversarem sobre a vida, sobre suas experiências familiares, suas vivências e dificuldades. Quando conversamos com uma moradora participante deste grupo, ela relatou-nos que cada vez que comparecia aos encontros e compartilhava suas experiências de vida, sentia-se mais tranquila e encorajada no enfrentamento dos problemas cotidianos. O que os componentes do grupo faziam era compartilhar ajuda mútua quando se encontravam para essa atividade.

Na antiga instalação da USF, onde iniciamos nosso trabalho de campo, as condições eram precárias. O local era pequeno, apertado, com pouca ventilação, as paredes estavam emboloradas de mofo. Posteriormente à coleta dos depoimentos, houve a transferência para outro local onde o objetivo foi proporcionar melhores condições sanitárias de funcionamento e atendimento, como também melhores condições de trabalho para a equipe de saúde. No entanto, o acesso para os usuários ficou mais difícil.

Desta forma, compreendemos pelos depoimentos dos profissionais e pelo contexto das condições de trabalho e de funcionamento da USF, que para eles as ações de promoção da saúde são ações que estão voltadas para a comunidade e também para os próprios integrantes da equipe.

Compartilhamos com estes entrevistados que a qualidade de vida e de trabalho dos profissionais da saúde interfere na qualidade do atendimento prestado ao usuário do SUS.

Sobre as ações de promoção da saúde propostas pela Portaria 687, a ex-presidente da associação local de moradores explicou-nos que a gestão do município de Marília tem promovido momentos para colocar em prática àquelas ações. Atualmente ela é membro ativo e atuante do Conselho Municipal do Meio Ambiente, do Conselho de Segurança, do Conselho de Habitação, do Setor de Alimentação Escolar e do Conselho da Criança e do Adolescente. Compreendemos então, que, se as discussões sobre violência, desenvolvimento sustentável, condições de moradia, entre outras, não ocorrem dentro da unidade de saúde, ocorrem a nível municipal.

Embora não tivéssemos conhecimento de um programa que definisse e estruturasse as ações de promoção da saúde, na USF dessa pesquisa, mostraremos a seguir trechos de depoimentos, aleatoriamente escolhidos, que são na visão dos profissionais as ações que eles mais praticam como sendo promoção da saúde⁴⁴. Dessa forma podemos fazer uma análise comparativa entre o imaginário e a prática efetiva destas ações.

CM – Quais as ações de promoção da saúde você tem desempenhado nesse local?

A. Enf. - A gente faz visita domiciliar, a gente orienta, explica o que deve fazer. Por exemplo, paciente com diabetes o que ele pode ou não pode. Se têm outras pessoas na família, vamos orientar então que esses outros pacientes não venham desenvolver uma diabetes, uma hipertensão ou uma gravidez indesejada em uma adolescente dentro de uma família [...]. Mas é complicado.

CM – Você tem a colaboração da população em relação a isso?

A. Enf. – Pouca. Muito pouca.

CM - Por quê?

⁴⁴ Claudia Mello (CM)
Auxiliar de Enfermagem (A.Enf.)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)
Enfermeiro (E)
Dentista (D)
Médico (M)
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

A.Enf. – Acho que é uma questão de meio, né? Eles já vêm com ideia formada já desde pequenos que aquela síndrome eu nasci assim, eu cresci assim, eu vou morrer assim. É muito difícil você mudar isso no ser humano, essa ideia fixa que ele já tem. Acha que tá bom assim. Que não precisa ser mudado.

A A.Enf., que está há três anos na ESF, acredita que as pessoas estão conformadas com seu antigo problema e não querem melhorar sua condição de saúde e de doença. Foi possível compreender no depoimento desta profissional que a adesão ou não às orientações dadas aos moradores atendidos pela USF está diretamente ligada ao contexto sociocultural no qual estão inseridas as famílias atendidas pela USF.

CM – Quais as ações de promoção da saúde que você tem desempenhado nesse local?

ACS – São as visitas domiciliares na base da orientação. A conversa, o diálogo [...]. Você vai conversando sobre o que você sabe o que você conhece. O que você não conhece você procura alguém que possa te orientar né? Pra poder esclarecer para essa pessoa [...].

