

CÍRCULOS DE CULTURA E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Culture circles and promotion of health in Family Health Strategy

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar, em um Centro de Saúde da Família, em Fortaleza-CE, Brasil, as concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da temática da promoção da saúde, propiciando um espaço de reflexão que contribua com o aprimoramento das práticas. **Métodos:** Desenvolveu-se a metodologia da pesquisa-ação, e os círculos de cultura foram trabalhados como caminho coletivo de problematização e interação no processo de investigação. A pesquisa foi realizada no mês de fevereiro de 2011, durante três encontros que aconteceram no espaço da roda de cogestão, momento em que todos os profissionais estão reunidos. Os encontros foram divididos da seguinte maneira: 1º encontro, apresentação da proposta de trabalho e levantamento do universo vocabular e dos temas geradores; 2º encontro, problematização, fundamentação e reflexão teórico-prática; 3º encontro, elaboração das estratégias de superação das situações-limite, construção de sínteses e avaliação. **Resultados:** Constatou-se certa indiferenciação conceitual pelos profissionais entre o que significam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Contudo, a utilização da metodologia problematizadora possibilitou aos participantes a discussão dessa temática, identificando as potencialidades e os desafios de transformação dessas práticas para a construção de um novo olhar sobre a promoção da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** A maioria dos profissionais de saúde identifica a promoção da saúde com a prevenção de doenças. Podemos apontar como um dos aspectos determinantes dessa relação a formação destes profissionais, cuja base foi o modelo biomédico, focalizando suas práticas na doença e direcionando-as para a tentativa de mudanças de comportamento e estilo de vida dos indivíduos.

Descritores: Promoção da Saúde; Pessoal de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the conceptions and practices of health professionals in a Family Health Center (CSF), in Fortaleza-CE, Brazil, on the theme of promoting health, providing a space for reflection that contributes to the improvement of practices. **Methods:** The action research methodology and culture circles have been adopted as a way of collective problematization and interaction in the research process. The study was performed in February 2011, during three meetings held in the space of co-management, when all professionals are gathered. The meetings were divided as follows: 1st meeting, presentation of the work proposition and survey of vocabulary universe and generating themes; 2nd meeting, questioning, reasoning and theoretical and practical reflection; 3rd meeting, developing strategies to overcome the extreme situations, construction of summaries and evaluation. **Results:** It was observed a certain lack of conceptual differentiation between what actions of health promotion and disease prevention mean. Nevertheless, the adoption of a problematization method has allowed the participants to discuss those themes, identifying the opportunities and challenges for transforming these practices in order to construct a new perspective on health promotion in the context of the Unified Health System. **Conclusion:** Most professionals associate health promotion to disease prevention. As a determinant aspect for such misunderstanding, this professionals' learning process is to be pointed out, as it is based on the biomedical model and focuses its practices on the illness, attempting to change individuals' behavior and lifestyle.

Descriptors: Health Promotion; Health Personnel, Unified Health System.

Michelle Reinaldo Cavalcante de Melo⁽¹⁾
Vera Lúcia de Azevedo Dantas⁽²⁾

1) Universidade Estadual do Ceará - UECE
- Fortaleza (CE) - Brasil

2) Secretaria Municipal de Saúde de
Fortaleza - SMS - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 30/05/2011
Revisado em: 08/12/2011
Aceito em: 09/01/2012

INTRODUÇÃO

Na tentativa de superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico, centrado na doença, uma expressão passa a ter destaque importante no campo da saúde pública – a promoção da saúde. Como campo conceitual e de prática, essa estratégia promissora vem avançando e sugerindo outra forma de se pensar e se fazer saúde, na qual os indivíduos passam a ser considerados sujeitos e a qualidade de vida é incorporada ao discurso.

Em seu contexto histórico, podem-se situar diversas abordagens. Para os primeiros autores, como Leavel e Clark (1965), a promoção da saúde estava associada com um nível de prevenção⁽¹⁾. Em seguida, reconfigura-se no Relatório Lalonde (1974), questionando o impacto da medicalização como única estratégia para produzir mudanças nas condições de saúde e destacando quatro eixos determinantes no processo saúde-doença: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde⁽²⁾.

