

TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: debate sobre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

Avanço de Investigação em curso

Grupo de Trabalho 19: Saúde e segurança social: transformações sociais e impactos na população.

Rafael Nicolau Carvalho
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Eduardo Sérgio Soares Sousa
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Resumo:

O trabalho tem por objetivo aprofundar a discussão sobre as redes de assistência à saúde a partir do paradigma da Promoção da Saúde e do Trabalho Interdisciplinar de modo a compreender como as redes de saúde, no Brasil, absorvem a dinâmica das redes sociais. Utilizou-se a Pesquisa Bibliográfica como método de pesquisa, tendo em vista que a pesquisa bibliográfica é largamente utilizada nos estudos exploratórios e descritivos, quando o objeto de análise é pouco estudado tornando difícil o levantamento de hipóteses. O resultado dessas análises favoreceu a compreensão da saúde como fato resultante das interações humanas e produto da vida em sociedade, dando destaque para fenômenos sociais que antes não eram apreendidos pela Sociologia e/ou pelo campo da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Redes de Saúde, Promoção da Saúde, Sociologia

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas profundas mudanças sociais têm provocado alterações no modo de organização da vida social. Mudanças de paradigmas, de modelos políticos como a globalização e o neoliberalismo têm favorecido o surgimento de novos agentes sociais e conseqüentemente novos rearranjos.

Tais mudanças também têm modificado as estruturas e as práticas de sociabilidade, tanto de instituições “tradicionais” e altamente reguladoras como a escola, as instituições de saúde e assistenciais até as mais “frouxas” como as redes de solidariedade, de amizade, de vizinhança e familiares. Essas mudanças impõem desafios teóricos e metodológicos para os cientistas sociais e possibilita a emergência de novos temas de pesquisas. Questões que exigem novas abordagens, revisão de paradigmas, de modo que se proponha a dar respostas a esses temas contemporâneos. (Fontes & Martins, 2006)

Destaca-se neste artigo um tema que emerge no bojo dessas mudanças sociais e políticas, que seja a discussão do paradigma da Promoção da Saúde e da Estratégia Saúde da Família de modo a favorecer o debate sobre as redes de assistência à saúde.

Para Mendes (2011) o conceito de rede tem sido desenvolvido por diversos campos como a Sociologia, a Antropologia, a Administração, a Saúde Coletiva e a Tecnologia da Informação. De modo mais geral as redes têm sido tratadas como arranjos diversos, de pessoas, serviços, áreas do conhecimento e setores. Estaria caracterizada pelos laços sociais que ligam essas pessoas umas as outras estabelecendo, assim, uma rede de amizade, solidariedade ou, pelas relações entre serviços,

políticas e setores da administração pública. Tal relação proporcionaria um grau de proximidade e porosidade desses agentes constituindo-se um arranjo de cooperação, confiança e intercâmbio constante e duradouro de recursos.

No campo da saúde, a redes tem sido incorporada nos discursos das políticas públicas constituindo-se em redes assistenciais de saúde, que basicamente qualifica um conjunto de serviços articulados e com certo grau de cooperação em um mesmo nível de assistência.

Na construção das Políticas de Saúde no Brasil o desenho organizativo das redes de saúde é definido por meio de sistemas hierarquizados e regionalizados, mas a partir das mudanças em curso tem-se evidenciado modificações estruturais nesse desenho. As redes de atenção à saúde, cada vez mais, estão adotando a modelagem das redes sociais, caracterizadas por relações mais frouxas, relações relativamente estáveis de autonomia, inexistência de hierarquia e o estabelecimento de objetos comuns.

No entanto, destaca-se que esse processo é resultado das discussões conceituais sobre o paradigma da Promoção da Saúde que tem norteado sistemas de saúde de todo o mundo e colaborado para a efetivação e consolidação desse novo arranjo de rede de saúde.

Portanto, o presente texto tem por objetivo auxiliar nos debates em torno da temática da Promoção da Saúde como forma de esclarecer alguns desdobramentos da Política de Saúde Brasileira e a compreensão dos respectivos modelos assistenciais que marcaram a constituição do setor saúde e moldaram a estrutura organizacional, assistencial e teórica que instigam intensos debates no campo das ciências humanas, sociais e da saúde coletiva.