CM – Você tem participado, ou já participou de alguma atividade do posto que envolva orientação sobre alimentação saudável?

ACS – Já. Já participei [...]. Mas a população não adere né? Acabou ficando entre nós mesmos funcionários [...]. Então chamamos as gestantes, mas nenhuma compareceu, né? Aí a gente teve a idéia de confeccionar cartazes espalhando receitas saudáveis na unidade [...]. Aqui percebo que é muito pouco se promovendo. Só quando tem, assim, o dia da alimentação saudável. Aí a gente promove [...]. No dia a dia a gente dá prioridade pras coisas do momento [...], a demanda.

CM – Já participou de alguma atividade organizada pelo posto sobre atividade física?

ACS – Já. A gente começou com grupo de caminhada, mas também não teve adesão.

CM – Por quê?

ACS – Não sei. Sempre vinham, começava com grupo de três mulheres. Aí umas falavam que preferiam caminhar mais cedo. A gente começava às 7h 30min. [...]. Algumas preferiam que fosse mais cedo, mas pra gente já não dava, né? Aí algumas continuaram sozinhas, por conta. Aí o grupo foi... . Vinha uma pessoa. Aí o grupo se desmotiva, né? Aí acabou né?

CM – Já participou ou participa de alguma atividade organizada pelo posto sobre o combate ao uso de álcool, drogas ou combate à violência?

ACS – Não.

CM – Já participaram de alguma atividade de educação no trânsito?

ACS – Não. Na unidade não.

CM – Já realizaram alguma atividade que tenha a ver com ambiente saudável?

ACS – Também não. Não.

Quando perguntamos a essa funcionária se participou de alguma atividade desenvolvida pelo posto de saúde sobre atividade física, contou-nos sobre o grupo de caminhada. Já quando perguntamos para a ACS se já participou, junto com a equipe, de atividades de promoção da saúde como uso de álcool, drogas, combate à violência e cuidados com o meio ambiente, respondeu-nos que não. Vale lembrar aqui que essas ações foram propostas na Portaria 687, do Ministério da Saúde, conforme citamos na Seção 3 desse trabalho.

CM – Quais as ações de promoção da saúde você tem desempenhado aqui nesse local?

E – A gente tem esse grupo de mulheres que se reúnem pra falar um pouquinho da vida. Também é o espaço é, algumas aprendem tricô/crochê nesse espaço [...], o grupo de gestantes que a gente usa pra trocar experiências, tentar aliviar os medos, ansiedades [...]. Pro ano que vem a gente vai retomar o grupo de hipertensos e diabéticos, mas efetivo é isso.

A enfermeira da unidade, que está na ESF desde 2006, afirmou que as ações de promoção da saúde que tem desempenhado atualmente de forma efetiva são o grupo de tricô e crochê e o de gestantes. A enfermeira afirmou ainda que o grupo de gestantes proporciona a troca de experiências diminuindo, entre elas, os medos e ansiedades que sentiam. Esta profissional relatou que para o ano de 2012 será retomado o grupo de hipertensos e diabéticos. Sabemos que a rotina atual dessa USF é caracterizada pelo número excessivo de atendimentos individuais pautados na doença. Então, foi possível perceber a intenção que existe por parte da profissional em trabalhar de forma mais ampliada com as ações de promoção da saúde dentro da unidade em que atua. Mas será que isso é possível frente à demanda que se apresenta nessa unidade de saúde atualmente? Uma reorganização no processo de trabalho da equipe poderá favorecer a atuação profissional junto às atividades coletivas de promoção da saúde?

CM – Quais as ações de promoção da saúde você tem desempenhado aqui nesse local?

D – Parte de escovação e orientação também. Não só a parte da promoção como também prevenção tanto individual quanto coletivo, grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos que a gente possui nesta unidade.

CM – Quais as ações de promoção da saúde você tem desempenhado aqui nesse local?

M – Isso engloba todas as consultas médicas que a gente faz a consulta em si, a orientação geral que a gente dá para cada um dos pacientes, orientações no sentido de promover esta saúde, prevenir os agravos à saúde, são orientações alimentares, de atividades físicas, de adesão ao tratamento medicamentoso quando é o caso, de controles periódicos, exames. É toda uma atitude de esclarecimento né frente ao usuário, ao paciente. É convencer ele a adotar essas medidas todas.

