

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

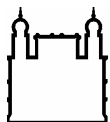
## **Atendimento em grupo na estratégia Saúde da Família: uma análise da prática educativa com grupos de hipertensos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre.

**Cristiane de Mesquita Silva**

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro  
Março/2008



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

## **Atendimento em grupo na estratégia Saúde da Família: uma análise da prática educativa com grupos de hipertensos**

**Cristiane de Mesquita Silva**

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

---

Profa. Dra. Ivani Bursztyn

---

Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares – orientadora

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à professora Maria de Fátima Lobato Tavares pelo apoio, pela atenção, pela paciência e pelo compartilhamento de seus conhecimentos que fizeram com que este trabalho crescesse, se estruturasse e chegasse à sua conclusão.

À professora Maria Helena Magalhães de Mendonça pelas orientações no projeto de qualificação.

Aos professores Carlos Otávio Fiúza Moreira e Ivani Bursztyn por aceitarem o convite para participar da banca examinadora desta dissertação.

Ao Sr. José Francisco Dias, Secretário Municipal de Saúde, à Sra. Alessandra Aparecida da Silva Nascimento, Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde e a todos os conselheiros municipais de saúde que, com sua colaboração, ajudaram a tornar possível esta pesquisa.

A todos os membros das equipes de Saúde da Família do município estudado, especialmente os médicos e enfermeiros que concederam as entrevistas que serviram de dados para este trabalho. Desejo que continuem acreditando nesta estratégia e façam-na real em cada área.

Ao Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani que, ainda na graduação, acreditou na realização desta dissertação.

A todos os colegas da turma de 2006 da área de *Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde* por ajudar a tornar esta caminhada mais leve e alegre.

Aos meus tios, Nilton e Rosana, que possibilitaram que a estada no Rio de Janeiro se assemelhasse ao aconchego de Minas.

Aos meus pais, Paulo e Raimunda, pelo incentivo e pela força, sem os quais este sonho não seria possível. Este êxito é nosso.

À minha irmã Luciana, pelas dicas, pela experiência e pela ajuda com os *abstracts* da vida acadêmica. À minha irmã Patrícia pelos belos sorrisos e por sua alegria encantadora.

Ao Pablo, anjo que surgiu na minha vida para me dar ainda mais força e por me fazer acreditar que os sonhos são passíveis de realização. Esta é mais uma de nossas vitórias.

Ao povo brasileiro, por apoiar esta pesquisa. Este trabalho foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Por fim, mas não menos importante, a Deus, por me vivificar a cada dia e possibilitar que mais este sonho se concretizasse. Sou eternamente grata.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
<b>Introdução</b> .....	9
I.1) Breve histórico sobre a descentralização e o surgimento do Saúde da Família ....	9
I.2) Sobre os atendimentos em grupo na estratégia Saúde da Família .....	19
I.3) Educação e Saúde .....	22
I.4) Delimitação do problema de investigação .....	26
I.5) Objetivos .....	27
I.6) Estruturação do estudo .....	27
<b>Capítulo II – Justificativa</b> .....	29
<b>Capítulo III – Metodologia</b> .....	31
III.1) Introdução.....	31
III.2) O método .....	32
III.3) Instrumentos metodológicos .....	32
III.4) Os sujeitos da pesquisa .....	33
III.5) Sobre a análise dos dados .....	35
<b>Capítulo IV – Resultados e discussão</b> .....	37
IV.1) Introdução .....	37
IV.2) A estratégia Saúde da Família no município em questão .....	37
IV.3) Saúde e promoção da saúde .....	40
IV.4) A estratégia Saúde da Família na visão dos profissionais de saúde .....	46
IV.5) Família como unidade de cuidado .....	50
IV.6) A prática educativa nos grupos de hipertensos .....	57

<b>Capítulo V – Considerações finais</b> .....	68
<b>Referências bibliográficas</b> .....	72
<b>Anexos</b> .....	80
Anexo I – Quadro comparativo .....	80
Anexo II – Roteiro de entrevista .....	84
Anexo II – Caracterização dos entrevistados .....	86

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de profissionais de saúde de equipes de Saúde da Família sobre a prática educativa voltada para hipertensos. Para tal, foram entrevistados seis enfermeiros e quatro médicos diretamente envolvidos com esta modalidade de cuidado em um município de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais. Foram, ainda, consultadas as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde a fim de analisar parte da história da estratégia Saúde da Família no município.

Verificou-se que os profissionais de saúde se referem à prática educativa em termos que denotam transferência de conhecimentos e práticas que visam tão-somente a alterar estilos de vida de maneira descontextualizada. Ademais, a promoção da saúde é confundida com prevenção de riscos e considerações a respeito dos determinantes sociais da saúde dos grupos atendidos geralmente não estão presentes nas falas dos entrevistados.

Diante deste quadro, concluiu-se que a organização dos serviços de saúde no município necessita ser revista, uma vez que foram recorrentes as queixas quanto à pouca atenção recebida pelo Saúde da Família em comparação com os outros serviços da rede. Ademais, a formação profissional para este tipo de cuidado precisa ser analisada, já que as competências necessárias para o trabalho de educação com grupos não foram formadas antes da inserção dos profissionais nas equipes.

**Palavras-chave:** Educação em saúde, Programa Saúde da Família, Promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the perception of healthcare professionals from Family Health Program about their education practice involving patients with hypertension. Therefore, six nurses and four physicians were interviewed. These professionals were directly involved with this kind of healthcare in a small town of Zona da Mata region in Minas Gerais state. The minutes of Municipal Health Council were also consulted to analyze part of the history of Family Health Program in that town.

The results indicated that healthcare professionals refer to education practice in terms of knowledge and practices transference that aim to change some lifestyles without considerations about the context from the patient comes. Furthermore, the concept of health promotion is confused with prevention of risks to health. In general, social determinants of health are not taken into account in their speech too.

In conclusion, the organization of healthcare services in the present town needs to be reviewed once the interviewees complained about the low attention received by Family Health Program compared with other services. Besides, professional education for this kind of healthcare needs to be analyzed since competences for group education were not formed before professionals participated in health teams.

**Key words:** Health education, Family Health Program , Health promotion



## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

### *I.1) Breve histórico sobre a descentralização e o surgimento do Saúde da Família*

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994 como uma proposta de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os objetivos estava a alteração do modelo de atenção do SUS, mas a implantação do PSF provocou mudanças também nas formas de remuneração das ações de saúde e de organização dos serviços<sup>1</sup>.

O PSF teve como antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este se inspirou nas diversas experiências de ações de saúde realizadas por agentes comunitários em algumas regiões do país<sup>1,2</sup>. Foi com o PACS que “*começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo*”<sup>1</sup> (p. 18).

Além desta, o PACS lançou outras iniciativas que foram de fundamental importância para o PSF. Entre elas destacam-se: reorganização da demanda (busca ativa de necessidades para ação preventiva), integração com a comunidade, importância do agente comunitário de saúde como colaborador no cuidado das famílias e reforço da descentralização (por contribuir para a organização do SUS nas instâncias locais)<sup>1</sup>.

Dois marcos importantes influenciaram a reorientação do modelo de atenção dos sistemas de saúde em todo o mundo.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (realizada em 1978) - cujo documento é a Declaração de Alma-Ata - estimulou os governos a adotar medidas sanitárias e sociais que fossem capazes de diminuir as desigualdades nos estados de saúde entre os povos. Para isso, os cuidados primários passaram a constituir a principal estratégia, a partir da qual seria possível: atuar sobre os principais problemas de

saúde da comunidade; fazer evoluir as condições econômicas dos países; promover a intersetorialidade para o desenvolvimento comunitário; incentivar a participação comunitária no planejamento, execução e controle dos cuidados primários, e; fortalecer a ação de profissionais de saúde nos níveis locais <sup>3</sup>.

O segundo marco foi a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986. A Carta de Ottawa – fruto desta conferência - define promoção da saúde como *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* <sup>4</sup>. Mas, para que haja a melhoria da qualidade de vida e saúde das comunidades, políticas amplas que envolvam os determinantes da saúde, precisam ser efetivadas. A Carta de Ottawa elenca os recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, justiça social e equidade. Assim, esforços de reconhecer – e atuar, junto com a população, sobre – *“os determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença”* <sup>5</sup> (p. 21), foram incentivados para que a efetiva renovação da atenção à saúde fosse realizada.

A produção teórica no Brasil das décadas de 1970 e 1980 refletia esse empenho mundial de afirmar o conceito ampliado de saúde e de incentivar as transformações do modelo de atenção e das práticas de saúde. O movimento da Reforma Sanitária brasileira propunha um novo paradigma centrado nos conceitos de determinação social das doenças e no processo de trabalho em saúde <sup>6</sup>. A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou o pilar da proposta da Reforma Sanitária. Nela iniciou-se, sem base legal, a participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde no Brasil <sup>7</sup>. Quanto à organização dos serviços, a 8ª Conferência propôs que o Sistema Nacional de Saúde se orientasse mediante integralização das ações, descentralização, regionalização e

hierarquização, participação da população, fortalecimento do papel dos municípios e introdução de práticas alternativas de assistência à saúde <sup>8</sup>.

Partindo dessas premissas que apontam a conformação das políticas de saúde no Brasil e no mundo, apresentamos a seguir iniciativas anteriores de descentralização da atenção médica e de interiorização de serviços de saúde. Esta breve apresentação descreve um panorama do quadro em que a estratégia Saúde da Família se conformou até os dias mais recentes.

Um dos primeiros empreendimentos em termos de ações públicas de saúde foi o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942. Este serviço, financiado pela Fundação Rockefeller, se inspirava no modelo norte-americano de organização e tinha como estratégias ações verticalizadas, realização de campanhas sanitárias, instalação de unidades sanitárias dispendiosas e financiamento para a construção de postos de saúde cujos gastos eram paulatinamente assumidos pelos governos estaduais e municipais. O SESP priorizou estrategicamente a região amazônica, especialmente porque a mão-de-obra dos seringais morria em função da febre-amarela e da malária, o que dificultava a produção da borracha <sup>9</sup>.

Nos anos de 1950, o SESP se expandiu e passou a oferecer serviços de atenção médica, educação sanitária, saneamento básico, combate a doenças infecto-contagiosas e desenvolvimento de pesquisas na área da medicina tropical <sup>9</sup>. O SESP, apesar de reconhecer os fatores sociais, econômicos e culturais como determinantes do processo saúde-doença, considerava o indivíduo como responsável por não responder a essas barreiras <sup>10</sup>. Naqueles tempos, a educação dos indivíduos era vista como a solução para prevenir doenças e fazer a população caminhar para um estado de saúde <sup>9</sup>.

Em 1966 unificaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo Escorel et al. <sup>11</sup>, a saúde

pública “*tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia*” (p.61). Mendes<sup>12</sup> afirma, ainda, que foi a partir da metade da década de 1960 que se expandiram os Postos de Assistência Médica (PAMs) voltados para pessoas com emprego formal <sup>12</sup>.

A primeira fase da ditadura militar até 1974 – época do milagre econômico brasileiro – se caracterizou pela expansão da assistência médica individual. Foi quando se deu o crescimento quantitativo de atos médicos, a construção de grandes hospitais, laboratórios e serviços privados (financiados pelo setor público) e o aumento de egressos das faculdades de odontologia e medicina <sup>13</sup>. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) teve início no Nordeste, mas se expandiu pelo país no final da década de 1970 como um programa de medicina simplificada <sup>12</sup>.

Na década de 1980, com a crise da Previdência Social, ampliou-se o debate sobre a descentralização - tanto assistencial quanto organizacional - da atenção à saúde. Em 1980 foi convocada pelo Ministério da Saúde a VII Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi “*A Expansão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos*” <sup>7,13</sup>. Criou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com o objetivo de efetivar a descentralização através de repasse de recursos da previdência para estados e municípios. Este projeto, no entanto, não saiu do papel. Em substituição a este, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) elaborou um plano que tentava solucionar os problemas do sistema de saúde no Brasil. Mas, num contexto de crise financeira da previdência e de legitimidade do governo federal, o CONASP manteve a preocupação de não excluir os interesses do complexo médico-previdenciário <sup>13</sup>.

A partir do plano do CONASP foi implantada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), que serviu mais para intensificar o debate sobre a democratização da saúde

do que para efetuar grandes mudanças no modelo de atenção. Apesar disso, como este foi o período de efervescência do movimento da Reforma Sanitária, algum esforço era feito no sentido de buscar a integralidade das ações e a superação da dicotomia prevenção x cura <sup>13</sup>.

A questão saúde vinha sendo altamente discutida na década de 1980 – época da Reforma Sanitária. Este período impulsionou a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em 1987.

O SUDS tinha como diretrizes: universalidade, equidade, integralidade do cuidado, regionalização, integração dos serviços de saúde, descentralização, implementação de distritos sanitários, instituição de colegiados gestores e incentivos à política de recursos humanos. Apesar destas conquistas, havia uma dificuldade de definirem-se claramente os papéis e ações de cada esfera de governo, o que gerou conflitos entre estados e municípios. O SUDS assumiu, então, um forte caráter estadualista, fazendo com que os municípios tivessem papel coadjuvante de mantenedores das normas federais <sup>13</sup>.

Com o SUS, a rede da atenção básica foi transferida para os municípios. Segundo Mendes <sup>12</sup>, o SUS aumentou não só a quantidade, mas a qualidade dos serviços da atenção básica. O que foi proposto é que a Atenção Básica (AB) fosse mais do que um nível de atenção e que ultrapassasse as ações centradas em procedimentos médicos voltados para os indivíduos. Concretizar a integralidade do cuidado passou a ser uma de suas principais metas.

Paralelamente às propostas oficiais de mudança do modelo de atenção, iniciativas locais, que contaram com o apoio de várias entidades da sociedade civil – como a Igreja Católica, universidades e associações de moradores – também contribuíram para

questionar a efetividade da assistência médica tradicional e para fortalecer a participação social <sup>14,15</sup>.

Foi diante deste quadro histórico inicial que nasceram as políticas de saúde recentes que passaram a adotar os princípios do SUS como base para sua consolidação no cotidiano dos serviços de saúde. O Programa Saúde da Família (PSF), tido atualmente como o carro-chefe da atenção básica, tem como objetivos principais a efetivação dos princípios do SUS e a reorientação do modelo assistencial da atenção básica.

A partir de 1996 as áreas cobertas pelo PSF e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começaram a se expandir. Iniciou-se também o processo de fusão destes dois programas porque, já que ambos se centravam nas famílias, no território e no trabalho dos agentes comunitários, suas ações puderam ser combinadas <sup>1</sup>.

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), fez com que o PSF se expandisse ainda mais a partir de 1998 – ano em que a NOB/96 é efetivamente implantada. Algumas inovações trazidas pelo PAB em termos de financiamento induziram a conformação do modelo de atenção centrado na Atenção Básica. Tal expansão de cobertura se deu especialmente nos municípios de pequeno e médio portes (op.cit.).

As principais novidades trazidas pelo PAB foram criações de um valor *per capita* nacional de financiamento da AB (parte fixa do PAB) e de incentivos financeiros – através do PAB variável - para outras ações da AB como: aquisição de medicamentos básicos, ações de nutrição voltadas para grupos populacionais vulneráveis e vigilância sanitária e epidemiológica. A transferência direta dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais permitiu aos municípios maior autonomia para os gastos necessários. Isso fez aumentar a adesão dos municípios à gestão da rede básica dos serviços <sup>16,17</sup>.

Outro acontecimento importante, também no ano de 1996, foi a 10ª Conferência Nacional de Saúde. Com o tema “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, a conferência enfatizou seis subtemas, dentre eles “*Recursos Humanos para a Saúde*” e “*Atenção Integral à Saúde*”<sup>7</sup>. Nesta conferência, o Sistema Único de Saúde assumiu o compromisso com a qualidade de vida das comunidades, além de ter sido reafirmado como política social que deveria garantir à população o “*acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde*”<sup>18</sup>(p.8).