A temática é relevante, uma vez que seu caráter é transversal e suscita outras importantes discussões como: a construção de novas estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS); a constituição das redes de atenção à saúde, tendo como estratégia prioritária o Saúde da Família (SF); a necessidade de compatibilização da formação profissional para o trabalho em saúde com as necessidades dos serviços de saúde; o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional e da prática interdisciplinar e intersetorial.

O texto está organizado em duas seções: na primeira discutem-se os antecedentes históricos da constituição do termo Promoção da Saúde de modo a compreender sua influência na organização dos sistemas de saúde. Na segunda seção abordam-se, brevemente, os antecedentes históricos da Estratégia Saúde da Família buscando analisar como ela incorpora o conceito de Promoção da Saúde, dando destaque para o trabalho em equipe em sua interface com a interdisciplinaridade. Por fim, apresentam-se as conclusões com os principais elementos analíticos constituídos ao longo desse processo.

2. Promoção da Saúde: afinal do que se trata?

Antes de adentrar nas incursões teóricas sobre a Promoção da Saúde e o complexo campo das práticas em saúde, cabem algumas perguntas iniciais: o que é saúde? O que é doença?

Pode-se dizer que estes são dois conceitos subjetivos, pertencentes a um universo de valores individual, particular a cada ser humano e também coletivo, pois expressam as representações sociais nelas embutidas, por isso tornam-se termos de difícil explicitação, que implicam o uso de critérios derivados de um sistema de valores.

Etimologicamente, o termo “saúde” é derivado do latim *salute*, que significa salvação, em grego o significado é inteiro, real, íntegro; enquanto “doença” vem do latim *dolentia*, cujo significado é dor, amargura ou aflição (Miotto, 2008). Dessa forma pode-se inferir que “promoção” seria a busca desse ser inteiro e integral em seus aspectos físicos e mentais.

Nesse sentido “*dolentia*” seria uma ameaça a esse ser íntegro ou algo que impedisse seu desenvolvimento. A noção de saúde como promoção desse ser que é colocado no *status* de indivíduo (aquele que não pode ser dividido, que é Um) foi herdada dos gregos. Tal valorização foi levada à cultura da polis grega e alguns aspectos passaram a ser muito valorizados, como: a força física, a

estética, os exercícios, o raciocínio como forma de exercitar a mente etc. (Westphal, 2009). Desta feita, tais conceitos podem ser observados na obra de Hipócrates que foca a saúde em sua interface com meio ambiente.

Com a destituição da cultura grega, os conhecimentos e as práticas dos mesmos migraram para Roma onde foram absorvidos e adaptados, moldando assim a cultura romana. Outrossim, o ser indivisível, uno, abre espaço para o Estado, visto que este último é de importância primária para a sociedade romana.

Westphal (2009) prossegue afirmando que a noção de política pública em seu sentido amplo e restritoⁱ, como “políticas integradas e intersetoriais produtoras de saúde” foi herdada dos romanos. Tal fato pode ser observado nos avançados sistemas de saneamento e abastecimento de água nas cidades romanas. “Galeno, o mais famoso dos médicos romanos, foi o primeiro a relacionar a liberdade proporcionada por renda econômica adequada à situação de saúde da população”. (p. 636)

Como se pode observar, a integração entre aspectos ambientais, sociais e econômicos na interação com as condições de saúde não é recente. Contudo, nos séculos seguintes essa noção é descurada em prol da supremacia do espírito sobre o corpo, fazendo com que Igreja e os governos abandonassem ou negligenciassem os cuidados relativos à saúde, configurando a Idade Média como uma época obscura para as práticas em saúde (Buss, 2000).

Assim é que somente nos séculos XVII e XVIII há um novo avanço no âmbito do cuidado em saúde, a partir da descoberta do microscópio – que proporcionou o avanço da medicina pela descoberta dos agentes patogênicos –, e do desenvolvimento da microbiologia e da bacteriologia.

Entretanto, nesse momento, o conhecimento científico se assentou na descoberta das causas das doenças, o que limitou o conceito grego de saúde e decorreu na incorporação da noção de saúde como ausência de doença nas práticas de saúde, permanecendo hodiernamente ainda presente nas práticas em saúde, embora seu conceito tenha sido ampliado nos anos 1940 pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Essa compreensão restrita favoreceu a constituição de políticas sanitárias pautadas pela exclusão dos doentes das cidades, pelo policiamento dos “sadios” a fim de que os mesmos adotassem hábitos de higiene, o que, em termos gerais, engendrou uma verdadeira assepsia do tecido socialⁱⁱ.