O médico em questão afirma que desenvolve ações de promoção da saúde como, por exemplo, orientações de hábitos saudáveis de alimentação, da prática diária de exercícios físicos, da importância de realizar o tratamento médico corretamente, entre outras, em todos os seus atendimentos individuais. Afirmou também fornecer nas consultas, orientações que evitam o comprometimento e risco à saúde de seus pacientes, com base no esclarecimento e convencimento. Entendemos que, para esse profissional, todas as suas ações promovem a saúde do usuário, melhorando sua qualidade de vida.

O que chamou a nossa atenção foi a última frase onde o médico utilizou a palavra “convencer”. Preferimos, em nossa pesquisa, adotar o termo *conscientizar* no lugar de *convencer*. Justificamos isso porque a ESF preconiza um novo modelo de relação entre profissionais de saúde e usuários levando-se em conta o vínculo formado entre eles. Como já explicado na Seção 2, o modelo médico hegemônico que caracterizou a assistência à saúde no passado, deve ser superado. Afinal de contas, é o paciente quem deveria fazer a escolha final sobre seu tratamento.

CM – Quais as ações de promoção da saúde que você tem desempenhado aqui nesse local?

ASB – Quando eu entrei aqui a gente fazia caminhada. Tinha um grupo de caminhada. Eram dezesseis mulheres [...] que tinham alguns problemas, a maioria com problemas de coluna, algumas esperando encaminhamento para o profissional e isso, considero como promoção porque eu tive relatos de pressão que regulou diabetes tudo controlada. Mas o que mais me chamou atenção foi uma mulher encurvada que pediu pra que passasse a vaga dela da ortopedia por causa dos alongamentos e da caminhada que ela fez [...]. Com relação às gestantes, quando ela acaba o tratamento a gente orienta que alimento que ela deve fornecer ao seu filho né? [...], no desenvolvimento da

fala, dos músculos da criança, a importância da amamentação [...]. Orienta a estar vindo ao programa bebê dente, que é um programa de ação pra que seus filhos não venham fazer depois [...] o remediar [...]. Temos um programa muito bom, o Sorria Marília que a gente pensa que não, mas as crianças vêm no nosso consultório e dizem: olha eu aprendi isso [...].

Como pudemos verificar nos depoimentos, por mais diferentes que sejam essas atividades, entendidas como promotoras da saúde pelos profissionais, daquelas propostas pela Portaria 687, a equipe de saúde que participou de nossa pesquisa acredita e considera serem essas as ações de promoção da saúde possíveis de serem ofertadas à comunidade, considerando seu contexto social, suas limitações quanto às condições de trabalho, de recursos materiais, financeiros e humanos.

Com relação às ações de promoção da saúde desempenhadas pelos profissionais do NASF, na USF de nossa pesquisa, a fisioterapeuta afirmou que são desenvolvidas atividades coletivas de reeducação de hábitos de vida como a correção postural, a higiene, o combate ao stress, a adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividade física.

Analisando, portanto, o imaginário social e as ações efetivas no campo da promoção da saúde, identificamos que as atividades executadas hoje pelos nossos profissionais compõem o imaginário apresentado anteriormente. Pareceu-nos, de forma geral, haver coerência entre o pensar e o fazer para os funcionários entrevistados, no campo da promoção da saúde. No entanto, a equipe de saúde entende que deva haver uma ampliação destas ações para o campo da escuta atenta aos usuários dos serviços de saúde, para a promoção do lazer e para a melhoria das condições de atendimento e de trabalho.

Dessa forma finalizamos a seção 4 onde discutimos os depoimentos que pensamos representar o imaginário social sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde na perspectiva da comunidade e equipe estudadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver esta pesquisa preocupamo-nos com abordagens teóricas e documentações oficiais nacionais e internacionais, que contribuíssem com a fundamentação dos aspectos centrais deste trabalho como o processo saúde-doença, as ações de promoção da saúde, o imaginário social, entre outros, e com reflexões e questionamentos, cujas respostas, obviamente, ainda não estão formuladas para este momento.