A 10ª Conferência destacou ainda a atenção integral à saúde, que deve acontecer em todos os serviços nos momentos de acolhida, acesso e vínculo<sup>18</sup>. A Carta desta conferência destaca a urgência de o Estado efetivar mudanças que favoreçam a distribuição de renda, as políticas urbanas, a geração de emprego e a reforma agrária.

Em 1998 foi criado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que é um instrumento de monitoramento e avaliação das ações e serviços da AB, pactuado anualmente entre Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde<sup>19</sup>. Também neste ano foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este é um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde que deve ser alimentado mensalmente pelas equipes de Saúde da Família. O SIAB se firmou como um instrumento importante para a organização do SUS porque “*incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária*”<sup>20</sup> (sem página).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) aprofundou a regionalização e a hierarquização, além de ter atualizado as formas de habilitação dos municípios. A atenção básica se firmou como porta de entrada preferencial do sistema de saúde<sup>17</sup>. Com a NOAS 01/2001, a habilitação dos municípios para a Gestão Plena da Atenção Básica ficou condicionada ao cumprimento de sete áreas estratégicas:

eliminação da hanseníase; controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; saúde da mulher; saúde da criança, e; saúde bucal <sup>21</sup>.

No final de 2002, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Banco Mundial – BIRD, cuja duração será até 2010. Esta iniciativa visa a estimular a implementação e a consolidação do Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Devido à grande concentração populacional, à heterogeneidade das condições de vida e às formas de incentivo financeiro para a formação de equipes, o PSF nestes centros urbanos encontra dificuldades de implantação. Por isso é que o PROESF é uma iniciativa importante para estimular o Saúde da Família nestes municípios<sup>22</sup>.

Os princípios fundamentais do PROESF são: *“avanços no processo de descentralização; integralidade e hierarquização dos serviços; territorialização e cadastramento da clientela; participação e controle social [, e]; atuação com base em equipes multiprofissionais”* <sup>22</sup> (sem página).

Em 22 de fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, que visa a consolidar o SUS a partir de três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão <sup>23</sup>. Para o primeiro componente, uma das prioridades é a Atenção Básica à Saúde, cujo primeiro objetivo é a assunção da *“estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais”* <sup>23</sup>.

No mês seguinte, em 28 de março de 2006, a Portaria nº 648/GM aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Nela, definitivamente, o PSF passa de programa a estratégia e assume o *“caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional”*<sup>24</sup> (p. 20).



O anexo I apresenta um quadro comparativo entre os diferentes períodos acima citados no que diz respeito às suas características e suas principais repercussões sobre a prática educativa nos serviços de saúde e a formação profissional.

Os marcos legais descritos acima representam esforços em termos de políticas públicas para que a estratégia Saúde da Família se torne a estratégia substitutiva da rede de serviços da Atenção Básica tradicional. Ainda que a ESF tenha se expandido consideravelmente nos últimos anos, não substituiu completamente as formas de atenção tradicional.

Segundo dados do Ministério da Saúde <sup>25</sup>, em dezembro de 1998 havia 3.062 equipes implantadas em todo o território nacional. Nove anos depois já havia mais de vinte e sete mil, número correspondente a 46,62% de cobertura populacional pela estratégia Saúde da Família. Percebe-se, com esses dados, o quanto os governos federal, estadual e municipal têm apostado no Saúde da Família como a chave para a melhoria das condições de saúde da população e da reorganização do sistema de saúde. Diante dos avanços em termos de políticas de saúde e considerando a importância atribuída à atenção básica, faz-se necessário apontar alguns desafios que a estratégia Saúde da Família (ESF) enfrenta.

Há muito se sabe que o processo saúde-doença é consequência de fatores genéticos e biológicos facilitadores, mas também decorre da imbricação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Apesar de a ESF pretender considerar o *“sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural”* <sup>24</sup> (p. 10), sabe-se que os processos de trabalho das equipes ainda se orientam fortemente pelo enfoque centrado na doença, na cura e nos indivíduos.

A territorialização, o cadastramento da clientela e a priorização da família como unidade de cuidado são estratégias que permitem às equipes conhecer as relações sociais, as trajetórias de vida e a cultura dos usuários da unidade de saúde.

Argumenta-se, todavia, que as equipes de Saúde da Família cadastram e exercem o cuidado sobre as pessoas que moram num mesmo *domicílio* ou num mesmo *território*, não sobre *famílias* <sup>26</sup>.

A inserção das equipes na *comunidade* não deve forjar a idéia de homogeneidade dos grupos sociais. Quando se trata das classes populares – público prioritário da ESF – a tendência de homogeneização e de criação de estereótipos é maior.

A própria definição de família não é universal, já que famílias têm especificidades e podem ser – como o são, muitas vezes – diferentes da família nuclear considerada padrão<sup>27,28</sup>. Com isso famílias que têm uma conformação diferente daquelas consideradas “*modelo*” não raramente são tachadas de desestruturadas. Isso pode representar um motivo para que alguns profissionais de saúde atribuam às famílias incapacidade de participar do cuidado<sup>15</sup>. Outra possibilidade é quando um grupo social é rotulado como indolente porque não comparece às consultas ou às reuniões propostas pela equipe. Não são questionados os fatores que levam a tais atitudes. Está aí colocada a tão falada culpabilização da vítima <sup>29</sup>.

Outro desafio para a ESF é trabalhar com as áreas programáticas sem fazer delas seu único eixo de atenção. Ainda que a operacionalização da atenção básica se dê, para todo o país, pela ação em áreas estratégicas (como controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e controle da hipertensão e do diabetes)<sup>24</sup>, a maneira de efetivá-las deve também considerar as necessidades de saúde da população. Quando usada com caráter altamente tecnocrático e normativo; quando adota atitudes impositivas e faz controle estrito sobre o comportamento dos usuários; quando a focalização nos fatores de risco

impede o olhar sobre os determinantes sociais da saúde; quando se dá mais atenção à doença do que ao sujeito que vive a doença, é que as ações programáticas podem impedir o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico.

Para fins deste trabalho, nos deteremos em uma das características do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: o “*desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população*”<sup>24</sup> (p. 18).

### *I.2) Sobre os atendimentos em grupo na estratégia Saúde da Família*

Um dos indicadores de produção que as equipes de Saúde da Família devem informar mensalmente no SIAB é o “**atendimento em grupo – educação em saúde**”<sup>30</sup> (p. 41). Este procedimento refere-se, como o nome diz, ao “*número de atendimentos para desenvolvimento de atividades de educação em saúde*”<sup>30</sup> (p. 41). Esta modalidade de atendimento é definida pelos seguintes critérios: (a) presença de, no mínimo, 10 pessoas; (b) duração mínima de 30 minutos; (c) pode ser realizado por profissionais tanto de nível superior quanto de nível médio; e, (d) não devem ser consideradas as ações realizadas por agentes comunitários de saúde.

O Ministério da Saúde, em muitas de suas publicações, faz menção à importância das ações educativas como uma das ferramentas para que se atinja a saúde. Da mesma forma, as Cartas de Promoção da Saúde reforçam a participação das comunidades no esforço de reduzir as iniquidades e promover saúde. A Carta de Ottawa, por exemplo, afirma que a “*promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais*”<sup>4</sup> (p. 3).

Apesar disso, encontramos apenas no Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica <sup>30</sup> uma publicação oficial que descreve a conformação da educação a ser realizada na ESF. Ainda que este manual defina os parâmetros para a educação a ser realizada na estratégia Saúde da Família, é importante considerar que não bastam o comparecimento de dez pessoas a uma reunião feita por um profissional de saúde durante trinta minutos para que esta prática seja considerada um grupo educativo. Com o objetivo de apreender o sentido do termo utilizado pelo documento (“*atendimento em grupo – educação em saúde*”), faremos uma análise de duas palavras: atendimento e grupo.

Segundo o Novo Dicionário da Língua Portuguesa <sup>31</sup>, o termo *atendimento* refere-se ao “*ato ou efeito de atender*”. O verbo atender pode, por sua vez, assumir diferentes sentidos: prestar atenção, considerar, notar, acolher, dar atenção a, receber, deferir, aguardar, escutar atentamente. Pode-se dizer que todos eles dizem respeito a uma ação que parte de um sujeito para outro, o que não significa, necessariamente, uma *interação*.

O que geralmente ocorre nos serviços de saúde são os *atendimentos*, ou seja, apesar das propostas de participação colocadas pelas políticas públicas, o que se vê é que “*as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços interseções preenchidos pela ‘voz’ do trabalhador e pela ‘mudez’ do usuário*”<sup>32</sup> (p. 124). De um lado, o usuário busca os serviços com a expectativa de controlar problemas que identifica como necessidades. De outro, o trabalhador tem a perspectiva de, no encontro com o usuário, prover soluções para a demanda. Este encontro, no entanto, é atravessado pela organização do modelo tecno-assistencial do sistema de saúde e pela construção ideológica do trabalhador. Quando este se vale de certas ferramentas (conhecimentos ou equipamentos) para atuar aliado ao modelo médico-hegemônico, a finalidade de seu trabalho será o procedimento<sup>32</sup> – ou o

atendimento. Neste sentido, o usuário é mero objeto da ação de produzir procedimentos. O cuidado, obtido com as relações intersubjetivas, não ocorre.

*Grupo* é definido por Marwin Shaw (citado por Myers<sup>33</sup>) como “*duas ou mais pessoas que interagem e influenciam umas às outras*” (p. 156). Olmstead (citado por Teixeira<sup>34</sup>) agrega a este conceito outra dimensão: essas pessoas “*se consideram mutuamente e [...] estão conscientes de que têm algo significativamente importante em comum*”<sup>34</sup> (p. 45). Zimerman (citado por Teixeira<sup>34</sup>) acrescenta a imprescindibilidade do vínculo entre estas pessoas. Assim, Zimerman traça a diferença entre agrupamento e grupo: “*a passagem da condição de um agrupamento para o de grupo consiste na transformação de ‘interesses comuns’ para o de ‘interesses em comum’*”<sup>34</sup> (p. 45).

Os grupos nos serviços de saúde são considerados uma importante estratégia para a prática educativa, além de serem considerados um ambiente propício para o aumento da consciência crítica, para a troca e a construção de conhecimentos e para a promoção da saúde integral<sup>15, 35, 36, 37, 38</sup>.

Partindo dessas considerações, as palestras realizadas para agrupamentos de pessoas que têm em comum apenas uma condição de doença ou semelhanças de posição social não podem ser consideradas grupos. Assim, os grupos e outras atividades comunitárias correm o risco de começar e terminar “*sem maiores desdobramentos, ajudando a fortalecer a visão presente em grande número de funcionários de que as práticas de educação em saúde seriam enfeites, na rotina de atendimento, com aparência progressista, mas sem resultados significativos*”<sup>15</sup> (p. 73).

É sabido que os laços sociais e comunitários são fatores de proteção contra doenças. Assim, o apoio social – enquanto relação recíproca entre sujeitos que gera efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos – revela quão influentes são os determinantes sociais sobre o processo saúde-doença<sup>39, 40</sup>. Nesse sentido, os grupos –

produtores de vínculos – são um espaço importante para a construção do apoio social e da promoção da saúde.

### *1.3) Educação e Saúde*

O conceito de educação revela os componentes históricos, culturais e políticos de sua definição.

Nas chamadas “culturas primitivas”, a sabedoria acumulada é apreendida aos poucos através de situações de troca, no encontro das pessoas. Não se “dá aula”, pois são raros os momentos reservados para o ato de ensinar. “*As pessoas convivem umas com as outras e o saber flui, pelos atos de quem sabe-e-faz, para quem não-sabe-e-aprende*”<sup>41</sup> (p. 18).

Durkheim<sup>42</sup> trata da educação como um processo de socialização, especificamente ao considerar a influência dos adultos sobre as crianças e adolescentes de determinado grupo social. Segundo o autor, a cada período histórico existe um tipo regulador de educação e este tipo é determinado pelos costumes e idéias socializados segundo as necessidades da vida em comum. Os sistemas educacionais são obras, na maioria das vezes, das gerações anteriores que se valem de certos padrões (como o religioso, o político ou o científico) para transmitir certas idéias condizentes com a cultura e o momento histórico em que vivem. A função básica da educação é, para Durkheim<sup>42</sup>, fazer com que as crianças atinjam certo ideal construído na sociedade e no grupo em que vivem.

Dewey<sup>43</sup> considera o ambiente social como o meio onde certas crenças, necessárias à vida em comum, são socializadas. Neste meio, o indivíduo incorpora formas de proceder compartilhadas no ambiente, o que caracteriza uma “*continuidade entre o meio e as próprias tendências ativas do indivíduo*”<sup>43</sup> (p. 12).

Numa idéia semelhante de socialização, embora não tratando apenas da educação de crianças e jovens, Paulo Freire<sup>44</sup> afirma que “*os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Mediatizados pelos objetos cognoscíveis que, na prática ‘bancária’, são possuídos pelo educador que os descreve ou os deposita nos educandos passíveis*”<sup>45</sup> (p.79). O educador problematizador, ao contrário, “*re-faz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscibilidade dos educandos*”<sup>44</sup> ( p. 80).

Nos serviços de saúde, as práticas consideradas educativas, geralmente, percorrem trajetória semelhante ao que Paulo Freire denomina de “*educação bancária*”. Os profissionais de saúde se apropriam de um conhecimento tecno-científico da biomedicina e repassam, em forma de palestras, as normas ideais de conduta para que as pessoas atinjam a saúde ideal<sup>45</sup>. Em geral, essas ações recomendam formas saudáveis de vida como se esta fosse independente dos processos sociais. Ainda que essas influências sejam reconhecidas, os indivíduos são responsabilizados por não resistirem a elas<sup>29</sup>.

O direcionamento das práticas educativas para as doenças é bastante comum, inclusive na estratégia Saúde da Família. Exemplo são os grupos de hipertensos que, além de se centrarem na doença, correm o risco de ser apenas prescritivos de comportamentos e orientadores de mudanças de estilos de vida de maneira descontextualizada.

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou um manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus como parte de um esforço para alcançar o plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus<sup>46</sup>. Ao tratar dos estilos de vida

saudáveis, este manual apresenta a educação como parte essencial do tratamento, pois “*constitui um direito e um dever do paciente e também um dever dos responsáveis pela promoção da saúde*”<sup>46</sup>(p. 51).

Abaixo, a transcrição do que no documento é considerado importante para a educação em casos de hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) <sup>46</sup> (p. 51-52):

- Informar sobre as conseqüências do DM e HA não tratados ou mal controlados.
- Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento.
- Esclarecer sobre credíces, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento.
- Desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente.
- Enfatizar os benefícios da atividade física.
- Orientar sobre hábitos saudáveis de vida.
- Ressaltar os benefícios da automonitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis.
- Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações agudas, em casa, até chegar ao hospital ou ao posto de saúde mais próximo.
- Ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés.
- Ressaltar a importância dos fatores de risco cardiovasculares.
- Incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle.

A mudança de estilo de vida é importante para o caso da hipertensão arterial. Entretanto, “*a mera aquisição de saber não é suficiente para engendrar atitudes e ações, em cuja esfera se encontra de fato o objetivo da iniciativa educacional, principalmente na área da saúde*” <sup>47</sup> (p. 99). O que se deve questionar é de que forma os profissionais de saúde, que hoje atuam num contexto que convida a novas práticas (haja vista a Reforma Sanitária, as cartas de promoção da saúde e a Política Nacional da Atenção Básica), têm trabalhado com esta tecnologia de cuidado.

Algumas iniciativas têm criticado o domínio médico-prescritivo e têm tentado inscrever-se neste cenário contemporâneo que considera as conquistas das últimas



décadas no cenário da Saúde Pública mundial. Stotz <sup>45</sup>, com base em Tones, apresenta uma tipologia dos enfoques de educação em serviços de saúde que descreveremos de forma resumida.

O *enfoque preventivo* se orienta pelo modelo médico. Assim, uma vez obtido o diagnóstico, deve-se fazer um esforço de controlar os fatores de risco. As formas de controle são informadas nas consultas ou nos atendimentos em grupo.