Apesar da preocupação surgida com a vertente da medicina social nesse período ou das condições de vida na interface com as condições de saúde da população, essa vai evoluir numa perspectiva mais restrita voltada apenas para a classe trabalhadora, entendida como as condições de trabalho determinantes nesse processo. Por sua vez, os avanços biomédicos continuaram orientando as práticas em saúde e as estratégias preventivas numa perspectiva de saúde como ausência de doença, devendo ser eliminada e controlada através do combate aos agentes patogênicos. No século XX, com a descoberta de importantes fármacos, foi iniciada a “era da terapêutica” que veio reforçar o conceito já vigente, dando margem para a construção da emergente indústria farmacêutica e para a medicalização da vida socialⁱⁱⁱ (Vasconcelos, 2002).

Assim é que apenas no século XX a expressão “promoção da saúde” conforme é conhecida foi assim denominada. Tal conceituação foi dada pela primeira vez, por Henry Sigerist, médico sanitário que em seus estudos concebeu as quatro funções da medicina: promoção da saúde; prevenção de doenças; tratamento de doenças; e reabilitação e recuperação dos enfermos (Buss, 2000).

Outro nome de destaque foi Thomas Mckeow, que estudou as causas de mortalidade da população inglesa e destacou aspectos como desenvolvimento econômico, nutrição e mudanças nos níveis de vida da população como elementos que contribuíam para a melhoria da qualidade de vida mais do que o atendimento médico (Westphal, 2009).

Uma influência importante na construção desse conceito foi o relatório do ministro canadense Lalonde, de 1974, que investigou a forma como os governos se relacionavam com os problemas de saúde da população e evidenciou que medidas no estilo de vida e nas condições sociais e ambientais

eram responsáveis pelo aumento da qualidade de vida e responsabilizou o Estado pelas ações de controlar as questões relativas à poluição do ar, saneamento, coleta de lixo etc. Denominou essas intervenções no ambiente de promoção a saúde (Carvalho & Buss, 2008).

Outro importante marco para a saúde e, mais particularmente, para a mudança no paradigma desta política e sua forma de percebê-la e realizá-la foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando a saúde foi pela primeira vez reconhecida como direito devendo o Estado se articular com outros setores da sociedade para efetivá-lo. Adotou como estratégica a Atenção Primária à Saúde (APS) com participação popular e estabelecendo metas para todos os seus participantes sob o lema “Saúde para todos no ano 2000”.

O debate acumulado a partir dos encontros promovidos nos anos 1990 provocou o repensar das ações em saúde com vistas a produzir políticas com caráter intersetorial como forma de efetivar as estratégias de promoção da saúde.

Sobre a Promoção da Saúde, Cerqueira (2003), dá a conhecer que este conceito envolve duas dimensões, sejam elas: “[...] a conceitual – princípios, premissas e conceitos que sustenta o discurso da promoção de saúde – e a metodológica – que se referem às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico.” (p.102)

Porém esse discurso em torno da promoção da saúde tem gerado matrizes diferentes no tocante a incorporação desses conceitos nas políticas e nas práticas como bem destaca Carvalho e Buss (2008)

[...] “Nos países do Primeiro Mundo a tendência é a ênfase nas mudanças comportamentais, na esfera dos indivíduos, e nas regulações sociais orientadas a livrar as coletividades de riscos assumidos por indivíduo (tabagismo, drogas, atividades físicas, alimentação). [...] Na América Latina, as ideias do movimento de promoção da saúde encontraram uma realidade de pobreza e desigualdade que, desde logo, impôs um deslocamento do foco para as questões estruturais. Mais do que práticas educativas voltadas para a mudança de comportamentais, a promoção da saúde na América Latina priorizou os processos comunitários voltados para as mudanças sociais”. (p.156).

Nesse sentido, no cenário brasileiro a repercussão destes movimentos internacionais ocorreu a partir dos anos 1980 em meio aos debates que caracterizaram a Reforma Sanitária, tendo como interface o desejo de mudanças de paradigmas em todas as dimensões da vida nacional.

Destarte, algumas iniciativas corroboraram para que o debate se expandisse e passasse a se materializar a posteriori em políticas de governo. Dentre as mais relevantes destaca-se a tese de livre docência levantada por Sérgio Arouca, intitulada “O Dilema Preventivista”, bem como a implementação de alguns projetos de atenção primária (notadamente as experiências de Montes Claros, Papucaia e Niterói).