Como explicado na introdução desse trabalho, algumas questões do roteiro de depoimentos utilizado para a comunidade foram adaptadas para que houvesse maior clareza, na recepção das perguntas, por parte dos moradores e facilidade de diálogo.

Retomando o objetivo central desta pesquisa – a compreensão do imaginário social da comunidade e equipe de saúde sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde – entendemos que as concepções sobre o primeiro tema refletem as condições de vida, relações e mitos que traduzem e estão presentes na sociedade onde vivem estes sujeitos de pesquisa. Sobre o segundo, suas concepções refletem o desejo por melhores condições de atendimento, de trabalho e de vida.

Não houve diferenças substanciais na constituição dos imaginários da equipe de saúde e comunidade em relação à temática central.

Os profissionais apontaram, entre outras, a prevenção como entendimento do processo saúde-doença, fato que não ocorreu com os usuários da USF. Para os membros da equipe de saúde pareceu haver confusão entre promoção da saúde e prevenção de doenças. Achamos necessário trabalhar o esclarecimento destes conceitos durante momentos de educação permanente com a equipe.

O imaginário identificado sobre o processo saúde-doença na equipe de saúde foi diversificado, por vezes aproximando-se e outras, distanciando-se da literatura que apresentamos.

Pudemos compreender que a demanda excessiva de atendimentos voltados para diagnóstico e tratamento de doenças, além do controle da dengue, não permitem mais a realização do trabalho preventivo e de promoção da saúde com grupos internos e externos à unidade de saúde.

A eficácia das ações de promoção da saúde será identificada na medida em que forem assimiladas no cotidiano da comunidade, e também na prática diária do serviço de saúde. Isto significa que a comunidade deve reconhecer e apoiar a importância dessas ações

na melhoria da sua qualidade de vida e que a equipe tenha condições de praticá-las em sua rotina diária de trabalho.

Entendemos que o processo saúde-doença, também deva ser discutido no mundo do trabalho. Assim como, a população usuária dos serviços de saúde, os trabalhadores também deverão ser beneficiados com estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa medida deve proporcionar adequações necessárias para melhorar a realidade social dos membros da equipe de saúde.

Importante também que o modelo de vigilância à saúde, na perspectiva da saúde da família, ainda deva ser amplamente divulgado e negociado junto à comunidade estudada. Esta, por sua vez, deverá estar conscientizada das vantagens da superação do modelo biomédico/ hegemônico diante do enfrentamento dos problemas de saúde advindos das condições de vida que se apresentam na sociedade atual. A comunidade deve ir além: participar ativamente das discussões e ações de saúde, pois, como dissemos, esta é um produto social.

As ações intersetoriais devem ser intensificadas por parte dos serviços de saúde e reconhecidas pela comunidade local, pois são valiosas ferramentas nas negociações para alcançar a qualidade de vida. A intersetorialidade deve ser prioridade nas políticas públicas de saúde.

Entendemos que é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade. É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas apropriadas e suficientes aos modos de viver do brasileiro.

O trabalho realizado pelas equipes de saúde da família, em especial pelos ACS, deve ser cada vez mais valorizado no planejamento das ações de promoção da saúde. Estes profissionais estão em estreito contato com a população e podem coletar informações culturais de relevância para a tradução das necessidades de saúde da comunidade, assim como para a reorganização dos serviços de saúde, desde que devidamente capacitados para isto.

A compreensão do conceito de *habitus* de Bourdieu poderá nos auxiliar na reflexão do entendimento que a comunidade demonstrou sobre as ações de promoção da saúde e até sua possível *preferência* por modelos curativos, assim como na reflexão da prática e do processo histórico do sistema de serviços de saúde a fim de melhorar as condições de participação popular dentro da atenção básica.

A inclusão das Ciências Humanas dentro da grade curricular de todos os cursos de nível superior voltados para a área da saúde se faz necessária, como já acontece apenas em algumas universidades. Temas e disciplinas acadêmicos devem oferecer, de forma mais

ampla, a oportunidade de reflexão cultural e sociológica em saúde e a possibilidade de articulação teórico- prática, que justifiquem um novo modelo de planejamento das ações de saúde.

Por fim, o imaginário social identificado na população pode ser um recurso valioso para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção da saúde. Como foi dito no início desse trabalho, nos anos de 2007 e 2008 houve dificuldades, por parte da academia, em reunir a comunidade local para trabalhar essas ações.