O *enfoque da escolha informada* se propõe a respeitar as escolhas individuais, desde que a assunção de comportamentos de risco seja feita a partir de informação oferecida pelo serviço e da compreensão do risco pelo indivíduo.

Num aprofundamento do enfoque da escolha informada, no sentido de promover certas habilidades de vida e potencialidades individuais, surge o *enfoque do desenvolvimento pessoal*.

Ao contrário dos anteriores, o *enfoque radical* imputa às condições sociais as causas básicas dos problemas de saúde. Assim, a educação em saúde teria a tarefa de provocar a luta política pela saúde. O Estado deve, nesse sentido, aprovar leis e normas que ajudem a enfrentar as condições patogênicas. Como o preventivo, este enfoque dota as ações de educação em saúde de um caráter persuasivo.

Por fim, a *educação popular e saúde* é um movimento que estimula a abertura do saber científico para os conhecimentos das classes populares, até porque a produção da ciência não é permanente e, por isso, não deve ser estanque. Mais do que o domínio de um sobre o outro, o compartilhamento de saberes é o que deve prevalecer para que tanto profissionais quanto a população saibam lidar com a complexidade do processo saúde-doença e para que a educação em saúde tenha o sentido de melhorar as condições de vida das pessoas.

Estas abordagens não são necessariamente excludentes. Formas combinadas podem ser adotadas nos serviços de saúde para a prática educativa

Diante deste quadro, “*atendimento em grupo – educação em saúde*” não é sinônimo de “*atendimentos para desenvolvimento de atividades de educação em saúde*”. É preciso analisar de forma cuidadosa como as equipes têm incorporado a profundidade do debate de cada um desses pontos.

#### *I.4) Delimitação do problema de investigação*

Considerando as transformações no cenário da Saúde Pública nas últimas décadas e enfocando as ações de educação nos serviços de saúde, problematiza-se:

- ✓ Como a estratégia Saúde da Família, reorientadora do modelo de atenção à saúde, que visa, entre outras coisas, a integralidade do cuidado, a participação social e a promoção da saúde, tem desenvolvido suas ações educativas voltadas para portadores de hipertensão arterial?
- ✓ Os “grupos de hipertensos” têm funcionado como agrupamento de pessoas que têm uma doença em comum ou espaço para se trabalhar a promoção da saúde e o desenvolvimento de apoio social?
- ✓ Que importância os profissionais de saúde atribuem a este trabalho?
- ✓ Os profissionais de saúde têm incorporado a determinação social da saúde como parâmetro para refletir sobre este processo de trabalho?
- ✓ Como os profissionais planejam a prática educativa?
- ✓ Como tem se dado a participação dos usuários no planejamento das reuniões e durante a realização das mesmas?

Estas perguntas ajudaram-nos a delimitar o problema de pesquisa. O presente estudo, entretanto, não se propôs a responder a todas. A pesquisa revelou conteúdos interessantes – como as percepções dos profissionais sobre saúde e promoção da saúde, e reflexões sobre os hábitos alimentares dos usuários - que só foram revelados no momento da coleta dos dados.

### *I.5) Objetivos*

#### *I.5.1) Geral:*

- ⇒ Analisar a percepção dos profissionais sobre os “atendimentos em grupo” e os sentidos que atribuem às práticas educativas realizadas com os usuários hipertensos das unidades de Saúde da Família

#### *I.5.2) Específicos:*

- ⇒ Identificar qual é o conceito dos profissionais de saúde sobre *educação, grupos e determinação social da doença*;
- ⇒ Investigar a maneira como os profissionais das equipes de Saúde da Família desenvolvem a educação nos grupos de portadores de hipertensão arterial;
- ⇒ Verificar se os determinantes sociais e a promoção da saúde são, de alguma forma, trabalhados nesta modalidade de cuidado.

### *I.6) Estruturação do estudo*

Este primeiro capítulo teve como função apresentar o tema a ser abordado no restante do trabalho. Nele constam o marco teórico, a contextualização do objeto deste estudo, a delimitação do problema de investigação, os pressupostos, os objetivos e a estrutura do trabalho.

O capítulo II apresenta as razões da escolha do objeto trazendo os motivos que suscitaram o interesse em estudar o tema abordado, bem como sua relevância.

O capítulo III descreve a metodologia da pesquisa. Neste capítulo apresentam-se as técnicas de pesquisa e a justificativa para a adoção das mesmas. Descreve também a trajetória percorrida desde a delimitação do tema até a forma de análise dos dados.

O quarto capítulo tem como objeto os resultados encontrados e a discussão dos mesmos. Já o quinto traz as principais conclusões do estudo e as considerações finais sobre o tema abordado.

Por fim, as duas últimas seções são *Referências bibliográficas*, com as bases bibliográficas que serviram de referência para o estudo, e *Anexos*.

## **CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVA**

Em 2005, em minha monografia de conclusão de curso de graduação, cuja amostra era formada por usuários de unidades de Saúde da Família de dois municípios mineiros de pequeno porte, deparei-me com o seguinte dado: apenas 14,4% dos usuários participavam de grupos de caráter educativo realizados pela unidade. A principal razão mencionada para tal foi que os temas dos grupos não correspondiam às suas necessidades. Apesar disso, 79,7% dos respondentes considerava importante a realização de reuniões, pela equipe, sobre temas relacionados à saúde <sup>48</sup>. A hipótese para isso é que as equipes não têm adaptado os temas dos grupos às necessidades da população. Apenas se circunscrevem ao esquema de palestras sobre agravos específicos.

Frente às mudanças que vêm ocorrendo na saúde pública, especialmente nos últimos trinta anos, pode-se dizer que a produção acadêmica tem acompanhado permanentemente essas transformações. As políticas de saúde também têm se atualizado, haja vista o Pacto pela Saúde, ainda recente. Entretanto, tais atualizações ainda têm dificuldade de ser incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Muito se fala em participação social, contextualização do cuidado, equidade e vínculo, mas ainda se discute a necessidade de formação dos profissionais de saúde para o SUS para que, efetivamente, consigam incorporar na prática os conceitos presentes nas políticas.

Diante deste quadro, a relevância deste trabalho é a possibilidade de refletir sobre como as equipes de saúde da família estudadas têm lidado com as recentes propostas para o campo da atenção à saúde das comunidades. Entendendo este processo, será possível ter um olhar crítico sobre as ações educativas promovidas por estas equipes e, a partir

disso, poderão ser pensadas novas formas de atuação neste âmbito, caso sejam necessárias.

Em outra dimensão, pode-se também contribuir para o ensino dos profissionais de saúde desde a graduação, partindo de referenciais teóricos e metodológicos que estão pouco perceptíveis nos currículos das instituições de ensino, como os do campo das ciências sociais.

## **CAPÍTULO III – METODOLOGIA**

### *III.1) Introdução*

Neste capítulo expõe-se a trajetória percorrida desde a construção dos objetivos até a discussão dos resultados obtidos com esta pesquisa. Considera-se esta descrição importante porque possibilita maior aproximação com o objeto de estudo.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, conforme presume a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Após sua aprovação, passou-se à coleta de dados durante a qual todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, a intenção era analisar as práticas educativas em grupo desenvolvidas em um município de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais. Entretanto, era necessário definir um público-alvo desses “atendimentos em grupo” a fim de que todos os entrevistados tivessem um parâmetro para a descrição de sua prática nas respectivas unidades de saúde.

Em setembro de 2006 foi feito um breve levantamento sobre o público-alvo dos “atendimentos em grupo” nas oito unidades de Saúde da Família do município. Constatou-se que as equipes tinham em comum o trabalho com grupos de hipertensão arterial, que, dadas a alta prevalência e a alta relevância, pôde ser adotada como recorte para a pesquisa.

Conforme descrição feita nos capítulos precedentes, o Sistema de Informação da Atenção Básica define que os “atendimentos em grupo” devem ser desenvolvidos apenas por profissionais de níveis superior e médio. Neste trabalho, priorizou-se profissionais médicos e enfermeiros responsáveis pelos grupos educativos direcionados a hipertensos.

### III.2) O método

Após a delimitação do tema e o recorte da pesquisa, concluiu-se que o objeto deste estudo era *qualitativo* porque, antes de tudo, faz parte da vida prática e é dinâmico. Com os instrumentos das Ciências Sociais seria possível compreender como se dá o processo de trabalho nas equipes de Saúde da Família.

Dada a abrangência dos temas abordados nesta pesquisa, um referencial quantitativo e estatístico não seria suficiente para abarcar seus objetivos. Este é um estudo *descritivo* porque apresenta uma situação, mas também “*intenta captar não só a aparência do fenômeno, como também sua essência*”<sup>49</sup> (p. 128). Trata da história, das relações e das mudanças que ocorrem no cenário do cuidado em saúde na atenção básica e se propõe a intuir as conseqüências que isso tem na vida prática. Por essas razões, trata-se de um objeto de pesquisa social.

### III.3) Instrumentos metodológicos

A entrevista foi adotada como técnica de pesquisa porque a fala expressa a dinamicidade e o caráter histórico das relações sociais, já que cada indivíduo interioriza de maneira particular os modelos culturais presentes nestas relações<sup>50</sup>. Por isso, as informações individuais obtidas com a entrevista e vivenciadas num contexto grupal revelam as estruturas e as relações próprias do contexto que se pretende estudar<sup>50</sup>.

Neste estudo, optou-se pela entrevista semi-estruturada porque permite que o participante tenha liberdade e espontaneidade para responder, o que oferece possibilidade de enriquecimento da pesquisa<sup>49</sup>. Assim, permitiu uma aproximação maior da



dinamicidade de um trabalho realizado pelas equipes de Saúde da Família e sua importância para a população atendida.

As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado (Anexo II) no qual constavam perguntas referentes a saúde, promoção da saúde, estratégia Saúde da Família, grupos de hipertensos, práticas educativas nos grupos e participação dos usuários. As entrevistas foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. As transcrições foram revisadas de maneira a evitar lacunas e interpretações errôneas.

Como técnica complementar às entrevistas foi feito o levantamento da trajetória da estratégia Saúde da Família no município estudado a partir das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. O uso da pesquisa documental foi importante para olhar nosso objeto sob outra dimensão.

#### *III.4) Os sujeitos da pesquisa*

Como as oito unidades de Saúde da Família do município realizavam periódica ou esporadicamente reuniões com hipertensos, definiu-se como sujeitos da pesquisa todos os médicos e/ou enfermeiros que exerciam diretamente a prática educativa nesses grupos.

Os participantes foram contatados por telefone, momento em que eram explicados os objetivos da pesquisa e marcados os horários para a realização da entrevista. A gravação das entrevistas foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No método qualitativo, a fala não caracteriza propriamente um informante personalizado, mas revela significados compartilhados<sup>50</sup>. Por isso é que a representatividade dos dados não está no número de participantes, mas nos conteúdos do material discursivo<sup>51</sup>.

Foram entrevistados dez profissionais de saúde (quatro médicos e seis enfermeiros – Anexo III) de sete unidades de Saúde da Família do município. Uma das unidades foi desconsiderada porque o profissional de saúde responsável pelo grupo de hipertensos entrou em férias e, após seu retorno, não haveria tempo hábil para a realização da entrevista.

Utilizamos o índice de Bertaux como critério de saturação. O índice de saturação de Bertaux prevê que a apreensão do objeto pode se dar quando as semelhanças e as diferenças nos discursos foram contempladas a partir de certo número de entrevistas (citado por Tavares<sup>52</sup>).

Os entrevistados têm entre dois e vinte e cinco anos de formação. Sete dos entrevistados são formados por universidades públicas e três por faculdades privadas.

Destes profissionais, cinco já haviam atuado anteriormente em unidades de Saúde da Família (como profissionais graduados ou estagiários) e outros cinco participaram de cursos de capacitação durante a trajetória profissional no PSF (sendo quatro destes especializações em Saúde da Família).

Entre os médicos, a rotina de trabalho é dividida entre atendimento de demanda espontânea, atendimento a grupos específicos (especialmente crianças de zero a cinco anos, mulheres em idade fértil e hipertensos e diabéticos) e visitas domiciliares.

Os enfermeiros relataram atividades mais características de cada unidade, mas, em geral, exercem coordenação da equipe, consultas de enfermagem (puericultura e coleta de material para exame preventivo), campanha de vacinação e atividades próprias ao técnico de enfermagem (quando necessário).

#### IV.5) Sobre a análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos com as entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdos.

Assim, foi feita a pré-análise do material a partir da “leitura flutuante” das transcrições, de forma a conhecer o conteúdo das entrevistas, destacar trechos significativos e pontuar as categorias de análise.

Em seguida, recorreu-se à descrição analítica, na qual foram definidas as unidades de registro, as unidades de contexto e as categorias.

Os temas foram definidos ainda na construção dos roteiros de entrevista. A partir dos temas foram levantadas unidades de contexto que possibilitaram a definição das categorias e a conseqüente confrontação dos dados com os pressupostos e a revisão teórica. No quadro abaixo estão expostos os temas e as unidades de contexto:

<b>TEMAS</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Trajatória profissional	Formação para atuação no PSF Atividades desenvolvidas na unidade
Saúde	Conceito de saúde
Promoção da saúde	Conceito de promoção da saúde Promoção da saúde no serviço
Estratégia Saúde da Família	Saúde da Família frente a outros modelos de atenção Família como unidade de cuidado
Trabalho com grupos educativos	Trabalho com grupos de hipertensos Impacto dos grupos educativos sobre os usuários Processo ensino-aprendizado O “atendimento em grupo” e o atendimento individual
Definição do grupo temático	Por que hipertensos? Escolha dos temas

Participação	Convite aos usuários Participação dos usuários
--------------	---

Os entrevistados tiveram sua identificação suprimida, mas a referência à profissão está marcada pelas letras M (para os médicos) e E (no caso dos enfermeiros).

## **CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### *IV.1) Introdução*

Este capítulo, distribuído em cinco subcapítulos, traz os resultados da pesquisa e a discussão dos mesmos com base em bibliografia de referência.

O IV.2 apresenta a conformação da estratégia Saúde da Família no município estudado. Os dados foram obtidos pela consulta a bancos de dados – como o Sistema de Informação da Atenção Básica – e às atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

O IV.3 trata dos temas *saúde e promoção da saúde* de acordo com a visão dos entrevistados e de acordo com as referências sobre o assunto.

Em IV.4 é apresentada a percepção dos profissionais de saúde sobre a estratégia Saúde da Família, com seus pontos positivos e seus desafios no contexto daquele município.

A análise sobre a família como unidade de cuidado é feita no IV.5.

Por fim, IV.6 traz uma discussão sobre a prática educativa nos grupos de hipertensos. Nele são debatidas a formatação da prática educativa nas unidades de saúde do município, a participação dos usuários e as dificuldades de compartilhamento de saberes entre os atores desta prática

### *IV.2) A estratégia Saúde da Família no município em questão*

Para compreender a prática educativa desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família, faz-se necessário conhecer a estruturação da estratégia no município estudado.

Este é um município de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais e que tem, de acordo com estimativa do IBGE do ano de 2005, 47932 habitantes<sup>53</sup>. Possui os seguintes estabelecimentos de saúde do SUS administrados pelo município: um Centro de Atenção Psicossocial, uma Policlínica Microrregional, uma Policlínica Microrregional de Vigilância Sanitária, quatro Unidades Básicas de Saúde e oito unidades de Saúde da Família. Conta ainda com uma unidade hospitalar filantrópica, com parte dos leitos disponíveis para o SUS<sup>54</sup>.

Coexistem no município Unidades Básicas voltadas para atendimentos específicos e unidades de Saúde da Família. Em 2003, 21,94% da população era atendida pela estratégia Saúde da Família. Em dezembro de 2007 a cobertura atingia 50,17%<sup>25</sup>.