Outro momento marcante nesse contexto histórico diz respeito à I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (1978). Essa conferência enfatizou a saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social e foi determinante para a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá (1986)⁽³⁾.

Na Carta de Ottawa, defendeu-se o avanço da promoção da saúde a partir da participação popular, a qual deve ser fortalecida de modo correto e efetivo⁽⁴⁾. Nela, também foram mencionados cinco campos de ação da promoção da saúde: estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, criação de ambientes propícios, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, e a reorientação dos serviços sanitários⁽⁵⁾.

A essa conferência seguiram-se outras: Adelaide, Austrália (1988); Sundsvall, Suécia (1991); Jacarta, Indonésia (1997); Cidade do México, México (2000) e Bangkok, Tailândia (2005). Nelas, a promoção da saúde foi ressaltada como um modelo alternativo para as políticas de saúde, sendo compreendida como resultante de uma série de fatores individuais e coletivos, econômicos, sociais, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais. Esses fatores levam a uma maneira de interpretar as necessidades e ações em saúde numa perspectiva contextual, histórica, coletiva e ampla, que deve influenciar na formulação operacional referente aos modelos de atenção à saúde⁽⁶⁾.

No Brasil, o movimento de promoção da saúde ganha importância no ano de 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual ampliou a política de reforma sanitária já existente no país, reforçando a

busca da meta “saúde para todos”⁽⁷⁾. Assim, a partir dessa conferência, surgem os primeiros indícios da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, criado pela Constituição de 1988, tem como princípios básicos: a universalidade, integralidade, descentralização, equidade e o controle social, que, juntos, buscam orientar a assistência básica à saúde no Brasil, garantindo o alcance de todos ao sistema de saúde⁽⁸⁾.

Contudo, somente em 1994 o tema da promoção da saúde é incluído, de fato, na agenda política de saúde do país com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) através do Ministério da Saúde. O PSF, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, numa tentativa de reorganizar a prática assistencial e substituir o modelo hospitalocêntrico centrado na doença⁽⁹⁾.

Segundo a Política de Atenção Básica, a equipe da ESF é composta por, no mínimo: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e agentes comunitários de saúde⁽¹⁰⁾.

Em 2008, visando ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Primária, o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento da saúde para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família⁽¹¹⁾.

Alguns autores⁽⁶⁾ ressaltam que os profissionais de saúde devem conhecer os fatores individuais, sociais, políticos, econômicos, ambientais e culturais que influenciam a qualidade de vida e as condições de saúde da comunidade assistida para, a partir desses determinantes e condicionantes, entrar em articulação com outros setores. Essa análise da situação social e de saúde permite a proposição de ações capazes de interferir na realidade local a partir de parcerias com a comunidade e com as instituições públicas, o que está diretamente vinculado aos pressupostos da promoção da saúde.

Nesse contexto, o trabalho do profissional de saúde é fundamental, já que ele passa a ser um dos principais atores das ações de promoção da saúde. Contudo, obter profissionais aptos a trabalharem com esse enfoque e repensarem as práticas a partir da visão de promoção da saúde não se constitui uma tarefa fácil, pois se sabe que a formação acadêmica da maioria dos profissionais de saúde é vinculada à área clínica, tendo maior respaldo as práticas assistencialistas sem participação das ações de promoção da saúde. Isso dificulta a atuação dos trabalhadores de saúde, já que o modelo biomédico, centrado na doença, tem se mostrado incapaz de atuar na complexidade do processo saúde-doença, incluindo as várias dimensões (individual,

social, política, econômica, ambiental e cultural) que o permeiam.

Esse detalhe da formação dos profissionais faz com que diversas ações realizadas pelas equipes da ESF sejam autointituladas de “promoção da saúde”, mas, na verdade, continuam sendo assistencialistas e medicalizadoras, centradas na doença e dificultando o cuidado com a saúde dos indivíduos.