REFERÊNCIAS

ANDERY, M. A. et al. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 7. ed. Rio de Janeiro: EDUC-Espaço e Tempo, 1996.

BERTANI, I. F. et al. **Pacto pela Saúde: conversando sobre o SUS**. Franca: Ed. da UNESP, 2010.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. 6. ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003. p. 29-38.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da Família**. Brasília, DF, 2008a. (Painel de indicadores do SUS, 4).

_____. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008b**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 11 fev. 2012.

_____. **Portaria n. 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 fev. 2012.

_____. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 29 out. 2012.

_____. Resolução CIPLAN n. 3, de 25 de março de 1981. In: _____. Ministério da Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 1987. p. 177-33.

BRONISLAW, B. **Les imaginaires sociaux**: mémoire et espoirs collectifs. Paris: Payot, 1984.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 109-124, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a09v08n1.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

CASEY, J. O significado da família. In: _____. **A história da família**. São Paulo: Ática, 1992. p. 13-28.

CHIAFARELI, C. M. et al. **Exercício de Avaliação de Planejamento em Saúde**. Marília: FAMEMA, 2011. Mimeografado.

CUSTÓDIO, M. I. F. Antropologia e saúde. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 7, n. 82, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/082/82custodio.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2010.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panaericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

EVANS-PRITCHARD. E. E. A bruxaria é um fenômeno orgânico e hereditário. In: _____. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 37-55.

FALEIROS, V. P. et al. (Org.). **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) Comentado**. Goiânia: AB, 2003. (Curso de Enfermagem).

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOLDMAN, M. “O caso Lévy-Bruhl”. In: _____. **Razão e diferença: afetividade, racionalidade e relativismo no pensamento de Lévy-Bruhl**. Rio de Janeiro: Grypho, 1994. p. 1-43.

GOMES, L. O. S.; AGUIAR, M. G. G. Programa Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 5, p. 614-619, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a04.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO R.B. **Enfermagem, cultura e o Processo Saúde-Doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 34, 2003.

JUNQUEIRA, L. A. P. Organização e prestação pública dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 52-56, ago. 1987.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. C. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v10n2/v10n2a02.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-69, mar./jun. 2001.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEAVELL, H. R.; CLARCK, E. G. Níveis de aplicação da medicina preventiva. In: _____. (Org.). **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976. p. 11-36.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: _____. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 215-236.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **I Mostra Municipal de Produção em Atenção Básica/Saúde da Família**: 10 anos de Saúde da Família/EACS: 20 anos de SUS. Marília, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 1. (Saúde Coletiva, 4).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MORAES, D. Hegemonia cultural y comunicación em el imaginario social contemporáneo. **Espéculo: Revista de estudios literarios**. Madrid, n. 35, 2007. Disponível em: <<http://www.ucm.es/info/especulo/numero35/hegecult.html>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

OLIVEIRA F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 6. n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, R. C. (Org.). **Marcel Mauss: antropologia**. São Paulo: Ática, 1979.

ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p. 7-36.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2299-2306, 2008. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

SANTOS, M. F. S. O Imaginário. In: ALMEIDA, L. M. de. (Org.). **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. da UFAL, 2005.

SILVA, G. R. As origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 91-94, 1973.

SILVA JUNIOR A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOARES DA COSTA, C. A. Antropologia e saúde: algumas considerações. **Contrubuciones a las Ciencias Sociales**, Málaga, n. 4, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/04/casc4.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

TAYLOR, P. et al. Knowledge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community. **Social Sciences & Medicine**, Oxford, v. 24, n. 7, p. 607-611, 1987.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la Salud: una antología**. Washington, DC: OPAS, 1996. p. 37-44.

THIOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5 ed. São Paulo: Polis, 1987.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez. 1994.