Dados sobre atendimentos a usuários hipertensos também revelam a evolução da cobertura. Até setembro de 2007, de todos os hipertensos cadastrados nas unidades de saúde da família (28.235 pessoas), quase 70% havia recebido pelo menos uma visita domiciliar do agente comunitário de saúde no mês. O número de acompanhamentos pelos agentes cresceu de 3163 em 2003 para 19.547 em setembro de 2007<sup>20</sup>.

Com o objetivo de analisar parte da história da estratégia Saúde da Família neste município, foram consultadas as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde daquela cidade referentes ao período de janeiro de 2001 a maio de 2007. O acesso a este material foi aprovado pelos membros do Conselho Municipal em reunião ordinária realizada em maio de 2007. Das atas foram selecionados trechos que citavam o PSF. O material foi consultado na própria Secretaria Executiva do Conselho.

O intervalo analisado abrangeu duas administrações municipais, não tendo sido notada grande variação da política do município com relação ao Saúde da Família, exceto na forma de contratação dos agentes comunitários (de indicação política para seleção por banca examinadora).

Em 2001, iniciou-se a discussão sobre a implantação do Programa Saúde da Família no município que contava, então, com postos de saúde em alguns bairros. Nestes postos atendiam médicos clínico-gerais e pediatras. O serviço de ginecologia e obstetrícia fora centralizado na unidade de Saúde da Mulher. Em uma comunidade rural, no entanto, funcionava o programa Médico de Família que, segundo relato do então secretário municipal de saúde, colaborou para a redução das internações hospitalares naquela região. De acordo com o relator da ata de janeiro daquele ano, esperava-se que o PSF diminuísse a demanda por atendimentos na Policlínica Microrregional, disponibilizasse mais médicos no município e oferecesse aos profissionais salários mais atrativos.

Em julho deste mesmo ano, o Conselho aprovou o projeto de implantação de treze unidades de Saúde da Família, mas apenas dois anos depois (outubro de 2003) foram implantadas três equipes. Falou-se da dificuldade de contratação de médicos devido aos salários pouco atrativos. Citou-se ainda que a contratação de agentes comunitários de saúde seria feita por análise de currículo e que os próprios conselheiros poderiam indicar nomes para a contratação.

No ano de 2004, foram implantadas outras quatro equipes cujos profissionais, antes da contratação, foram apresentados ao Conselho e sabatinados por seus membros.

A unidade de Saúde da Família mais recente foi implantada em janeiro de 2006 em uma área rural.

Após a implantação das primeiras unidades de Saúde da Família foram levantadas no Conselho algumas reclamações como: falta de curso de capacitação dos agentes comunitários, substituição de especialistas por médicos generalistas e críticas à territorialização, ao horário de funcionamento e ao número de consultas agendadas por dia.

Em 2005 decidiu-se criar uma comissão para avaliar os agentes comunitários cujos contratos estavam prestes a expirar e para contratar novos agentes. Também neste ano foi aprovado pela Câmara Municipal o aumento de salários dos médicos das equipes de Saúde da Família, a fim de atrair profissionais para completar as equipes.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde, são apontados alguns problemas do PSF no município, como a centralização das decisões pela Policlínica Microrregional, o que afeta a estratégia Saúde de Família no sentido de ter pouca autonomia e pouca atenção da gestão municipal.

#### *IV.3) Saúde e promoção da saúde*

Puderam-se observar três perspectivas quando pediu-se que os entrevistados definissem saúde. A primeira traz a concepção de saúde enquanto acesso a bens sociais como alimentação, moradia e saneamento básico: *“Saúde é a pessoa ter direito a educação, um lugar digno para morar, uma água filtrada para ela beber, comida no prato...”* (E1).

Uma outra foi a reprodução do conceito de saúde da OMS<sup>3</sup> conforme a fala que segue: *“A gente tem a definição que a gente aprende, né? Que é clássica. Que é o completo bem-estar físico, mental e social. Que eu concordo plenamente”* (M2). Ainda nesta direção, um dos entrevistados (E10) afirma que *“Saúde é aquela verdadeira palavrinha que a gente fala né? O sujeito estar saudável não quer dizer que ele não esteja doente, não esteja com uma patologia. Ele tem que estar bem na família, ele tem que estar bem no ambiente social. Não é só ausência da patologia”*.

Numa terceira perspectiva, a saúde é considerada algo subjetivo porque cada indivíduo definiria para si o que é ser saudável: *“É complicado falar pra você o que é*



*saúde... Porque está relacionado com a qualidade de vida do sujeito [...] Não tem como eu te definir [...] Te dar uma definição exata não tem. Acho que depende do momento porque tem gente que não tem uma perna e é saudável. Será que eu, sem aquela perna, seria saudável? Não é verdade? Então, eu não consigo te definir não exatamente...”*  
(E8).

Dessas três, a segunda foi a predominante nas respostas dos entrevistados, tendo sido citada por sete dos dez profissionais. Nota-se, com isso, que os profissionais de saúde tendem a adotar a perspectiva positiva da saúde, fato que permitiria um olhar mais amplo sobre o processo saúde-doença-cuidado dos usuários da unidade, especialmente os hipertensos.

O conceito ampliado de saúde, o de promoção da saúde e o de determinantes sociais da saúde estão imbricados. Desde Sigerist, um dos primeiros autores a abordar o tema da promoção ainda em 1946, alguns autores afirmam que diversos fatores, além do biológico, são determinantes para o processo saúde-doença<sup>55</sup>. Neste sentido, tem-se discutido recentemente sobre a necessidade de se adotar os conceitos de promoção da saúde e de determinantes sociais para a construção de políticas que atinjam de forma efetiva as iniquidades, assim como incorporá-los às práticas de saúde.

A promoção da saúde é um dos pilares de sustentação das ações das equipes de Saúde da Família. As conferências internacionais sobre promoção da saúde foram as principais responsáveis pela internacionalização da proposta, seja como teoria, como prática de saúde ou como política. Apesar de divergências na definição deste termo, é importante reconhecer, de início, que a promoção da saúde considera, além dos fatores individuais, os macro-determinantes do processo saúde-doença. Dessa forma, promover saúde significa reconhecer e trabalhar visando a atuar sobre os determinantes sociais da

saúde. A promoção da saúde não deve ser uma imposição de estilo de vida saudável, mas uma forma de responder às necessidades de saúde da coletividade.

Em 1986 ocorre a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Produto desta conferência, a Carta de Ottawa<sup>4</sup> pontua os múltiplos determinantes da saúde. Por isso, a ação coordenada de governos, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, mídia, ONGs e população – seja através dos indivíduos, das famílias ou das comunidades – se faz necessária para evitar riscos à saúde. Entretanto, os profissionais de saúde e grupos sociais têm a responsabilidade maior de mediar essa ação.

Além da intersetorialidade, a equidade também é descrita como um fator importante da promoção da saúde. Seus objetivos são reduzir as desigualdades e oferecer oportunidades e recursos igualitários às pessoas para que elas desenvolvam seu potencial de saúde. As comunidades, ainda, devem ser capazes de tomar decisões e definir estratégias para melhorar suas condições de saúde. Ademais, a Carta propõe que a promoção da saúde seja feita também através da divulgação de informação e da educação para a saúde para que sejam alcançados os desenvolvimentos pessoal e social.

Na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, é dada ênfase às políticas públicas saudáveis. Tais políticas devem caracterizar-se pela preocupação com a saúde e a equidade, pelo esforço em facilitar as opções de vida saudável para os cidadãos, pela priorização do acesso aos serviços de saúde – especialmente aos cuidados primários – para os grupos mais vulneráveis. Esta conferência estabelece como principais áreas de ação a saúde da mulher, a alimentação e a nutrição, o combate ao tabaco e ao álcool e o incentivo à construção de ambientes saudáveis<sup>4</sup>.

A terceira conferência, que aconteceu em Sundsvall, Suécia, em 1991, enfatiza os ambientes saudáveis como pontos importantes para o alcance das metas de saúde para todos no século XXI. Os ambientes favoráveis à saúde incluem os aspectos físicos, sociais, espirituais, econômicos e políticos do entorno dos indivíduos. É também uma das cartas de promoção da saúde que mais destaca o papel da educação e das ações comunitárias para a saúde. Segundo a declaração de Sundsvall, a educação é um “elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos”<sup>4</sup> (p.4).

Em Santafé de Bogotá aconteceu, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde que reuniu representantes de 21 países da América Latina. Diante do quadro de doenças decorrentes da pobreza e de enfermidades vindas da urbanização e da industrialização, a declaração desta conferência destaca a necessidade de se combater as iniquidades em saúde. Para isso, “o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades”<sup>4</sup> (p. 2). A equidade tem um papel central para a promoção da saúde na América Latina, segundo a carta desta conferência. Assim, além de identificar os fatores que geram iniquidades e agir sobre eles, propõe-se que sejam feitas mudanças radicais “nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades”<sup>4</sup> (p.2). Ainda, a saúde, por ser condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e de conduta, deve contar com a promoção da saúde como um instrumento para fazer frente a estas condições. Assim, uma das propostas é o fortalecimento da capacidade de tomada de decisões pela população para que sejam adotados estilos de vida mais saudáveis.

Esta conferência tem grande mérito por ter sido uma iniciativa de países latino-americanos de pensar sobre sua própria realidade, haja vista que conferências anteriores

foram realizadas em países desenvolvidos. A Carta de Bogotá é de grande relevância, portanto, por representar um esforço de adequar a promoção da saúde às necessidades da América Latina.

Na Indonésia, em 1997, realizou-se a quarta conferência internacional de promoção da saúde. Um dos destaques desta conferência é o incentivo à participação do setor privado nas ações de promoção da saúde. A declaração de Jacarta <sup>4</sup> também incentiva a redução das iniquidades, o reforço dos direitos humanos e a formação de capital social. Fatores transnacionais - como a economia global, o mercado financeiro e o comércio e a tecnologia das informações - são apontados como determinantes da saúde. Além disso, esta afirma que a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo e,

para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança (p. 4).

A quinta conferência, realizada na Cidade do México em 2000, reafirma a necessidade de os países realizarem ações nacionais para a promoção da saúde e que contem com todos os setores da sociedade civil <sup>4</sup>.

Em 2005 realizou-se em Bangkok, na Tailândia, a Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde <sup>56</sup>. A Carta de Bangkok ressalta a importância da promoção da saúde para atingir os determinantes sociais da doença no mundo globalizado. Nela, a promoção da saúde é definida, retomando a carta de Ottawa, como o processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes. Para isso, a promoção da saúde deve ser compromisso: para a agenda global de desenvolvimento (através de acordos inter-governamentais fortes de forma a diminuir as iniquidades na saúde), para os governos (que em todos os níveis deve prover

recursos para a saúde dentro ou fora deste setor), para as comunidades e a sociedade civil (fazendo-se empoderadas e optando por bens e serviços e empresas com responsabilidade social, por exemplo) e para o setor empresarial (através de práticas empresariais éticas e responsáveis).

Sobre a definição de promoção da saúde, os dados apresentaram duas modalidades de resposta. A primeira e mais freqüente retratou a promoção como a educação que deve ser transferida aos usuários de forma que estes evitem doenças ou agravos em seu estado atual. Este trabalho educativo foi assim citado: *“mostrando para pessoa”, “embutir na cabeça deles...”, “educar o povo...”, “dar orientação”, “fazer campanhas para a pessoa mudar aquele estilo de vida”, “ensinar a viver bem”, “alertar sobre riscos de doença”, “dar chance de participar e tirar dúvidas”*.

A segunda modalidade de promoção da saúde está relacionada ao controle das patologias, na qual promover saúde significa controlar os riscos para que determinadas doenças não ocorram: *“Promoção da saúde é estar atento às adversidades, às patologias... Não só as endêmicas, as epidêmicas, como as patologias crônicas – e é um universo muito grande que existe – e estar atento ao controle disso tudo, ao controle dessas patologias”* (E5). Esta abordagem difere da primeira apenas por não citar nenhum trabalho educativo ou de informação.

Quando questionados sobre o conceito de promoção da saúde, as falas expressaram a prevenção de riscos, evidenciando que sua concepção permanece centrada na eliminação da doença. O conceito e a prática da promoção da saúde, que trazem a perspectiva da intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, representam ainda um desafio para as equipes de Saúde da Família, dada sua amplitude.

De fato, ao estarem em contato com a comunidade onde atuam e conhecerem os fatores que condicionam a saúde dos moradores, os profissionais têm mais instrumentos

para atuar junto às condições sociais. Apesar disso, precisam da atuação conjunta de outros setores da sociedade (como governos federal, estadual e municipal, mídia, organizações não-governamentais, associações de moradores, empresas, entre outros) para que sejam feitas ações que dêem conta dos determinantes sociais da saúde.

Ainda que a intersetorialidade seja imprescindível, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado podem adotar estratégias que visem à compreensão ampliada do processo saúde-doença. A dimensão a ser considerada na identificação de patologias deve reconhecer a doença como ponto de partida para o enfrentamento daquilo que faz com que os indivíduos adoçam na sua vida particular, coletiva e histórica <sup>57</sup>. Este reconhecimento só é possível através da fusão de horizontes que se dá no momento mesmo em que o profissional de saúde e aquele que demanda o cuidado se ouçam mutuamente e compartilhem os recursos técnicos correspondentes a cada um <sup>58</sup>.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS propõe um modelo conceitual de determinantes da saúde. Este modelo conforma uma rede que inclui determinantes sociais estruturais e intermediários. Os estruturais dizem respeito aos fatores que geram estratificação social, especialmente renda e educação. Além desses, fatores que podem gerar iniquidades são gênero, sexualidade e etnia. Os determinantes intermediários são definidos pelas condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos, comportamentos da população, fatores impeditivos para a adoção de estilos de vida saudáveis, acesso aos serviços de saúde, entre outros <sup>59</sup>.

A Política Nacional de Promoção da Saúde <sup>60</sup> orienta para ações transversais, integradas e intersetoriais, condizentes com as propostas da Reforma Sanitária, que envolvam trabalhadores da saúde, gestores e usuários num esforço conjunto de atingir os determinantes e condicionantes da saúde da população. Além disso, busca recuperar as estratégias de ação propostas em Ottawa atuando de acordo com as seguintes diretrizes:

integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Um dos fatores impeditivos para que a promoção da saúde se realize, entretanto, parece ser a tenuidade da separação deste conceito e o de prevenção de doenças. Buss<sup>55</sup> afirma que a responsabilização do comportamento individual é típica de intervenções clínicas que têm como base o paradigma biomédico e como origem a medicina preventiva. A promoção da saúde, no entanto, combina escolhas individuais com a responsabilidade social pela saúde e isso supõe a efetiva participação da população desde a formulação de políticas de promoção da saúde até sua implementação.

Desta forma, além da intervenção sobre o indivíduo e seu comportamento, é importante conhecer os determinantes sócio-culturais, ambientais, políticos e econômicos do contexto sobre o qual se pretende atuar. Assim como as redes de apoio social afetam positivamente a saúde, fatores como *“violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada”* <sup>60</sup> (p.7) afetam negativamente as condições de vida e saúde da população.

Pensando nisso é que o tratamento e a redução de sofrimentos que possam comprometer a saúde dos indivíduos e das famílias devem reconhecer o papel dos determinantes da saúde. Berlinguer <sup>61</sup> afirma que a doença num indivíduo é *“expressão de forças destrutivas que agem sobre a coletividade”* (p. 94). Por isso, a investigação sobre a doença pode oferecer indícios sobre as condições sociais às quais o indivíduo está submetido.

Pediu-se que os entrevistados relatassem as circunstâncias mais propícias para a promoção da saúde da população.

A resposta mais freqüente referiu os grupos educativos e as informações: *“toda hora que a pessoa entra aqui na Unidade a gente consegue promover saúde. Seja por qualquer assunto. Igual assim: a pessoa está ali... Se eu sentar ali na sala com as pessoas, do nada, às vezes... Você acha que eu não estou fazendo nada mas eu estou fazendo uma promoçõzinha de saúde, né? Então você já consegue orientar as pessoas seja por qualquer coisa: DST, já orientei aqui questão de queimadura... Teve um caso de uma queimadura e aí eu aproveitei que estava todo mundo na sala e falei como é que tem que ser, o que você tem que fazer. No preventivo, nas orientações individuais que a gente dá pras pessoas que vêm fazer o controle de pressão...”* (E8).