Dessa forma, percebe-se que a promoção da saúde é um campo em constituição, em que predomina uma polissemia de significados e de conceitos, bem como uma multiplicidade de ações que apontam para perspectivas de natureza diversa, desenhadas por atores de formação e filiação ideológicas também distintas⁽¹²⁾.

Para tanto, muitas são as tentativas de solucionar essa deficiência do processo formativo dos profissionais de saúde. Mudanças curriculares, cursos de especialização para a ESF, criação das residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade são iniciativas para termos um novo perfil profissional.

Assim, em 2009, iniciou-se, no município de Fortaleza, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). Esta, sob a coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretária Municipal de Saúde, é constituída por onze categorias profissionais (enfermeiro, dentista, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e veterinário), lotadas em diferentes Unidades de Saúde do município.

A proposta é que a Residência Multiprofissional promova saúde de forma integralizada, somando o conhecimento das diversas categorias profissionais para reforçar a superação do modelo biomédico e investir nas ações de promoção da saúde.

Como residente de nutrição em Saúde da Família, tenho acompanhado e participado do trabalho dos profissionais de saúde na unidade de lotação. O Centro de Saúde da Família (CSF) Edmar Fujita é uma unidade de referência, onde acontecem muitos processos formativos (PET-Saúde, Residência Médica e Multiprofissional, Estágios Curriculares), todos envolvidos na dinâmica da unidade.

Com a proposta da Residência de aprimorar as ações de promoção da saúde e observando a atuação dos profissionais, levantei alguns questionamentos: qual a concepção dos profissionais de saúde sobre promoção da saúde? Quais as ações que os profissionais elegem como promotoras de saúde? Essas ações poderiam ser consideradas promotoras de saúde? Como a Residência Multiprofissional e os outros processos formativos podem fortalecer as ações de promoção da saúde?

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar as concepções e as práticas dos profissionais de saúde

acerca da promoção da saúde em um Centro de Saúde e promover um diálogo com as diversas concepções ofertadas pela literatura, gerando um processo de discussão sobre a temática na tentativa de aprimorar as práticas.

MÉTODOS

Nesta pesquisa, buscou-se compreender as concepções e práticas dos profissionais de saúde do CSF Edmar Fujita, Unidade de Saúde na qual a autora está inserida como residente de nutrição em Saúde da Família e Comunidade. Buscou-se também contribuir com o processo de educação permanente a partir das necessidades, vivências e reflexões dos profissionais em torno da questão da promoção da saúde, sendo um espaço de diálogo e problematizações. Nesse sentido, escolheu-se como metodologia a pesquisa-ação.

A pesquisa-ação é uma abordagem específica das Ciências Sociais definida como uma pesquisa na qual há um ação deliberada de transformação da realidade e que possui duplo objetivo: transformar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações⁽¹³⁾.

Para a realização do percurso metodológico, escolheu-se como instrumento o círculo de cultura. Os círculos de cultura foram concebidos na década de 60 como grupos compostos por trabalhadores populares que se reuniam sob a coordenação de um educador com a finalidade de discutir assuntos temáticos, do interesse dos próprios trabalhadores, cabendo ao educador-coordenador a responsabilidade pela temática trazida pelo grupo⁽¹⁴⁾.

Os círculos de cultura sistematizados por Freire⁽¹⁵⁾ são estruturados nos seguintes momentos: a investigação do *universo vocabular*, a partir do qual são extraídas *palavras geradoras*. Esse momento permite ao educador interagir no processo, ajudando-o a definir seu ponto de partida, que se traduzirá no *tema gerador geral*. A *tematização* é processo no qual os temas e as palavras geradoras são codificados e decodificados, buscando a consciência do vivido e seu significado social, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade, na perspectiva de intervir criticamente sobre ela. O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida^(14,15,16).

A *problematização* representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua através de uma perspectiva crítica, capaz de transformar o contexto vivido. A ação de problematizar em Paulo Freire impõe ênfase no *sujeito prático* que discute os problemas surgidos da observação da realidade, com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transforma durante a ação

de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade, e assim sucessivamente. Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas^(14,15).