Porém, um evento em particular fomentou não apenas o debate acerca da promoção em saúde no Brasil, mas no cenário internacional de modo geral. A I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, não apenas redimensionou as possibilidades do modelo de atenção primária, mas ressignificou o próprio conceito de saúde dando elementos que favoreceram o processo de discussão em torno da defesa de uma saúde pública. Postura essa reafirmada no texto introdutório da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)

“Na base do processo de criação do SUS encontram-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho a transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política de estado brasileiro pela melhoria da

qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e a saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.” (p. 14)

Buss (2000) indica que a compreensão de Promoção da Saúde, erigida nos anos 1990 e que se espalhou coetaneamente parte de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, considerando seus múltiplos determinantes, a cujo enfrentamento propõe: articular os saberes técnicos das várias profissões de saúde aos saberes populares aos quais os usuários estão vinculados; e a mobilização dos recursos institucionais e comunitários, sejam eles públicos ou privados.

De um modo geral, à promoção da saúde vem imprimido um caráter de oposição / enfrentamento da medicalização, fragmentação das ações, hospitalização encetadas e intensificadas nas últimas décadas as quais estão centradas em um modelo tecnoassistencial voltado à cura e referenciado pelo hospital como locus privilegiado de atenção (Franco & Merhy, 2003).

Tecidas estas considerações, Merhy (2003) adverte para o fato de que “a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção”. (p.28)

A compreensão colocada nos documentos oficiais, tendo como referência o acúmulo dos debates internacionais, serviu de parâmetro para a construção do moderno conceito de promoção da saúde, agora distinto do conceito de prevenção de doenças, conforme noção apresentada pelo Ministério da Saúde (2006)

“Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo [...] compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida [...] visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.” (p.12-13).

Com esse conceito, neste artigo delimita-se a noção de Promoção da Saúde como distinto da mera prevenção das doenças por congregar fatores que vão além das atividades educativas restritas e normativas, mas que buscam instrumentalizar os agentes sociais a exercerem todas as suas potencialidades individuais e socioculturais para a produção social da saúde.

Percebe-se que nesse ponto a elucidações do conceito de Promoção da Saúde se aproxima do conceito de rede social possibilitando um dialogo entre Sociologia e o campo da Saúde Coletiva. Embora, a redes de saúde tenham assumido um esquema mais rígido, o paradigma da Promoção da Saúde vem resgatar o conceito de cuidado e dar visibilidade dentro do campo a fenômenos sociais como a mobilização da sociedade civil e as perspectivas políticas inovadoras que as ações solidárias entre grupos e indivíduos à construção dessas redes.

Com base nesse debate, as diferenciações nas definições de promoção da saúde e de prevenção de doenças estão relacionadas com as concepções de saúde e doença que orientam as práticas em saúde e as correntes político-filosóficas a que elas têm se vinculado (Westphal, 2009).

Portanto, como resultado da interação entre Sociologia e Saúde favoreceu a compreensão da saúde como fato resultante das interações humanas e produto da vida em sociedade dando destaque para outros fenômenos sociais que antes não eram apreendidos por essas áreas. O debate favoreceu a aproximação do conceito de rede social sendo incorporado pelo setor saúde.

3. Atenção Básica: lócus de efetivação da Promoção da Saúde e da prática interdisciplinar?

Parte-se do pressuposto de que a construção dos sistemas de saúde se dá necessariamente pela formulação e implementação de políticas públicas, que por sua vez sofrem forte influência de paradigmas, modelos e concepções teóricas sobre o escopo de sua funcionalidade e abrangência, bem como das concepções do processo saúde-doença.

Estas concepções também, e essencialmente, se processam na prática dos serviços, os quais são ao mesmo tempo indutores e receptores da produção de novos conhecimentos que proporcionam o desenvolvimento de novas práticas que vão delineando os modelos de atenção à saúde. Dessa forma e a partir dessa premissa o modelo de atenção à saúde brasileiro se estruturou na dicotomia assistência e prevenção.

Segundo Paim (2003) “modelo de atenção ou modelo assistencial é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta ação”. Ainda para o referido autor, o modelo assistencial é uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde.

Pelo exposto, convém ressaltar a compreensão de que o movimento de Reforma Sanitária conseguiu avançar na ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas não conseguiu evoluir na reversão do modelo assistencial anterior, devido aos entraves próprios à organização dos processos de trabalho desenvolvidos nos serviços. Nesse sentido o debate em torno da promoção da saúde tem contribuído para equacionar essas questões tanto no campo das práticas em saúde, alargando a visão dos profissionais como no campo da discussão de uma política capaz de criar estratégias de mudanças do modelo assistencial.