Os agentes comunitários de saúde foram citados também como importantes promotores da saúde da população, especialmente quando realizam as visitas domiciliares: *“Primeiro, a gente tem nossos braços que são os agentes. Então os agentes estando bem instruídos, eles indo às casas de cada família pelo menos uma vez por mês, fazem visitas, dão orientação, educação sobre tudo: sobre higiene, sobre como cuidar dos alimentos e tal. Então, acho que esse é o ponto fundamental: sem o agente de saúde, o PSF não funciona.”* (M2).

A promoção da saúde também foi relacionada à detecção de patologias: *“Mas a todo momento a gente está... O momento que você está pedindo um colesterol, uma dosagem de colesterol, uma dosagem de triglicérides, uma dosagem de glicose no paciente hipertenso, você está fazendo um rastreamento de doença e isso aí, pra mim, é promoção”* (M9)

Foram feitas, ainda, duas referências a dificuldades de desenvolver ações promotoras da saúde. Uma em função de a gestão municipal incentivar demasiadamente o atendimento à demanda espontânea: *“A administração dificulta muito esse lado porque ela acha que a gente tem que atender só demanda”* (E1). Outra foi o fato de a unidade



estar reestruturando a atenção a grupos específicos, fator explicativo para o não-desenvolvimento de ações promotoras da saúde: *“Além das palestras (que não estão sendo desenvolvidas), aqui, por enquanto, eu te falo que a gente tem feito pouca promoção. Pouca promoção porque a unidade, quando eu cheguei aqui, era muito bagunçada [...] Então, agora isso acabou.”* (E3).

É necessário reconhecer que cada unidade de saúde tem peculiaridades e que, apesar de as políticas de saúde proporem ações a serem desenvolvidas, as equipes podem encontrar impedimentos – seja por parte da organização central, seja em função de demandas específicas de cada área – para atuar exatamente da maneira como preconizam as políticas de governo. Nesse sentido, os princípios do Sistema Único de Saúde e demais recomendações descritas nas políticas nacionais são efetivados, verdadeiramente, com as ações cotidianas e concretas nos serviços de saúde. Assim, os textos de lei são reatualizados no cotidiano dos serviços de saúde<sup>62</sup>.

#### *IV. 4) A estratégia Saúde da Família na visão dos profissionais de saúde*

Nesta pesquisa, pediu-se que os entrevistados falassem livremente sobre a importância da Estratégia Saúde da Família frente a outros modelos de atenção.

Dentre as vantagens desta modalidade de cuidado, a proximidade da equipe com os usuários e a possibilidade de desenvolver ações preventivas foram as mais lembradas.

Esta proximidade da equipe com os usuários diz tanto da possibilidade de aumento do vínculo entre profissional e usuário quanto do conhecimento, pela equipe, das relações intrafamiliares e comunitárias. Um profissional, refletindo sobre a estratégia, afirma: *“as especializações, sub-especializações, isso aí eu acho que esfria, que afasta muito o paciente do médico, né? E com o Saúde da Família não. O que eu acho, assim, é*

*que a gente tem tentado resgatar essa coisa do médico de família; que a pessoa tenha a chance, tenha uma oportunidade de vir, de contar, de conversar não só sobre doença, mas também sobre um problema, uma coisa particular, pedir uma opinião. Várias pessoas vêm aqui e me pedem uma opinião sobre a própria vida, até porque já tem aquela coisa de... aquele contato, né?” (M9).*

Este encontro na produção dos atos de saúde propicia que o profissional vá além do procedimento técnico e construa espaços interseçores onde as necessidades do usuário podem ser satisfeitas. É na conformação adequada entre as tecnologias duras (ferramentas-máquinas), leveduras (conhecimento técnico do profissional) e leves (interações ocorridas no momento do encontro entre profissional e usuário) que o cuidado se efetiva <sup>32</sup>. Quando assim feito, as ações extrapolam a atenção usuário-centrada, pois ao profissional é dada a possibilidade de vislumbrar a rede de atenção em que atua, o usuário, sua família, a comunidade e outros espaços envolvidos na produção do cuidado <sup>63</sup>.

Sobre o trabalho preventivo, um dos entrevistados discorre atrelando sua efetivação ao trabalho do agente comunitário de saúde: *“Na verdade, a Saúde da Família ela é uma metodologia totalmente diferente do resto. Antigamente, o cara ficava doente para procurar o serviço de saúde. Agora não: o serviço de saúde ele cura o cara antes dele ficar doente. Então eu acho que a grande inversão está justamente aí. A diferença, o que faz a diferença dentro de um posto de saúde comum e uma unidade de Saúde da Família justamente é essa questão de eu ter o agente comunitário. A peça fundamental dentro desta inversão é o agente comunitário” (E3).*

Outro fator positivo atribuído ao Saúde da Família é seu papel organizador da Atenção Básica, por ser *“o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”*<sup>21</sup> (p.10). Sobre isso, um dos respondentes pondera: *“Pra começar, aqui é a*

*primeira porta de entrada do paciente. Hoje em dia não vai mais ao hospital direto. Só quando está realmente na crise, está passando muito mal... Porque aqui é primário, né? Aqui você não atende emergência. Então ele te acolhe aqui. Não tendo jeito de resolver, a gente encaminha. E desabafa demais da conta! Desabafou muito o secundário: a policlínica e o hospital” (E10).*

Segundo Starfield (citada por Mendes<sup>12</sup>), a operacionalização da atenção primária nos sistemas de saúde deve se dar pelo cumprimento de seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Assim, quando os serviços de saúde se organizam em rede, tendo cada um sua especificidade, mas comunicando-se mutuamente – de forma a permitir a continuidade e o acompanhamento da atenção aos usuários -, a resolutividade do sistema de saúde é maior.

Este é o objetivo da estratégia Saúde da Família: que ela seja a porta de entrada preferencial e seja a articuladora da atenção entre os outros serviços da rede de cuidado do SUS. Entretanto, para que isso aconteça, é necessário que se superem a fragmentação dos sistemas de serviços de saúde e a priorização da atenção a condições agudas. Segundo Mendes<sup>12</sup>, isto só é possível com a qualidade da atenção primária.

Foram feitas, ainda, referências ao trabalho centrado na equipe e não mais exclusivamente na figura do médico: *“A grande questão do PSF está aí: nessa inversão na modalidade de atendimento, da assistência, né? (...) A peça central era o médico. Hoje em dia, a peça central é a equipe” (E3).*

O trabalho em equipe como tecnologia inovadora de trabalho em saúde em comunidades é um marco por descentralizar o trabalho de um profissional ou de um gestor para os demais trabalhadores, para os usuários e para a comunidade. Todos os trabalhadores da equipe são capazes de gerir a atividade a ser desenvolvida quando

pensam, decidem, executam, avaliam o trabalho realizado. Esta gestão do trabalho se dá não apenas a partir do conhecimento técnico, mas antes na interação que gera o trabalho coletivo, antecedente das ações individuais. Produzir saúde é antes co-gestionar o trabalho<sup>63</sup>. O trabalho em equipe passa, portanto, pela legitimação do outro - seja este membro da equipe, seja usuário - como co-produtor das práticas de saúde<sup>64</sup>.

Várias destas vantagens são consoantes com os princípios gerais do PSF desde sua criação até as políticas mais recentes. Apesar disso, desvantagens também foram referidas pelos entrevistados. Dentre elas estão a não-adaptação da população a este “novo modelo” e a sobrecarga de atividades. A fala que segue retrata as dificuldades enfrentadas pela equipe quando tem que servir de apagadora de incêndios, ao mesmo tempo que reconhece melhorar a referência e contra-referência dos usuários no sistema: *“Desafoga demais. Aqui são 40, 50 pacientes por dia. E, olha, a gente informando: “Gente, não é assim, calma” [...] É por isso que eu falo: tem que conscientizar o povo disso porque sobrecarrega a equipe”* (E10).

Um aspecto que leva à reflexão é o quantitativo descrito pelo entrevistado indicando que a consulta ainda se coloca enquanto ação de saúde prioritária, o que pode ser um obstáculo para a superação do modelo biomédico conforme preconizado pelas políticas de saúde.

Apesar de reconhecer a importância da Saúde da Família como reorganizadora da atenção, o entrevistado constata que o sistema é pouco eficiente para atender à demanda dos usuários da área adscrita. Como alternativa propõe que a população se “conscientize” de que não deve buscar a unidade de saúde “à toa”. A partir deste comentário e da observação do que ocorre no cotidiano das unidades de Saúde da Família, é de se pensar que mudanças devem ser feitas na organização do sistema de saúde deste município. Apesar das propostas de se colocar a Saúde da Família como entrada e como estratégia

prioritária da atenção primária – conforme os documentos oficiais sugerem – a resolutividade do sistema de saúde ainda é um desafio neste município devido à dificuldade de comunicação do PSF com os outros serviços de saúde.

Outro entrevistado (M2) discorre: *“A população entrar no modelo do PSF é muito complicado. Eles não entendem... é muito difícil fazer eles entenderem. Por mais que já esteja implantado há algum tempo [...], a população ainda insiste em se comportar no modo antigo e é difícil a gente fazer eles entenderem que o modelo do PSF é diferente e que, na verdade, é um modelo melhor. Eu acho, sem dúvida, que é um modelo melhor exatamente por causa disso: que ele cuida da prevenção”*.

A fala deste profissional é ilustrativa de uma percepção compartilhada por diferentes trabalhadores da estratégia Saúde da Família. É relativamente comum ouvir alguns deles dizerem que *“PSF é prevenção”* ou *“a população não entende o que é PSF”*, de maneira a imputar aos usuários o dever de, uma hora para outra, compreender uma proposta que é implantada sem a participação da população neste processo.

Como se viu, no município estudado, as primeiras equipes foram implantadas em 2003, algumas substituindo as unidades básicas de saúde e outras tendo sido alocadas em áreas em que anteriormente a Policlínica Microrregional era a referência. Ambas as modalidades contavam com atendimento realizado por médicos especialistas e não havia a necessidade de agendamento das consultas.

Diante disso, como esperar que a população adira a um novo modelo de atenção sem antes um processo coletivo de reestruturação da forma de cuidado?

#### *IV.5) Família como Unidade de Cuidado*

A família, nos últimos anos, tem sido colocada no centro das políticas sociais desenvolvidas pelos governos de todo o mundo. Nos países centrais, durante o pós-guerra, o Estado assumiu a responsabilidade de promover a proteção social de seus cidadãos, o que fez com que, aos poucos, o papel cuidador da família fosse subsumido<sup>65</sup>. Com a crise do Estado de Bem-Estar Social, todavia, os países industrializados redescobriram as relações informais que permeiam as famílias e as comunidades e passaram a apostar nessas redes como instâncias fundamentais para a consolidação da assistência e do cuidado<sup>66</sup>.

Segundo Carvalho<sup>65</sup>, atualmente, nenhuma das duas partes atua isoladamente, ou seja, nem é o Estado o maior provedor de suporte (haja vista a desinstitucionalização de idosos, crianças e portadores de sofrimento psíquico), nem à família é atribuída toda a função de cuidar (já que é possível encontrar serviços de referência nas áreas de saúde e assistência social). O objetivo é que as políticas de saúde e de assistência social venham “*compor com a família projetos e processos mais efetivos na proteção social*”<sup>65</sup> (p.269).

A partir da segunda metade da década de 90, se intensificaram os programas governamentais que têm privilegiado as famílias como unidade de ação. Estes se voltam, preferencialmente, para os estratos mais pobres da sociedade.

Alguns autores chamam atenção para o fato de as famílias pobres se conformarem em rede, ou seja, a dimensão familiar está além do espaço-domicílio.

Fonseca<sup>67</sup> afirma que muitos moradores de bairros pobres pensam não em termos de “casa”, mas de “pátio”. A disponibilidade de extensão da casa num terreno e a proximidade dos domicílios possibilitam a reciprocidade das tarefas domésticas. A autora fornece alguns exemplos que mostram esta configuração em rede. Quando uma mulher trabalha fora, outras se dispõem a prover a alimentação e o cuidado dos filhos pequenos que ficaram em casa e é freqüente uma “circulação de crianças”, não sendo incomum a

referência dos pequenos a duas ou três mães. A repartição dos alimentos entre os que moram próximos configura a solidariedade entre os moradores. A dimensão temporal é demonstrada quando a avó cuida dos netos, aguardando (talvez não de forma consciente) o cuidado nos anos posteriores de sua vida<sup>67</sup>.

Além desses exemplos, a noção tradicional de ciclo familiar - que vai do casamento, nascimento e crescimento dos filhos, saída destes da casa dos pais até o envelhecimento dos pais e seu sentimento de vazio - é substituída por outra dinâmica (casamento dos pais após nascimento dos filhos e permanência dos adultos jovens na casa dos pais, por exemplo)<sup>67</sup>.

Essas formas de configuração – para citar apenas algumas – demonstram a dinamicidade das relações familiares. Estas condições denotam a formação de redes de apoio social, especialmente nas classes populares.

Valla<sup>68</sup> define apoio social como

qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras (p. 41).

Este autor afirma que o apoio social tem uma importante função na manutenção da saúde, na prevenção de doenças e no cuidado nos momentos de recuperação da saúde. Além disso, contribui para o sentimento de controle sobre a vida, sendo um fator de proteção da saúde<sup>68</sup>.

Assim, a noção de família nas classes populares, ao contrário de desestruturadas, se pauta pela formação de redes de apoio social. Sarti<sup>69</sup> ressalta que a família não se circunscreve ao grupo genealógico, já que o parentesco se refere àqueles com quem se

convive. Desta forma, “são da *família* aqueles *com quem se pode contar*, quer dizer, *aqueles em quem se pode confiar*”<sup>69</sup>(p. 33).

A estratégia Saúde da Família encontra-se no centro do debate no setor saúde. Em última análise, as equipes de Saúde da Família, como representantes finais das políticas de governo voltadas para a atenção à família, devem constituir esta parceria no que diz respeito ao cuidado. Para isso, faz-se necessário que os profissionais envolvidos conheçam as relações familiares e as implicações destas e dos demais determinantes da saúde sobre a vida dos membros das famílias.

Quando se trata de entender as relações familiares e de ser parceiro das famílias, não se prescinde do cuidado compartilhado. Compreender que os diferentes grupos humanos constroem diferentes definições sobre saúde e doença é um passo importante para atuar nesse recente modelo de atenção e para analisar a interação do sistema de saúde com os indivíduos que utilizam-no<sup>70</sup>.

Um desafio para a estratégia Saúde da Família, portanto, é ser capaz de pensar além do agrupamento de indivíduos num domicílio. Olhar o sujeito como parte de uma rede pode ajudar o profissional de saúde a promover a integralidade do cuidado.

Este olhar integral, todavia, ainda encontra dificuldades para se efetivar. Pela indistinção entre indivíduo, família e demais grupos comunitários, qualquer ação da equipe na comunidade é considerada cuidado à família<sup>15</sup>. As condições de vulnerabilidade das famílias devem ser levadas em conta no planejamento das ações das equipes – inclusive no dos “*atendimentos em grupo*”. Sem isso, os profissionais de saúde correm o risco de se orientar apenas por programas padronizados pressupostos pelo governo federal e de deixar de considerar as necessidades loco-regionais<sup>15</sup>. Deste modo, é relevante que as equipes, após o cadastramento, analisem que desdobramentos as dinâmicas familiares têm sobre a saúde dos indivíduos<sup>26</sup>.



Partindo dessas considerações, questionou-se aos entrevistados se suas equipes eram capazes de trabalhar com a família como unidade de cuidado. A análise dos dados mostrou que não houve uma tendência central para as respostas.