A partir dessa estruturação, o círculo de cultura constitui-se um lócus da vivência democrática de diversas formas de pensamentos, experiências, linguagens e vida que possibilitam a construção de condições efetivas para a democracia de expressões, pensamentos e lógicas a partir do respeito às diferenças e do incentivo à participação em uma dinâmica que lança o sujeito ao debate, focando os problemas comuns⁽¹⁴⁾.

Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa estão lotados no CSF Edmar Fujita. O CSF Edmar Fujita conta, atualmente, com três equipes de saúde, e cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um dentista, cinco a seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal. Conta-se também com a presença dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família): psicóloga, fisioterapeuta, educador físico, assistente social e fonoaudióloga. Além dos processos formativos: Pet-Saúde, Estágios Curriculares, Residência Médica, e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

O círculo de cultura foi realizado no mês de fevereiro de 2011 durante 3 encontros, os quais aconteceram no espaço da roda de cogestão, momento em que todos os profissionais estão reunidos.

Os encontros foram divididos da seguinte maneira: 1º encontro, apresentação da proposta de trabalho e levantamento do universo vocabular e dos temas geradores; 2º encontro, problematização, fundamentação e reflexão teórico-prática; 3º encontro, elaboração das estratégias de superação das situações-limite, construção de sínteses e avaliação.

A análise dos resultados correspondeu primeiramente à organização dos dados coletados durante os encontros do círculo de cultura. Posteriormente, as gravações foram transcritas, analisadas e discutidas com a literatura pertinente. Seguindo os princípios éticos de pesquisa e garantia do sigilo, os participantes deste estudo foram identificados por nomes de flores nos resultados e discussão.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética da Academia Cearense de Odontologia (Parecer nº. 171) e os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro momento do círculo de cultura se desenvolveu a partir da discussão de três questões provocativas: o que o grupo entende sobre promoção da saúde? Que ações desenvolvidas na Unidade de Saúde e no território o grupo considera como promotoras de saúde? Como a Residência Multiprofissional, o NASF e os outros processos formativos (PET-Saúde, Estágios Curriculares) contribuem com as práticas de promoção da saúde? Esse momento teve como objetivo realizar o levantamento do universo vocabular e dos temas geradores.

Em relação ao entendimento sobre promoção da saúde, percebe-se nas falas que a maioria dos profissionais associa promover saúde com prevenir doenças.

Promover saúde é quando desenvolvemos atividades para prevenir, esclarecer, evitar que as pessoas adoecem ou se contaminem. (Rosa)

... tudo que se faz para evitar as doenças como as imunizações. (Copo de Leite)

É ajudar as pessoas como evitar as doenças. (Margarida)

Essas percepções são reflexos do próprio contexto histórico do movimento de promoção da saúde, no qual, a princípio, esta era influenciada pela consciência preventivista, levando os profissionais de saúde a restringirem as ações de promoção da saúde às práticas de prevenção. Outro fator que também contribui para essas imprecisões conceituais é a própria formação dos profissionais de saúde, que está pautada no modelo biomédico, fragmentado, hospitalocêntrico, com foco na doença.

Ao analisarmos a literatura no que diz respeito à promoção da saúde, verificamos a existência de significados diferentes entre os conceitos de prevenção e promoção da saúde. Prevenir direciona mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de um grupo de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco são as doenças e os mecanismos para atacá-las mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou a precipitam⁽¹⁷⁾.

Já a promoção da saúde constitui um significado mais amplo, pois não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, alguns profissionais de saúde revelaram compreender “promoção da saúde” como algo que

ultrapassava a prevenção de doenças. Isso fica claro nas seguintes falas:

Promover saúde é proporcionar o bem estar físico, mental, emocional e social dos indivíduos (Lírio).

É melhorar o estilo de vida das pessoas, aumentando sua qualidade de vida.

(Margarida).