VIANNA, L. A. C. **Processo saúde doença**: módulo gestor. [São Paulo], [2010?]. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_6.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADA

1. O quê você entende sobre o processo saúde-doença?
2. O quê você pensa sobre as ações de promoção da saúde?
3. Como você age em relação a essas ações de promoção da saúde na sua vida pessoal?
4. Quais são os seus desempenhos nesse posto de saúde? E qual é o objetivo do seu trabalho?
5. Você defende as ações de promoção da saúde? Por quê?
6. Quais as ações de promoção da saúde você tem desempenhado nesse local?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA UTILIZADO PARA A COMUNIDADE
(USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADA)**

1. Quais os fatores que, em sua opinião, produzem o estado de saúde e de doença na população?
2. Você utiliza o posto de saúde?
3. Você acha que as ações para melhorar a qualidade de vida são funções da unidade de saúde?
4. O quê você gostaria que a unidade de saúde fizesse para melhorar a sua qualidade de vida?

OBS 1 : Elaboramos a primeira pergunta daquela forma para evitar perguntar ao usuário o quê ele entende por processo saúde-doença. Pensamos que, dessa maneira, poderíamos facilitar o diálogo e o entendimento desta pergunta por parte dos usuários.

OBS 2 : Elaboramos a quarta pergunta daquela forma para evitar perguntar ao usuário o quê ele entende por ações de promoção da saúde. Aqui também pensamos que, dessa forma, poderíamos facilitar o diálogo e o entendimento dessa pergunta por parte dos usuários.

ANEXOS

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - UNESP
(modelo disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp/campus de Marília
e utilizado em nossa pesquisa)**

Estamos realizando uma pesquisa na Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, unidade da Universidade Estadual Paulista – UNESP, intitulada “**O imaginário social sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde entre moradores e equipe de saúde em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo**” e gostaríamos que participasse da mesma. O(s) objetivo(s) desta é analisar criticamente o imaginário social da equipe de saúde e comunidade atendida por uma unidade de saúde da família do município de Marília sobre o processo saúde doença e as ações de promoção da saúde. Participar desta pesquisa é uma opção e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá perda de qualquer benefício no tratamento que estiver fazendo na unidade de saúde.

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubessem que:

- A) DESCREVER ETAPAS DA COLETA DE DADOS, DESTACANDO A DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PARA FINS CIENTÍFICOS, COMO REVISTA, CONGRESSOS E USO DE IMAGEM COM A NÃO IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO (IDENTIDADE PRESERVADA).
- B) GARANTIR ATENDIMENTO PARA AS CRIANÇAS TRIADAS OU AVALIADAS QUE APRESENTAREM ALTERAÇÕES.

Eu, _____portador do RG _____
responsável pelo (a) participante (comunidade) _____
autorizo a participar da pesquisa com o título mencionado acima. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, mentais ou no acompanhamento deste serviço. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Nome da criança (comunidade): _____

Data: _____

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através dos telefones 3451 3774 (falar com Claudia) ou 3417 3207 (falar com Christina).

ORIENTADORA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Christina de Rezende Rubim – Dep. de Sociologia e Antropologia.

DISCENTE, GRADUANDO DO CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS: Claudia Helena Mantelle Silva Mello.

Autorizo,

Data: ____/____/____

(Nome do responsável)

(Nome da criança)

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CNS⁴⁵

(Instruções para elaboração, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

O respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ ou seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) justificativa, objetivos, procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) desconforto e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) métodos alternativos existentes;
- d) forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) liberdade do sujeito em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

O termo de consentimento deve ser elaborado pelo pesquisador responsável, contendo expressamente cada um dos itens acima. Deve ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica por todos e cada um dos sujeitos. Em pesquisas envolvendo crianças, adolescentes, portadores de doença mental, deve ser assinado por seus representantes legais, sem suspensão do direito de informação dos indivíduos, no limite de sua capacidade.

Deve ainda ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

O tamanho das letras e espaçamento utilizados no termo de Consentimento deve ser tal que permita a fácil leitura.

A redação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido submetido à análise do CEP/FIMCA deve ser idêntica àquela fornecida ao sujeito da pesquisa, sendo, portanto, vedada qualquer alteração após emissão de parecer final do Comitê.

⁴⁵ http://www.fimca.com.br/uploads_editor/file/TCLE%20-%20PESSOAS%20COM%20CONDI%C3%87%C3%95ES%20DE%20MANIFESTAR%20SEU%20CONSENTIMENTO.pdf. Acesso em: 14 set. 2012.