Entre os que responderam que sim (E1, M5, E6), um dos argumentos foi que a equipe é capaz de diagnosticar quando uma patologia tem origem em conflitos familiares: *“a gente acaba se envolvendo. Às vezes a gente descobre o porquê de uma patologia, porque que aquela mulher está sempre com dor de cabeça, faz exame, não descobre nada e aí, depois, a gente vem a saber que o filho dela, vamos supor, mexe com drogas, está na marginalidade, é uma preocupação constante”* (E1).

Houve ainda o argumento que atribui o trabalho com famílias ao compartilhamento do cuidado entre profissionais de saúde e os familiares: *“quando a gente nota um problema, quando a gente percebe um problema com um certo indivíduo, a gente tem que ir, tem que... [...] A família tem que abraçar, a gente tem que comunicar, a família tem que ser comunicada. Ela tem que se envolver nisso.”* (M9).

Ademais, outra perspectiva apontou para a importância dos agentes comunitários em atrair para a unidade pelo menos um dos membros da família: *“A idéia principal seria essa, né? Só que a gente tem famílias que algumas pessoas da família se disponibilizam a virem aqui ou a receber os agentes de saúde em casa – o que não acontece, às vezes, com todo mundo da mesma família. Na medida do possível, eu acredito que aqui os meninos conseguem sim captar muita... força para a reunião do maior número de famílias... de representantes de uma família possível, entendeu?”* (M7).

As visitas domiciliares, o cuidado compartilhado e a visão ampliada sobre o processo saúde-doença são estratégias para o trabalho com as famílias. Mas, conforme destaca Marsiglia<sup>26</sup>, é importante também que as equipes questionem, a todo momento, se a unidade de trabalho tem sido realmente a família ou se são pessoas que

compartilham uma unidade residencial. Esta separação é tênue porque, apesar de se tratar da saúde da *família*, na prática, o PSF adotou o espaço domiciliar como foco das informações. Quando é feito o cadastramento das famílias, as equipes anotam na *ficha A* dados sobre o número de residentes no domicílio, sua idade, ocupação e doença referida, situação física da moradia e saneamento, e outras informações como uso de planos de saúde ou meios de transporte e de comunicação utilizados pelos residentes <sup>30</sup>.

Sobre esta questão, Oliveira e Marcon<sup>71</sup>, após estudo sobre o atendimento à família prestado por enfermeiros da estratégia Saúde da Família, concluem que o que ocorre é a “*assistência ao indivíduo que tem família, e não assistência à família*” (p. 71). Esta é a mesma conclusão a que chega um dos entrevistados (E3) neste estudo: “*Deveria trabalhar [com a família]. E eu te falo que a gente está mais pra longe do que pra perto de fazer [...] A gente vai tentando, na medida do possível, fazer o possível, mas esse atendimento família [ênfase] eu acho que ainda não acontece não. Eu acho que é muito específico. Eles vão na casa do cara pra ver o hipertenso, não pra ver a família do hipertenso, não é pra ver a família dele como um todo*”.

A razão atribuída a este fato por Oliveira e Marcon<sup>71</sup> é que a atenção à saúde permanece moldada pela assistência individual que marcou o sistema de saúde brasileiro e a formação profissional por longo período. Assim, para atender verdadeiramente às famílias, as autoras consideram importante que os profissionais de saúde busquem instrumentos específicos desenvolvidos pela literatura acadêmica, principalmente nas áreas da sociologia e da antropologia. Refletir sobre essa questão é relevante porque mantém acesa na rotina de trabalho a perspectiva de um modelo de atenção diferenciado, tão citado pelos profissionais de saúde.

Soubhi e Potvin <sup>72</sup> apontam três estratégias de intervenção que visam à promoção da saúde no cenário familiar. A primeira diz respeito à reestruturação de hábitos entre os

membros da família, motivadas por informações que atinjam as interações dentro dos domicílios e o sistema de crenças e processos cognitivos próprios da família. Neste âmbito, os profissionais de saúde teriam o papel de facilitar escolhas saudáveis e, através do diálogo, negociar com a família a maneira mais efetiva de realização do cuidado.

A segunda intervenção se daria nas estruturas sociais e econômicas mais amplas, no sentido de prover maior acesso dos membros da comunidade a bens sociais como moradia, alimentação e saneamento básico.

A terceira forma de intervenção é referente às ações em rede. Os programas de promoção da saúde visariam à ação sobre os padrões familiares de comunicação, crenças e valores juntamente com a provisão de bens sociais de maneira a facilitar a mudança.

Como a família é o sistema de influência mais imediato sobre o indivíduo, os autores defendem que ações de empoderamento das comunidades e população devem também passar pelo cenário familiar <sup>72</sup>.

Esta estratégia de promoção da saúde vai ao encontro das proposições de se atingir os determinantes sociais da saúde partindo dos diferentes núcleos que afetam a vida dos indivíduos. Propor mudanças no estilo de vida dos grupos parece ser insuficiente, já que é a associação de variados fatores que influencia a saúde dos indivíduos.

A ação da população organizada é apontada por Ferreira e Buss <sup>5</sup> como “*elemento fundamental para realização do diagnóstico e para o estabelecimento de um plano de ação para a promoção da saúde que mobilize o Estado e a sociedade*” (p.21). Desta maneira, o trabalho com famílias, por ser parte da recente configuração das políticas sociais, deve ser responsabilidade não só das equipes de saúde, mas também de outros setores da sociedade e das três esferas de governo a fim de que se faça frente aos determinantes sociais da saúde.

Evidencia-se preocupação em incluir a família no cuidado. No entanto, as ações que consideram os ciclos da vida familiar e suas relações com a saúde e o cuidado ainda são incipientes da estratégia Saúde da Família.

#### *IV.6) A prática educativa nos grupos de hipertensos*

A partir das falas dos entrevistados, destacaram-se duas modalidades básicas de práticas educativas voltadas para hipertensos desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família do município estudado: palestras e grupos periódicos.

Palestra é definida pelos entrevistados como a reunião de indivíduos hipertensos aos quais são oferecidas informações sobre o tratamento e a prevenção de agravos específicos. Nas palestras, a equipe não estabelece o número de convidados nem a periodicidade entre uma reunião e outra. Três das unidades realizam esta modalidade de atendimento, sendo que uma delas, num período de três anos, só fez este tipo de reunião uma vez. A justificativa para tal é a reestruturação das atividades da unidade.

Por grupos periódicos entende-se o trabalho desenvolvido junto a um número restrito de hipertensos a cada reunião (entre dez e quinze) e cuja periodicidade com que a equipe realiza os grupos é maior (semanalmente). Há uma rotatividade maior de usuários, tendo em vista que a programação pretende contemplar, a cada reunião, moradores da mesma microárea. Uma das unidades realiza esses grupos e em outra este trabalho não é mais desenvolvido sob o pretexto de que os usuários têm pouco interesse em participar.

Uma sexta unidade efetua ambos os modelos e a sétima desenvolve um trabalho semanal (com aproximadamente quarenta hipertensos) que inclui caminhadas, consultas, exames clínicos e mostra de vídeo informativo.

O convite para a participação das reuniões é feito, na maior parte das vezes, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares.

Entre as principais estratégias referidas pelos profissionais para contar com a participação do público estão: o uso de linguagem acessível, a aferição da pressão arterial ao final da reunião e a adoção de uma postura acolhedora para responder às dúvidas dos usuários. Alguns profissionais, inclusive, apontam a oferta de lanches e brindes como uma técnica também eficaz para atrair o público (M2, E6, E8). Outros, porém, discordam: *“que eu acho que ganhar eles igual eu vejo algumas unidades fazendo... ‘A gente vai chamar hipertenso e vai montar depois, no final da palestra, um cafezinho com os alimentos que eles podem comer’ [...] Eu acho que isso daí não deveria ser o ponto de partida para chamá-los [...] O que a gente tem visto é que eles estão vindo por causa do lanche no final. Não. Você tem que ir porque eles têm que saber sobre isso”* (E3).

Esta última frase é uma afirmação que reforça o pensamento de Cunha<sup>73</sup> quando diz que o pensamento liberal conserva a noção de que a educação serve para desenvolver certos talentos e vocações individuais que habilitarão sua participação na vida social. A educação liberal teria como pressuposto a idéia de que basta oferecer iguais oportunidades de educação que os indivíduos desenvolveriam suas potencialidades. Se o indivíduo não aprende é porque optou por abrir mão da oportunidade de se desenvolver ou porque possui alguma deficiência intelectual<sup>73</sup>.

Ainda, reforça-se a idéia de que a educação é a panacéia para os problemas sociais. Na saúde, a reprodução desta visão se dá quando profissionais e gestores imaginam que os problemas de saúde (ou seu agravamento) ocorrem porque falta à população o conhecimento sobre as doenças. Assim, *“se um desvio aparece, basta educar as pessoas, pois a inteligência, a ciência e a razão seriam suficientes para corrigir esses desvios”*<sup>10</sup> (p. 41).

Além disso, entender o grupo como uma obrigação, dificulta o desenvolvimento de um espaço de promoção da saúde e empoderamento. Os grupos devem ser envolvidos por uma atmosfera prazerosa, onde usuários e profissionais de saúde têm a possibilidade de encontrar-se para a troca de conhecimentos e a conclusão sobre a condução mais eficiente do tratamento. Desta forma, o acolhimento pelos profissionais, que transformam a suposta distância entre saberes em construção conjunta do cuidado necessário, é fundamental para que o grupo vá além de um agrupamento de pessoas. Quando assim é feito, o lance pode ser até uma maneira de reforçar vínculos.

É comum nas práticas educativas dos serviços de saúde solicitar a participação dos usuários, o relato de suas experiências. Mas, uma vez passada sua fala, procura-se voltar ao assunto do qual se falava com a certeza de que a intervenção foi importante, mas sem conteúdo ou valor para o desenvolvimento do tema<sup>74</sup>. Ao saber popular procura-se acomodar o saber científico, como se a partir do momento em que o usuário se dispôs a ir à reunião ele estivesse apto a receber os conteúdos informativos e isso, por si só, o faria mudar de hábitos<sup>75</sup>.

A igualdade de oportunidades é um fator importante para promover a equidade. Entretanto, a oferta de oportunidades não é garantia de acesso à informação. Neste trabalho, consideramos o método educativo um fator impeditivo ou facilitador para este acesso, dependendo da forma como se efetiva na prática.

A possibilidade de construir o conhecimento de forma conjunta, de maneira que o profissional de saúde e o usuário sejam tanto aprendizes quanto educadores, é uma das propostas de educação nos serviços de saúde. Tornar o pensamento crítico, tanto do educador quanto do educando, permite que se supere a visão unicausal da doença para entendê-la como multideterminada. Ao indivíduo não deve ser imputada toda a culpa por

seu estado de saúde, mas deve-se pensar criticamente sobre que fatores convergem para que o processo saúde-doença aconteça.

Sobre o impacto da educação com grupos, houve uma tendência a argumentar que apenas com o tempo é que poderia notar-se a relevância prática deste trabalho. A função da equipe, no momento atual, é lançar as bases para um impacto futuro, a ser notado, às vezes, apenas na geração seguinte. Como exemplo, a fala de um dos entrevistados (E3): *“a gente tem que começar a plantar a semente agora que, muitas vezes, a gente nem vai ver essa semente crescer lá na frente. Então a gente está começando um movimento agora que só daqui a uns trinta ou quarenta anos a gente consiga ver alguma modificação dentro da estrutura familiar das pessoas”*.

Esta colocação traz de inédito a possibilidade de se permitir que os usuários apreendam os conteúdos apresentados nas reuniões de hipertensos e os ressignifiquem no interior da família. Ainda, pelo fato de existir proximidade – inclusive territorial – entre as famílias e as equipes de Saúde da Família, é possível que os profissionais de saúde sejam facilitadores para as escolhas saudáveis desde a infância até a idade adulta e velhice. Além disso, o estímulo ao estilo de vida saudável vem sendo reforçado pelos meios de comunicação de massa, especialmente desde a década de 1990. Diante deste quadro, ainda que os impactos não sejam notados a curto prazo, a ação das políticas públicas sobre os diferentes sistemas e contextos que cercam as famílias pode contribuir para a saúde das mesmas<sup>72</sup>. Tais ações podem desenvolver as competências individuais e coletivas necessárias para que cada pessoa atinja um estado de saúde satisfatório.

Um outro fato importante na fala do entrevistado acima é a consideração de que a educação é um processo cujas repercussões poderão estar presentes no modo de vida das gerações seguintes. As crianças incorporam certas formas de proceder compartilhadas pelo grupo no qual está inserida<sup>42</sup>. Portanto, na idade adulta, determinados saberes

práticos adquiridos a partir da socialização são parte cristalizada das estratégias adotadas pelos indivíduos para viver e atuar sobre o mundo.

Bourdieu <sup>76</sup> chama atenção para um sistema de valores implícitos, compartilhado desde a infância de maneira indireta e que orienta a postura do agente frente a determinada situação ou em determinado espaço. Este sistema o autor denomina *capital cultural*. Devido a esse capital compartilhado é que “os sujeitos são, de fato, agentes que atuam e que sabem, dotados de um senso prático [...], de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão (o que comumente chamamos de gosto), de estruturas cognitivas duradouras [...] e que orientam a percepção da situação e a resposta adequada” <sup>77</sup> (p.42). É este *senso prático*, que estrutura nossas tomadas de decisão, que Bourdieu chama de *habitus* (op.cit.).

Quando consideramos a educação de adultos, não se pode esquecer que os sujeitos são detentores de conhecimento. O papel do educador, portanto, é captar o que já é conhecido pelos sujeitos – ainda que tais conteúdos se apresentem de maneira desorganizada – e fazer a devolução organizada daquilo que já faz parte da realidade dos mesmos <sup>78</sup>. Para tal, é importante que os conteúdos a serem tratados partam da existência dos educandos e que o método seja o diálogo e a problematização <sup>78</sup>.

A função de apoio social exercida pelo grupo é também considerada importante por servir como um cenário onde se podem compartilhar experiências e reforçar a manutenção das escolhas saudáveis: “A pessoa tem um incentivo, ela se sente incentivada, se sente motivada a encontrar com outras pessoas que, como aqui, no caso, são até mesmo os vizinhos delas, pessoas que elas conhecem... Já tem certa afinidade, e trocar idéia. O que é que está fazendo de certo, “o que é que a fulana faz de certo e que eu não faço?”, “que eu tô fazendo de errado que eu posso mudar?”, “aconteceu aquilo com a fulana que não tomou remédio, eu tenho que me cuidar pra não acontecer comigo



*também”. Então, assim, essa comunicação entre os pacientes é muito importante, né? E acaba também que um acaba estimulando dúvidas de outros” (M7).*

O acompanhamento periódico realizado pela equipe e a territorialidade são também apontados como importantes fatores para a efetividade das reuniões de hipertensos. Comparando a atenção oferecida ao hipertenso entre uma unidade de saúde tradicional e a estratégia Saúde da Família, uma das entrevistadas (E6) afirma: *“Não tem [na unidade tradicional] essa fiscalização, entre aspas, do procedimento fora da unidade. E aqui a gente faz isso. Às vezes até encontra com o hipertenso na rua e a gente pergunta: ‘oh, como é que está?’. Se a gente vê, por exemplo, comendo um pastel, a gente já sabe que ele não está seguindo à risca o que ficou determinado pra ele”* .

De acordo com essa entrevistada, o profissional de saúde tem também o papel de vigiar as atitudes dos usuários e propor-lhes comportamentos que, em consonância com o ponto de vista técnico, é o saudável. Não se deve esquecer, entretanto, que o papel do profissional como promotor da saúde é facilitar escolhas saudáveis. É importante que o profissional de saúde adote uma postura acolhedora, mas deixando que o sujeito tenha autonomia sobre suas decisões. É nesse espaço que o diálogo deve funcionar não para convencer, mas para que usuário e profissional, com seus conhecimentos, venham a construir condutas terapêuticas eficazes <sup>28</sup> .