Quando a promoção da saúde é identificada como prevenção de doença, reforça-se a noção de responsabilidade individual no que tange ao processo saúde-doença, pois se centram no comportamento e estilo de vida individual⁽⁶⁾. Ou seja, em determinadas situações de adoecimento, a “culpa” é da população, que não soube agir da maneira correta. Esse fato pode ser demonstrado na seguinte fala:

A gente faz, orienta, mas a população deixa de fazer a sua parte. Por exemplo, o lixo próximo à Unidade. Temos a coleta, mas a população continua jogando o lixo nesse local (Copo de Leite).

Dessa reflexão, surge a necessidade de se construir estratégias que possam gerar verdadeiras opções de escolhas às populações, e não apenas a tentativa de mudanças de comportamentos e estilos de vida. Assim, o estímulo à autonomia é um dos princípios-chave da promoção da saúde, o que significa a possibilidade de o indivíduo escolher, de forma esclarecida e livre, entre as alternativas e as informações que lhes são apresentadas⁽¹⁹⁾. Na perspectiva da promoção da saúde, os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários, e estes irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades.

As falas dos profissionais durante o círculo de cultura ainda não apontam para essa perspectiva. Parece-nos que a ideia de autonomia dos profissionais vincula-se, na verdade, à autorresponsabilização dos cidadãos sobre sua saúde.

Promover saúde é estimular o autocuidado para que os indivíduos sejam responsáveis pela sua própria saúde (Margarida).

É evidente a confusão em torno dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente quando os participantes da pesquisa citam as ações desenvolvidas na Unidade de Saúde e no território como sendo promotoras de saúde. Dentre as ações citadas, estão: campanhas de imunizações; grupos de hipertensão e diabetes (HIPERDIA); distribuição de preservativos;

palestras na sala de espera; visita domiciliar; puericultura; e Operação Quintal Limpo.

Percebe-se que grande parte dessas ações citadas realizadas na Unidade e no território são programas do Ministério da Saúde e têm caráter preventivo e de controle de doenças.

Essas ações citadas são atividades dirigidas à transformação dos comportamentos, com enfoque nos seus estilos de vida, trazendo ideias de promoção à saúde, entretanto, mantendo o foco na doença e apostando na mudança de comportamento individual e na eliminação de hábitos tidos como “de risco”⁽²⁰⁾.

No SUS, o que realmente caracteriza a estratégia de promoção da saúde é a possibilidade de focar aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país, tais como: violência; desemprego; falta de saneamento básico; habitação inadequada e/ou ausente; dificuldade de acesso à educação; fome; urbanização desordenada; e qualidade do ar e da água ameaçada. A partir dessa concepção, potencializa-se formas mais amplas de intervir em saúde⁽²¹⁾.

Ações desenvolvidas na Unidade de Saúde e no território, como: farmácia viva; oficinas de reaproveitamento de alimentos; círculos de cultura nas rodas de cogestão e na comunidade abordando temáticas como drogas, violência, lixo e educação ambiental; formação de líderes comunitários; dentre outras, caracterizam melhor a proposta de promoção da saúde. Contudo, nenhuma dessas ações foram mencionadas pelos participantes da pesquisa durante o círculo de cultura.

No que diz respeito ao questionamento “Como a Residência Multiprofissional, o NASF e outros processos formativos (PET-Saúde, Estágios Curriculares) contribuem com as práticas de promoção da saúde?”, este provocou uma reflexão entre os participantes sobre a importância do trabalho multiprofissional nas ações de promoção da saúde, como se observa nas seguintes falas:

É essencial a presença de outros profissionais (psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, veterinários, fisioterapeutas, dentre outros) na Estratégia de Saúde da Família para se ter novas abordagens, novos olhares, não somente o do médico e o da enfermeira. (Tulipa).

A Residência Multiprofissional e o NASF são parceiros para as Equipes de Saúde, contribuindo para uma atuação interdisciplinar na saúde dos indivíduos (Cravo).

Ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, sendo ambos transformados através da realidade

em que estão inseridos⁽²²⁾. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Também sobre esse questionamento, foi discutida a importância do estímulo à educação permanente dos profissionais. Oportunidades como a Residência Multiprofissional, a Residência Médica e a Especialização em Saúde da Família e Comunidade foram citadas como primordiais, uma vez que esses processos formativos trazem novas abordagens para a saúde pública e, conseqüentemente, para a Estratégia de Saúde da Família, tentando suprir as deficiências da formação dos profissionais durante a universidade e contribuindo com a superação do modelo biomédico, que contempla atividades predominantemente curativas e reabilitadoras.

O segundo momento da pesquisa teve como proposta despertar a criticidade dos profissionais de saúde envolvidos, no sentido de perceberem a incongruência de algumas concepções e, conseqüentemente, de algumas práticas relacionadas à promoção da saúde. Trabalhamos, a partir da leitura de um texto abordando as diferenças entre os conceitos de promover saúde e prevenir doenças, as diretrizes e ações propostas pelo Programa Nacional de Promoção da Saúde e as responsabilidades dos profissionais frente às ações de promoção da saúde.

O processo de reflexão que se constitui após a leitura do texto girou em torno da relação entre teoria e prática e da discussão das potencialidades e dificuldades em construir a aplicabilidade na realidade da Unidade de Saúde e no território.

As potencialidades relatadas pelos participantes da pesquisa foram: compromisso de alguns profissionais; presença da Residência Médica e Multiprofissional na Unidade de Saúde, trazendo novas abordagens; implantação do acolhimento na Unidade, contribuindo com as ações de promoção da saúde; equipes completas na Unidade de Saúde; colaboração entre os profissionais; presença de vínculo entre os profissionais e a comunidade.

No que diz respeito às dificuldades, os profissionais apontaram: falta de compromisso da maioria dos profissionais com a estratégia; falta de recursos; falta de local específico para as atividades educativas; grande demanda; burocratização dos processos; dificuldade de trabalhar ações coletivas e de trabalhar em equipe; cultura medicalizada da população.

As falas que apresentamos a seguir são ilustrativas dessas dificuldades e parece-nos constituírem, em certa medida, um impeditivo à realização das práticas de promoção da saúde.

O NASF está há mais de um ano e meio e agora que ganhamos algum material para os grupos de educação em saúde. Na saúde, se acha que não é necessário material educativo (cartolina, papel, canetas) somente na educação. (Rosa)

Alguns profissionais trabalham por cara. Não gostei da tua cara e já atende a pessoa de outro jeito. As pessoas têm que ser tratadas com igualdade. (Copo de Leite)

Estariam as práticas de promoção da saúde totalmente condicionadas à disponibilidade de condições materiais ou ao compromisso individual de alguns?

De acordo com o revelado pelos profissionais, a cultura medicalizada da população aparece como uma das principais dificuldades para a implantação das diretrizes da promoção da saúde. Eles afirmam que a população já está “adaptada” ao modelo biomédico, da consulta e do medicamento, não mostrando interesse em participar de ações de promoção da saúde. Vejamos como expressam essa questão:

Vivemos ainda na cultura centrada nos hospitais, no médico, no remédio. A credibilidade da população está na receita, no medicamento. Poucos são os envolvidos em atividades de promoção à saúde (Cravo).

É extremamente importante que os profissionais de saúde percebam que a cultura medicalizada da população é também resultado de suas próprias atitudes, que acabam reforçando esse comportamento nas pessoas⁽²³⁾. Ou seja, para esses autores⁽²³⁾ tal cultura também faz parte das práticas dos profissionais de saúde, na qual o atendimento individual e ações curativas são priorizados. Dessa forma, deparamo-nos com uma contradição na qual uma equipe medicalizada só vê no outro (usuário) o problema e não consegue identificá-lo em sua própria prática.

Assim, para que ocorram mudanças nesse sentido, uma questão fundamental no que diz respeito à questão da medicalização é o reconhecimento dessas práticas e, em seguida, o estabelecimento de vínculos com a população no intuito de motivá-la a participar das ações de promoção da saúde, garantindo o respeito a suas colocações e reivindicações e buscando caminhos que atendam a suas demandas.

Também merece destaque a dificuldade dos profissionais em abordar questões de saúde pública, decorrentes das falhas do processo formativo durante a universidade. A fala abaixo ilustra este momento.