Como pode ser analisado, as falas denotam certa perplexidade quando dão ênfase aos limites e possibilidades do saber técnico-científico diante das situações cotidianas. Apesar da importância de o profissional de saúde ter este saber, o método pedagógico só pode ser desenvolvido *in loco*, na situação concreta. Pelo fato de os profissionais e a população terem olhares diferentes para uma mesma experiência, a elaboração de um projeto antes do contato com o grupo que se pretende trabalhar, tende a não mobilizar nem os usuários (porque os temas tratados podem não corresponder às suas

necessidades), nem os profissionais (que se sentirão frustrados porque as pessoas não aderem ao procedimento) <sup>15, 68, 79</sup>.

Minayo <sup>80</sup>, a partir de estudo empírico, conclui que o conhecimento popular sobre a etiologia das doenças é fruto das “*condições materiais da existência no tempo e no espaço*” (p. 365), isto é, a causa de determinada doença é atribuída a experiências de vida das pessoas. Essas concepções de origem da doença se reorganizam, a todo momento, no contato com outras práticas, sejam elas da medicina oficial, sejam de sistemas alternativos. Essas explicações da doença, segundo esta autora, não são mera imitação da medicina oficial, mas são alternativas que se configuram por uma expressão cultural e histórica. Completando esta idéia, Valla <sup>74</sup> afirma que “*os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional*” (p. 15). O que geralmente se faz é oferecer o conhecimento técnico-científico por julgar que o da população é inferior, quando, na verdade, é apenas diferente <sup>74</sup>.

O conteúdo a ser trabalhado na prática educativa não pode partir, portanto, de uma suposição (ou imposição) do educador. Segundo Freire<sup>81</sup>, “*na prática problematizadora, dialógica por excelência, este conteúdo [...] se organiza e se constitui na visão do mundo dos educandos, em que se encontram seus temas geradores. Por tal razão é que este conteúdo há de estar sempre renovando-se e ampliando-se*” (p. 119).

Vasconcelos <sup>15</sup>, ao tratar da prática educativa nos serviços de saúde, afirma que, pelo fato de os profissionais de saúde não se aproximarem da dinâmica popular, as ações educativas se consolidam de maneira autoritária, pois, além de impor ações a serem seguidas, atribuem aos usuários a total responsabilidade pela sua saúde.

No presente estudo, observou-se que um problema apontado de maneira recorrente foi a dificuldade de argumentação e proposição de mudanças de *hábitos*

voltadas para adultos hipertensos: “[...]Lá o hábito é muito difícil. Lá é gordura de porco, que é prejudicial para a saúde... Aquelas comidas reforçadas, com o prato cheio... Então, colocar nas cabeças das pessoas que tem que ser um prato balanceado, que tem que ter verdura, legumes – essas coisas assim – é muito difícil. E medicação também é muito difícil eles tomarem por causa da maioria não saber ler” (E4).

Outro profissional de saúde (E10) também relata a dificuldade que enfrenta de “convencer” os hipertensos a comer menos e de maneira mais saudável: “Eu estou rebolando pra tirar o consumo alto [de gordura de porco]. O pessoal acha que não sustenta. Não, eles falam o seguinte: ‘não me enche’. Aí eu explico, eu falo: ‘Gente, a gente se alimenta é pra ficar satisfeito, não é pra encher não’. Às vezes eu brinco: ‘é falta de educação. Tem que comer moderadamente, direitinho...’. ‘Ah, mas não dá’. Eu falo: ‘Calma que dali a um mês você vai acostumando’” .

Maciel<sup>82</sup> afirma que, para além da função de nutrir o organismo, a alimentação é marcada pela sociedade em que um indivíduo vive. A escolha dos alimentos, a forma de prepará-los e suas técnicas de conservação distinguem os grupos humanos. Assim, a alimentação é também uma característica da cultura de determinado grupo.

Aspectos referentes à região onde se vive<sup>83, 84</sup>, à idade do sujeito<sup>85</sup>, à posição social que ocupa<sup>85</sup> e ao sistema de produção e abastecimento<sup>86</sup> influenciam o ato alimentar.

Quanto ao aspecto etário, Daniel e Cravo<sup>85</sup> afirmam que os adultos, socializados em certos padrões alimentares, “vivem uma situação conflituosa entre comer aquilo que é apreciado em nossa cultura (feijoada, costela, lingüiça, quindins, tortas, cerveja) e aquilo que é entendido como saudável” (p.63). As mesmas autoras afirmam, com base em relatos de Zaluar (citado por Daniel e Cravo<sup>85</sup>) que nas camadas de baixa renda as

peças tendem a alimentar-se até sentirem-se de barriga cheia, condição que só é obtida “por meio de arroz, feijão, macarrão, alimentos gordurosos”<sup>85</sup> (p.65).

A argumentação do usuário que se defronta com a contra-argumentação do profissional pode ter resultado negativo, uma vez que cada parte colocará seu ponto de vista e o diálogo ficará subsumido. Até porque, para tratar de alimentação, deve-se considerar as necessidades das pessoas, necessidades estas que se reportam às características e aos valores do grupo social e da rede de relações sociais a que pertencem os usuários<sup>83</sup>.

Assim, além de saber que o consumo excessivo de carne de porco conduz ao risco de doenças cardiovasculares, o profissional que realiza atividades educativas deve considerar, nessa situação, quais serão as informações adequadas àquele grupo, questionar se a recomendação em cortar o uso levará à não-ingestão, pensar sobre a forma como deve recomendar, avaliar se é apenas a carne de porco o elemento da dieta a aumentar o risco de agravamento da doença, propor alimentos alternativos acessíveis àquela população. Tudo isso no momento mesmo em que se constitui o diálogo com os participantes dos grupos.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial<sup>87</sup> elencam sete fatores que podem contribuir para o controle da hipertensão: controle de peso, observância do padrão alimentar, redução do consumo de sal, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos, abandono do tabagismo e controle do estresse psicoemocional. Considerando que todos esses fatores são passíveis de modificação pelos indivíduos, mas que, ao mesmo tempo, têm estreita relação com as condições de vida, supõe-se que a adesão a um estilo de vida diferente seja permeada por dificuldades, conforme os próprios entrevistados apontaram.

Como reorientar as práticas de forma que se supere a visão de que basta que os usuários sigam determinadas receitas para que todos os problemas de saúde sejam resolvidos? Uma das barreiras é que geralmente não são levantadas considerações sobre as limitações que fatores macro-estruturais (culturais, políticos e econômicos) opõem às ações individuais <sup>15</sup>.

Responsabilizar os profissionais de saúde não contribui para entender esta questão. É importante salientar que a ciência que orienta sua formação é construída por conteúdos acadêmicos que por si só não são suficientes para compreender a dinâmica do cotidiano dos sujeitos do cuidado. Uma das estratégias pedagógicas que aproximaria as tecnologias leves<sup>32</sup> a esse conteúdo poderia ser a formação por competências.

Neste trabalho, assume-se o conceito de Perrenoud<sup>88</sup> que define competência como *“uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a ele”* (p. 7).

A formação profissional deveria promover postura reflexiva, de questionamento dos esquemas utilizados nas situações concretas. Essa formação reflexiva só é possível com a prática, com um longo treinamento e com as simulações feitas durante o curso. Diria ainda que o contato com a dinâmica dos moradores da área adscrita, investigada de maneira sistemática para descobrir-lhe as características singulares, é também imprescindível.

Perrenoud<sup>89</sup>, a esse respeito, afirma que enviar os alunos para situações do tipo “pule na água e nade!” não garante a aquisição de competência. Nesse sentido, solicitar que profissionais de saúde desenvolvam ações de educação problematizadora, sem uma formação prática e reflexiva prévia, é apenas reproduzir práticas de educação bancária que surtirão nenhum ou pouco efeito na promoção da saúde dos usuários.

A partir de um modelo pedagógico problematizador<sup>90</sup>, a educação nos serviços de saúde, desta forma, pode incorporar em seu conteúdo o levantamento das determinações sociais envolvidas no universo dos hipertensos da área adscrita e que estão disponíveis nos cadastros das famílias na unidade de saúde. A participação dos agentes comunitários de saúde no planejamento e no desenvolvimento dos grupos pode também contribuir para o enriquecimento dos dados sobre a população atendida. Para que tenham efeitos, é importante que os grupos educativos façam sentido para os usuários. A frequência a palestras descontextualizadas e homogeneizantes provavelmente não implicarão no processo de mudança de estilo de vida.

Nesta pesquisa, o trabalho com grupos é visto pelos entrevistados como a possibilidade de se estabelecer um cenário onde se realizam trocas de experiências, o que proporciona a construção compartilhada do saber.

Perguntou-se aos profissionais também sobre o porquê de a unidade desenvolver prática educativa voltada para hipertensos e tê-los como os únicos grupos regulares. A causa mais lembrada pelos entrevistados foi a alta prevalência da doença na área de abrangência.

Dois profissionais, porém, atribuíram à facilidade com que os profissionais de saúde têm de atuar contra as doenças instaladas a razão dos grupos: *“A gente veio do atendimento tradicional. Então a gente sabe muito sobre hipertensão, muito sobre diabetes”* (E6).

Outros dois afirmaram que a razão está no fato de a atenção ao hipertenso ser uma das áreas programáticas da estratégia Saúde da Família. De fato, desde a NOAS 01/2001, o Ministério da Saúde definiu o controle da hipertensão arterial como uma das áreas estratégicas da Atenção Básica<sup>21</sup>, orientação que permanece presente na Política Nacional de Atenção Básica<sup>24</sup>.

Segundo os profissionais, os temas tratados nas palestras são ou decisão do profissional ou sugestões dos próprios participantes. Como forma de participação, estes formulam perguntas ou fazem relatos de situações ocorridas consigo próprios.

## CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, consideramos importante ressaltar que o uso apenas das entrevistas como técnica principal de pesquisa na coleta de dados primários representou um limite para este estudo. A adoção outras técnicas complementares - como observação participante e grupo focal com os usuários hipertensos - poderia ser feita em pesquisas posteriores como forma de contemplar a abrangência que o tema este trabalho encerra.

A análise dos dados secundários obtidos a partir da pesquisa documental, articulada aos dados primários, permitiu maior acercamento do objeto.

Ainda assim, retomando os objetivos da pesquisa e a discussão dos resultados, pudemos concluir que os atendimentos em grupo precisam caminhar para uma condição em que os usuários e os profissionais compartilhem conhecimentos e se eduquem mutuamente. Nessas condições, os momentos de encontro serão mais do que agrupamento de pessoas, mas um espaço de promoção da saúde e de desenvolvimento de apoio social.

A visão dos profissionais de que promover saúde é “*conscientizar as pessoas*” revela quão estruturado tende a ser o roteiro das reuniões, em geral calcadas em informações consideradas importantes para esta “*conscientização*”, e quão fechados tais roteiros estão para a contribuição dos usuários. Assim, ainda que os profissionais conheçam estilos de vida de grupos da comunidade, isto é usado contra o usuário e não como ponto para a problematização sobre as condições de vida e saúde na região. A participação dos hipertensos tende a ser pouco valorizada quando sua argumentação é rebatida por um ideal de estilo de vida colocada pelo profissional.

Para que os usuários também tenham as competências que promoverão a mudança de estilo de vida, é necessário mais do que a presença às palestras de trinta



minutos uma vez por mês. É importante que os profissionais considerem que não é pelo fato de existir uma doença em comum, que todos os usuários hipertensos são iguais e que aceitarão passivamente as recomendações. Por isso é que o planejamento feito a partir do conhecimento sobre a situação é fundamental. A criação de programas específicos, que contem com a participação desses usuários atendidos pela unidade de saúde, pode ser uma estratégia interessante.

Nesta mudança da imposição de saberes para uma abordagem por competências, é fundamental que os profissionais de saúde se impliquem na mudança para que, a partir daí, os usuários se tornem parceiros ativos do projeto permanente de promoção da saúde. Fazer perguntas como “O que você acha que você tem?” ou “Como você acha que podemos resolver essa situação?” ou “O que você pensa que pode ser feito por você?”, de maneira interessada e com escuta atenta, pode contribuir para que efetivamente se compartilhe saberes e os grupos passem a fazer sentido para os hipertensos.

Reiteramos, com base na literatura consultada, que criticar um hábito cristalizado a longo tempo, tomando como base apenas o conhecimento técnico, não garante a mudança deste hábito. Cada equipe, portanto, conhecendo seus pacientes e os fatores determinantes da doença na área, pode desenvolver programas que envolvam a participação de todos os atores deste processo.

Partindo dessas considerações, pudemos identificar três pontos importantes que poderiam servir de subsídio para pensar a organização das ações de saúde voltadas para hipertensos no município estudado.

O primeiro diz respeito à organização do sistema de saúde neste município. É recorrente na fala dos entrevistados que a atenção da gestão municipal está prioritariamente voltada para a Policlínica Microrregional, enquanto das equipes é cobrado o atendimento à demanda espontânea, de maneira que cada unidade atenda ao

maior número de usuários possível. Com isso, os profissionais de saúde relatam sobrecarga de serviço e falta de tempo para a realização de ações coletivas como os grupos de educação para a saúde.

A estratégia Saúde da Família, nesse contexto, desenvolve, prioritariamente, ações de pronto-atendimento, com pouco espaço para ações de vigilância da saúde, tais como prevenção e promoção da saúde. Considerando isso, os gestores devem analisar criticamente se a atenção básica tem sido realmente a orientadora das ações de saúde ou se não tem passado de unidades de saúde isoladas num contexto que está longe de se consolidar como uma rede de serviços. Podem servir de instrumentos para esta análise os seguintes itens: a pactuação das ações de saúde do município, o investimento (não apenas financeiro) na qualidade da atenção e do cuidado realizado pelas equipes de Saúde da Família, a satisfação dos profissionais da atenção básica, entre outros.

Um segundo ponto a ser considerado quando tratamos da estratégia Saúde da Família no município estudado é a formação dos profissionais de saúde para o atendimento na atenção básica. Não pretendemos culpabilizá-los já que as ações centradas em procedimentos técnicos constituem ainda os principais conteúdos dos cursos na área da saúde. Além disso, não se pode desconsiderar que a educação impositiva que recebemos nos bancos escolares tende a se reproduzir nos grupos educativos realizados nas unidades de saúde. Conforme já analisado, uma estratégia formativa eficaz poderia ser o questionamento dos profissionais sobre a eficácia das práticas educativas que têm realizado. Isso poderia propiciar a reflexão sobre como os grupos populacionais onde atuam se conformam, levando-os a considerar a educação nos grupos como ferramentas importantes para a promoção da saúde da população.

O terceiro ponto diz respeito aos usuários hipertensos que freqüentam os grupos realizados nas unidades analisadas. Seria importante em pesquisas posteriores questiona-

los sobre os fatores que os motivam a participar e se tais grupos os levam a refletir sobre sua forma de lidar com a hipertensão. Além disso, entrevistas com os usuários poderiam oferecer dados sobre até que ponto os grupos serviriam como espaço de promoção da saúde e como parte de uma rede de apoio social.

Assim, encerramos este trabalho na expectativa de que a devolução dos resultados para as equipes de saúde e para os gestores sirva como um instrumento a mais para aprimorar o debate sobre as práticas educativas e sobre as condições do sistema de saúde deste município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Viana ALd'A, Dal Poz M. A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* (Rio J.) 1998; 8 (Suppl 2): 11-48.
- 2 - Malta DC, Santos EP. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev Med Minas Gerais*. 2003; 13(4): 251-9.
- 3 - Organização Panamericana de Saúde [*homepage* na internet]. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários De Saúde, set. 1978, Alma-Ata. [acesso em 2006 jul 17]. Disponível em: [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf).
- 4 - BRASIL/Ministério da Saúde (2001). Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata (1978), Cartas de Ottawa (1986), Declarações de Adelaide (1988), Sundsväl (1991) de Santafé de Bogotá (1992), de Jakarta (1997), do México (2000). Rede dos Megapaíses. Brasília: Ministério da Saúde/PNUD.
- 5 - Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB (org). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiencia em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002. p. 15-37.
- 6 - Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 11-24.
- 7 - Escorel S, Bloch RA. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 83-119.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- 9 - Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 2003; 10(3):1037-51.
- 10 - Cardoso de Melo JA. Educação sanitária: uma visão crítica. *Cad Cedes*. 1987; 4: 28-43.