As drogas e a violência urbana, por exemplo, são questões muito amplas. O que foi que a faculdade de Medicina, Psicologia,

Odontologia, dentre outras, nos ensinou sobre esses assuntos? E como abordá-los na comunidade? O que fazer? (Rosa).

É essencial o investimento na educação permanente dos profissionais. Os atuais processos formativos devem investir na aprendizagem integrada ao trabalho, para que aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações. Além disso, propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, que devem estar estruturadas a partir do processo de problematização⁽¹⁹⁾.

O encontro com essa dificuldade também despertou a reflexão no grupo sobre a necessidade de uma abordagem intersetorial para a resolução dos problemas de ordem social, como as drogas, a violência e o desemprego, que tanto dificultam as ações de promoção da saúde.

Para que se alcance a intersetorialidade, devem-se priorizar as necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população no percurso que envolve o diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas⁽²⁴⁾.

Os mesmos autores⁽²⁴⁾ ressaltam que é na mobilização social, no estímulo e fortalecimento dos movimentos sociais, na elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas que podemos trabalhar pela melhoria da qualidade de vida da população.

No momento seguinte do círculo, os atores envolvidos puderam eleger, tendo como base a problematização construída nos momentos anteriores, as dificuldades prioritárias para a elaboração de um plano de ação coletivo a fim de superar os entraves para a implantação das ações de promoção da saúde na Unidade e no território.

A falta de profissionais comprometidos com a estratégia; a cultura medicalizada da população e dos profissionais; a falta de materiais educativos; as dificuldades de trabalhar em equipe; e as questões de ordem social, como violência urbana, drogas, planejamento familiar e falta de higiene foram apontados como desafios prioritários a serem enfrentados.

O grupo percebeu que, para algumas questões, tais como: a falta de profissionais comprometidos com a estratégia, a cultura medicalizada, e as dificuldades de trabalhar em equipe, as ações para sua superação eram semelhantes e estavam concentradas na necessidade de promover espaços de educação permanente sobre essas temáticas, no intuito de, coletivamente, rever alguns conceitos e práticas. É o que demonstra a seguinte fala.

Como seria bom disponibilizar um momento, mesmo que na roda de cogestão, para discutirmos, com todos os profissionais, temáticas relevantes para a ESF como, por exemplo, a importância do trabalho em equipe, dentre outras. (Palma)

O depoimento acima aponta a importância da roda de cogestão, sendo um espaço propício para discussão de temáticas importantes para a ESF. Sendo assim, as rodas de cogestão deixam de ser espaços para mera troca de informações entre emissor e receptor, e passam a ser um espaço de inclusão de sujeitos, saberes, experiências etc. A roda pode ser o espaço para se discutir a dor, a alegria, o prazer e as ofertas de tecnologia⁽²⁵⁾.

O mesmo autor⁽²⁵⁾ reforça que um espaço como esse propicia o aumento do grau de comunicação do coletivo na busca incessante de reformular os modos de gerir o trabalho, com processos de análise e intervenção, apostando na indissociabilidade entre gestão e atenção e no protagonismo do sujeito no que diz respeito à transversalização dos saberes, melhorando, assim, as práticas de saúde no Sistema Único (SUS).

Outras estratégias de superação apontadas sugerem a articulação com redes sociais do território. Por exemplo, no que diz respeito ao acesso aos materiais educativos, os profissionais de saúde pensaram a possibilidade de parcerias com escolas, creches e instituições de ensino conveniadas e/ou próximas da Unidade de Saúde, na perspectiva de adquiri-los, como cartolinas, pincéis e tesouras, ou de confeccioná-los a partir do reaproveitamento de materiais em desuso da própria Unidade de Saúde.

Em relação às questões de ordem social, a possibilidade de organizar o trabalho em grupos de educação em saúde foi uma das soluções mais apontadas pelos participantes, tendo sido essa temática considerada pelos profissionais como um instrumento fundamental para a implantação das ações de promoção da saúde.