11 – Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima nt, Gershman S, Edler FC, Suárez JM (org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.59-81.

12 - Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

13 - Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos dos direitos à saúde. In: Guimarães R, Tavares RAW (orgs). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 73-111.

14 – Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trab educ saúde. 2005; 3 (1): 9-20.

15 - Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 3ª. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

16 - Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13(1): 23-34.

17 - Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 481-502.

18 - Brasil. Conferência Nacional de Saúde, 10ª. Relatório Final. Brasília, 2-6 setembro, 1996.

19 - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Rev bras saúde matern infant. 2003; 3(2): 221-24.

20 - Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na internet]. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Apresentação. [acesso em 2008 mar 13]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php?area=3067A1B0C0D0E0F3067G1906HIJd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>.

21 - Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica: vocação municipal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

- 22 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 23 - Brasil. [homepage na internet]. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [acesso em 11 nov 2006]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
- 24 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 25 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso em 2008 mar 13]. Disponível em : [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php).
- 26 - Marsiglia RMG. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: Acosta, AR, Vitale MAF (org). Família: redes, laços e políticas públicas. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; 2005. p. 169-74.
- 27 - Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad saúde pública. 1998; 14(2): 429-35.
- 28 - Vasconcelos EM. A construção conjunta do tratamento necessário. [acesso em 18 set 2006]. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). pp. 1-11. 2006.
- 29 - Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. Int J Health Services. 1977; 7(4): 663-80.
- 30 - Brasil. Ministério da Saúde. SIAB: manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 31 - Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
- 32 - Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de Saúde. In: Ministério da Saúde. VER-SUS/Brasil: Caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 33 - Myers DG. Psicologia Social. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2000.

- 34 - Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- 35 – Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud psicol (Natal)*. 2003; 8(3): 515-23.
- 36 – Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad saúde pública*. 2003; 19(4): 1039-47.
- 37 – Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo e cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2004; 9(4): 1057-66.
- 38 – Oliveira DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev latinoam enferm*. 2005; 13(3): 423-31.
- 39 – Berkman L, Syme L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of alameda county residents. *Am J Epidemiol*. 1979; 109(2): 186-204.
- 40 – Lacerda A. Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- 41 - Brandão CR. O que é educação. 47<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 2006
- 42 - Durkheim E. Educação e sociologia. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Melhoramentos; 1978.
- 43 - Dewey J. Democracia e educação. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Nacional; 1959.
- 44 - Freire P. Pedagogia do oprimido. 44<sup>a</sup> ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
- 45 - Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Ministério da Saúde. Cadernos de educação popular em saúde. No prelo.
- 46 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- 47 - Schall V.T., Struchiner M. Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: teorias e tendências pedagógicas. In: Czeresnia D, Santos EM, Barbosa RHS, Monteiro S (orgs). Aids: pesquisa social e educação. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. p. 84-105.
- 48 - Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13(1): 23-34.
- 49 - Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1995.
- 50 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
- 51- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Públ.1993; 9(3):239-62.
- 52 - Tavares MFL. Saúde da criança e formação no trabalho: a prática com e como saber [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
- 53 - Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet] . IBGE Cidades@. [acesso em 03 dez 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
- 54 - Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 03 dez 2006]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=316070&NomeEstado=MINAS%20GERAIS](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=316070&NomeEstado=MINAS%20GERAIS).
- 55 - Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.15-38.
- 56 - World Health Organization [homepage na internet]. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005. [acesso em 20 out 2006]. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/print.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).
- 57 - Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. Physis (Rio J.). 2007; 17(1):15-28.
- 58 - Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis (Rio J.). 2007; 17(1): 43-62.
- 59 - Organização Mundial da Saúde [homepage na internet]. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os



determinantes sociais de saúde. 2005. [acesso em 01 jun 2006]. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br).

50 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

61 - Berlinguer G. A doença. São Paulo: Editora Hucitec; 1988.

62 - Louzada APF, Bonaldi C, Barros MEB. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. 2007. p. 37-52.

63 - Barros MEB, Benevides R. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. 2007. P. 75-84.

64 - Gomes RS, Silva FH, Pinheiro R, Barros, MEB. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA (org). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2007. P. 19 – 36.

65 - Carvalho MCB. Famílias e políticas públicas. In: Acosta AR, Vitale AF (org). Família: redes, laços e políticas públicas. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2005. p. 267-74.

66 - Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Cienc saúde Col. 2005; 10 (sup): 243-53.

67 - Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde soc. 2005; 14(2): 50-9.

68 - Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface comun saúde educ. 2000; ago: 37-56.

69 - Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta, AR, Vitale MAF (org). Família: redes, laços e políticas públicas. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; 2005. p. 21-36.

70 - Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, Leal OF (org). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. p. 81-94.

71 - Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev esc enferm USP. 2007; 41(1): 65-72.

72 – Soubhi H, Potvin L. Homes and families as health promotion settings. In: Poland BD, Green L, Rootman I, editors. Settings for health promotion: linking theory and practice. London: Sage Publications; 1999. p. 44-85.

73 - Cunha LA. Educação e desenvolvimento social no Brasil. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1977.

74 - Valla V.V. Procurando compreender a fala das classes populares. In: Valla V.V.(org). Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2000a. p. 11-32.

75 - Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRJM. “Você aprende. A gente ensina”?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad saúde pública. 2006; 22(6): 1335-42.

76 - Bourdieu P. A escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: Nogueira MA, Catani A (orgs). Escritos de educação. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 39-64.

77 - Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 1996.

78 - Fernandes JV. Modelos, formas e modos de educação comunitária/popular/local. In: Apple MW, Nóvoa A (org). Paulo Freire: política e pedagogia. Porto: Porto Editora; 1998. p. 128-50.

79 - Lacerda A, Valla VV. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir a dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2005. p. 279-91.

80 - Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular a etiologia. Cad saúde pública. 1988; 4 (4): 363-81.

81 - Freire P. Pedagogia do Oprimido. 44<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

82 - Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? Horiz antropol. 2001; 7(16): 145-156.

83 - Canesqui AM. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: Canesqui AM (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 23-47.

84 - Maciel ME. Identidade cultural e alimentação. In: Canesqui AM (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 49-55.

85 - Daniel JMP, Cravo VZ. Valor social e cultural da alimentação. In: Canesqui AM (org). Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 57-68.

86 - Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

87 - V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [homepage na internet]. 13 de fevereiro de 2006. São Paulo; 2006. [acesso em 23 jun 2007]. Disponível em: [www.sbc.org.br](http://www.sbc.org.br).

88 - Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.

89 - Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed; 2002.

90 - Freire P. Educação como prática de liberdade. 17<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

## ANEXOS

### ANEXO I – QUADRO COMPARATIVO

<b>Período</b>	<b>Fato</b>	<b>Características</b>	<b>Repercussões sobre a educação em serviços de saúde/ formação profissional</b>
<b>Estado Novo (1937)</b>	Departamento Nacional de Saúde	Centralização das atividades sanitárias Ações de medicina curativa (hospitais gerais, sanatórios leprosários)	Sanitarismo campanhista
<b>Década de 1940</b>	Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)	Ações verticalizadas Campanhas sanitárias Cuidado centrado em postos de saúde e hospitais	Campanhas Responsabilização individual
<b>Década de 1950</b>	Expansão do SESP	Atenção médica, educação sanitária, saneamento básico, combate a doenças infecto-contagiosas e pesquisas em medicina tropical	Campanhas Responsabilização individual Integração do homem rural ao processo de desenvolvimento nacional Educação de grupos com recursos áudio-visuais e organização de comunidades
<b>Década de 1960</b>	Unificação da previdência (INPS) e Postos de Assistência Médica (PAMs)	Centralização política, administrativa e financeira da atenção à saúde Expansão dos postos de atendimento médico centrado em especialidades Atendimento médico aos trabalhadores formais	Programas de saúde pública voltados para grupo materno-infantil e doenças infecciosas
<b>Década de 1970</b>	Expansão da assistência médica individual	Expansão de leitos disponíveis em hospitais Assistências médica prestada por empresas privadas aos previdenciários Pagamento por Unidade de Serviço Especialização da medicina, sofisticação tecnológica (medicamentos e equipamentos)	Campanhas (especialmente para o planejamento familiar) Obscurecimento da prática educativa em serviços de saúde

<b>Fins dos anos 60 e década de 1970</b>	Emergência de movimentos sociais Criação de serviços comunitários de saúde Apoio da Igreja Católica aos movimentos sociais	Criação de experiências de atenção à saúde com participação popular. Exemplos: - Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação (Comsaúde) e Meio Grito, em Goiás - Experiência de Cabuçu e a criação do Movimento de Amigos de Bairro de Nova Iguaçu (MAB); Nova Iguaçu, RJ - Movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo - Criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS) - Projeto Montes Claros (MOC)	Incentivo à participação popular Integração profissionais de saúde/população Nascimento da educação popular em saúde
	Criação dos departamentos de Medicina Preventiva (Reforma Universitária de 1968) Expansão da Medicina Comunitária Criação do CEBES (1976) Criação da Abrasco (1979)	Produção do conhecimento aliado à prática política Valorização da Atenção Primária Revisão crítica da teoria preventivista	Estudo do processo saúde-doença centrado na coletividade (campo de Saúde Coletiva)
	Criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)	Interiorização das ações de saúde Utilização de pessoal de nível auxiliar proveniente das próprias comunidades	Proximidade da Unidade de Saúde com a população Participação comunitária na assistência à saúde
<b>Década de 1980</b>	Revisão do sistema de saúde previdenciário	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) Plano do CONASP: racionalização dos gastos; eficácia técnica; articulação entre redes federal, estadual e municipal Ações Integradas de Saúde (AIS): fortalecimento da rede básica ambulatorial, participação dos serviços municipais	Formação profissional questionadora dos relações entre profissionais de saúde e população
	8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)	Aprovação de um sistema único de saúde desvinculado da previdência	

	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – 1987	Adoção dos seguintes princípios básicos: universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade Caráter estadualista	
	Constituição Federal de 1988	Saúde: direito de todos e dever do Estado	
<b>Década de 1990</b>	Lei Orgânica da Saúde (1990)	Princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa e hierarquização e regionalização	
	Criação do Programa Saúde da Família (1994)	Trabalho centrado nas famílias e no território Valorização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde	Institucionalização da prática educativa nas unidades de saúde, realizada em grupos e voltadas, especialmente para áreas estratégicas
<b>Anos 2000</b>	Criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (2002)	Estimula a implementação e a consolidação do Programa Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes	Incentivo à participação da comunidade Valorização das características locais-regionais Práticas educativas circundantes entre diferentes enfoques, especialmente os preventivos, escolha informada e educação popular
	Pactos pela Saúde (2006)	Consolidação do SUS através dos Pactos pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS Estratégia Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica	
	Política Nacional da Atenção Básica (2006)	Saúde da Família: de programa a estratégia Saúde da Família assume caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional	
	Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)	Enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde da população Priorização de áreas tradicionalmente voltadas para mudança de estilos de vida pessoais	

## **Principais fontes:**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Cardoso de Melo JA. Educação sanitária: uma visão crítica. Cad Cedes. 1987; 4: 28-43

Scorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima nt, Gershman S, Edler FC, Suárez JM (org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.59-81.

Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. Hist ciênc saúde-Manguinhos. 2003; 10(3):1037-51.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos dos direitos à saúde. In: Guimaraes R, Tavares RAW (orgs). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 73-111.

Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trab educ saúde. 2005; 3 (1): 9-20.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

## ANEXO II – ROTEIRO DE ENTREVISTA

---

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICOS E ENFERMEIROS COORDENADORES DOS “ATENDIMENTOS EM GRUPO”

#### **Parte I: Dados concretos**

##### *Identificação*

Nome:

Telefone:

Data de nascimento:

##### *Formação profissional*

Formação básica:

Ano de conclusão do curso de graduação:

Instituição de ensino superior:

##### *Processo de trabalho na estratégia Saúde da Família(ESF)*

Formação prévia para o cargo que ocupa na equipe da ESF:

Carga horária semanal:

Outras atividades que realiza na rotina de trabalho:

Descreva um atendimento em grupo típico realizado por você:



## Parte II: Perguntas-base da entrevista

- ⇒ Para você, o que é saúde?
- ⇒ Em sua opinião, o que é Promoção da Saúde?
- ⇒ Pensando na sua prática de trabalho, em que circunstâncias você imagina ser possível promover saúde?
- ⇒ Pensando no seu trabalho em uma equipe de Saúde da Família, qual é a importância da ESF sobre outros modelos assistenciais?
- ⇒ Você considera que sua equipe seja capaz de trabalhar com a família como unidade privilegiada de cuidado? Em caso positivo, o que você pensa sobre isso?
- ⇒ Você é um dos responsáveis pelos grupos de hipertensos desta unidade de saúde. Que impacto você imagina que esses grupos têm sobre a saúde dos portadores de hipertensão arterial?
- ⇒ O SIAB considera que esses atendimentos em grupo têm função educativa. Pensando nos grupos que você desenvolve, como ocorre o processo ensino-aprendizagem?
- ⇒ Para você, qual é a importância do trabalho com grupos?
- ⇒ Por que esta unidade realiza os grupos de hipertensos?
- ⇒ De maneira geral, como são escolhidos os temas dos grupos?
- ⇒ Como e por que os usuários são chamados a participar desses grupos?
- ⇒ Há participação ativa destes usuários nos grupos, tanto em termos de presença quanto em termos de intervenção no decorrer da atividade? Se não, por que você imagina que esta falta de participação acontece?

### ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

<b>Enfermeiro 1</b>	Sexo: Feminino Ano de conclusão do curso de graduação: 2001 Idade: 35 anos Formada em instituição de ensino superior pública. Especialista em Saúde da Família
<b>Médico 2</b>	Sexo: Masculino Ano de conclusão do curso de graduação: 2004 Idade: 25 anos Formado em instituição pública de ensino superior. Durante a graduação, fez estágios em Unidades de Saúde da Família Maior nível de formação: Graduação
<b>Enfermeiro 3</b>	Sexo: Masculino Ano de conclusão do curso de graduação: 2003 Idade: 28 anos Formado em instituição pública de ensino superior. Especialista em Nefrologia e em Saúde da Família.
<b>Enfermeiro 4</b>	Sexo: Feminino Ano de conclusão do curso de graduação: 2004 Idade: 31 anos Formada em instituição privada de ensino superior. É também auxiliar de enfermagem e havia atuado, antes da graduação, em Unidade de Saúde da Família. À época da entrevista fazia curso de especialização em Enfermagem.
<b>Médico 5</b>	Sexo: Masculino Ano de conclusão do curso de graduação: 2000 Idade: 34 anos Formado em instituição privada de ensino superior. Especialista em Clínica Médica e Cardiologia. Durante a graduação, fez estágio por seis meses em Saúde da Família.
<b>Enfermeiro 6</b>	Sexo: Feminino Ano de conclusão do curso de graduação: 1982 Idade: 48 anos Formada em instituição pública de ensino superior. Havia trabalhado, por dois anos, em Unidade de Saúde da Família de outro município. Fez cursos introdutórios e de capacitação sobre PSF oferecidos por uma Universidade fora do município. Maior nível de formação: Graduação
<b>Médico 7</b>	Sexo: Feminino Ano de conclusão do curso de graduação: 2005 Idade: 29 anos Formada em instituição pública de ensino superior.
<b>Enfermeiro 8</b>	Sexo: Feminino Ano de conclusão do curso de graduação: 2003 Idade: 29 anos Formada em instituição privada de ensino superior. cursava, à época da entrevista, especialização em Saúde da Família.

<b>Médico 9</b>	Sexo: Feminino Ano de conclusão do curso de graduação: 1996 Idade: 35 anos Formada em instituição pública de ensino superior. Especialista em Saúde da Família
<b>Enfermeiro 10</b>	Sexo: Masculino Ano de conclusão do curso de graduação: 2000 Idade: 34 anos Formado em instituição pública de ensino superior. Especialista em “Formação pedagógica para a área de saúde”