O trabalho em grupo de educação em saúde se constitui em um importante instrumento para a conscientização dos indivíduos a respeito do seu meio social e das suas condições de vida e saúde, como prevê o modelo radical de educação em saúde⁽²⁶⁾. No trabalho desenvolvido com grupos, emergem possibilidades a partir do compartilhamento de conhecimentos que advêm das experiências. Juntos, esses indivíduos podem perceber o potencial que o grupo tem para organizar e concretizar ações de mudança⁽²⁶⁾.

O grupo, ao avaliar os círculos de cultura, apontou a problematização e a reflexão sobre conceitos e práticas como uma metodologia satisfatória, sendo considerada uma potencialidade para o trabalho educativo e de promoção da saúde, já que pode proporcionar mudanças visando um

maior compromisso social e a construção de um espaço cada vez mais próximo do discurso que envolve o SUS, a ESF e a Política Nacional de Promoção à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos profissionais de saúde identifica a promoção da saúde com a prevenção de doenças. Podemos apontar como um dos aspectos determinantes dessa relação a formação desses profissionais, cuja base foi o modelo biomédico, focalizando suas práticas na doença e direcionado-as para a tentativa de mudanças de comportamento e estilos de vida dos indivíduos.

Com a metodologia do círculo de cultura, os participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de problematizar essa temática, desmistificando alguns conceitos, descobrindo novas práticas e identificando as potencialidades e dificuldades de adequar o que a teoria determina sobre a promoção da saúde à realidade da Unidade de Saúde e do território.

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de fortalecer ações de educação permanente e a inclusão dessa temática, visando à construção de práticas profissionais que respondam às necessidades de saúde da população.

AGRADECIMENTOS

À todos os profissionais do CSF Edmar Fujita pela participação e colaboração durante a pesquisa.

À coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do município de Fortaleza e a todos os preceptores de território e categoria.

REFERÊNCIAS

- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
- Lautenschlaeger D, Judcar P, Milani FEM. Reflexão sobre a promoção da saúde na visão dos atores sociais do programa saúde da família. *Anuário Produção Acadêmica Docente*. 2009; 3(4):37-56.
- Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(1): 5-13.
- Oliveira ET, Lima Júnior JF, Soares FNCS, Maia ER. A Odontologia social no contexto da Promoção da Saúde. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2008; 21(1):75-9.
- Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comun Saúde Educ*. 2003; 7(12):91-112.
- Tesser CD, Garcia AV, Argenta CE, Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia de saúde da família da grande Florianópolis. *Rev Saúde Pública*. 2010; 3(1):42-56.
- Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(7):1674-81.
- Cavaliere RB. A importância da inclusão do profissional nutricionista no programa saúde da família. *Nutrociência* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2011 Jul 31]. Disponível em: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/arquivos/Artigo_Programa%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.doc
- Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(2):262-8.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. [acesso 2010 Ago 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_687_2006_anexo1.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [acesso em 2010 Set 5]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_154_04_03_08_re.pdf.
- Pedrosa II. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):617-26.
- Barbier R. Pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Líber livro editora; 2004.
- Dantas VLZ. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza/CE [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Educação; 2010.
- Freire P. Educação como prática de liberdade. 20ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.
- Lima LO. Método Paulo Freire: Processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: Lima LO. Tecnologia, educação e democracia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979. p.175-176.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D, organizador. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

18. Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4):701-10.
19. Bessen CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia de saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc*. 2007; 16(1):57-68.
20. Iglesias A, Guerra BC, Soares J, Araújo MD. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). *Psicol Teor Prát*. 2009; 11(1):110-27.
21. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília (DF): MS; 2006.
22. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
23. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):271-9.
24. Campos GWS, Barros RBB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde: perspectivas na avaliação em promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):745-9.
25. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
26. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúch Enferm*. 2005; 26(2): 147-53.

Endereço para correspondência:

Michelle Reinaldo Cavalcante de Melo
Rua Cônego Mourão, 120/106 - bloco A
Bairro: Maraponga
CEP: 60710-080 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: mitchel.reinaldo@ibest.com.br