Para garantir a universalidade da assistência, bem como a reversão do modelo assistencial, foi implementado, nos anos 1990, o Programa Saúde da Família (PSF), que inicialmente se constituiu numa ferramenta para ampliar o acesso (universalidade) e a equidade da assistência, uma vez que as equipes implantadas se concentravam em áreas pobres e restritas de serviços de saúde. Posteriormente, tornou-se estratégia prioritária de reversão do modelo assistencial.

Com base nesses princípios e concepções sobre Promoção da Saúde e prevenção articuladas na concepção de vigilância à saúde^{iv}, a ESF teria como objetivo corrigir as diversas distorções que os modelos assistenciais à saúde apresentaram no decorrer dos anos.

Outrossim, destaca-se que, no Brasil, o espaço privilegiado de implementação do paradigma da Promoção da Saúde, bem como as ferramentas necessárias à sua efetivação – prática interdisciplinar e ações intersetoriais –, encontram escopo na Atenção Básica (AB). Especificamente em relação à AB, tem-se que sua estratégia prioritária é a ESF, dispendo, ainda, de maneira complementar de outros dispositivos como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No entanto, destaca-se que as experiências de implantação e trabalho na ESF são diversificadas, marcadas por contextos distintos, que muitas vezes não expressam o modelo de atenção almejado.

Cabe ressaltar que os princípios da Promoção da Saúde já eram preconizados pelos documentos norteadores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo profissional deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, embora não deixe claras as diferenças entre os conceitos. Também está presente nos documentos sobre o PSF quando cita aspectos que caracterizam a reorganização das práticas nas Unidades de Saúde da Família (Quitério, 2009).

Todavia, conforme aponta Merhy (2002), na prática cotidiana dos serviços de saúde, muitas vezes os profissionais reinterpretem algumas diretrizes sob a ótica de seu conhecimento disciplinar, com suas próprias concepções do processo saúde-doença e da percepção de sua prática profissional, ignorando a perspectiva interdisciplinar.

A necessidade de reorganizar a formação dos profissionais de saúde que compõem as equipes do PSF para que haja, de fato, a alteração do paradigma em saúde é apontada por Teixeira e Nunes (2006) e reside no fato destas formações ainda permanecerem distanciadas das necessidades deste tipo de serviços e desse novo paradigma.

Contudo apesar dessas iniciativas de mudança no contexto da formação profissional e incremento de programas e projetos que visem aumentar ou diversificar a composição das equipes tendo como referência a interdisciplinaridade, alguns entraves ainda são observados.

Para Teixeira e Nunes (2006), isso exige uma inter-relação e cooperação entre os conhecimentos adquiridos, habilidades e competências, isto é, o fazer profissional baseado na reciprocidade, solidariedade e interdependência disciplinar.

Essas mesmas características também são apontadas por Peduzzi (2001) ao assinalar as dificuldades do trabalho em equipe tendo como referência a interdisciplinaridade. Para a autora a diversificação das categorias profissionais nas equipes de saúde não garante uma integração interdisciplinar se não houver o desenvolvimento das características elencadas.

Desta feita, mesmo com uma maior diversidade de categorias profissionais compondo essas equipes o trabalho em equipe só poderá ser realizado efetivamente a partir desses elementos de identificação.

Outra característica na construção dessa identificação seria a construção de projetos coletivos pelas equipes voltados para atenção às demandas da comunidade e que fossem compartilhados com os usuários dos serviços de maneira a criar elementos de identificação entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde e a população usuária dos serviços. Nesse sentido consideram-se esses elementos na inter-relação entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais de diferentes equipes, e entre as equipes e seus usuários na produção da saúde.

Trazendo esse debate para o campo de atuação do médico, entendido aqui como o profissional que opera o saber dominante e que os seus serviços são os principais produtos consumidos dentro das instituições de saúde, com uma formação mais humanística e de caráter geral, será possível esse profissional interagir com os demais profissionais das equipes sejam eles enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros, e recorrer aos mesmos para implementar e reorganizar processos de trabalho tangenciados por um objetivo comum – o cuidado integral em saúde –, a partir do reconhecimento do que cada um pode realizar para uma atuação efetivamente coletiva.

O debate em torno da interdisciplinaridade e seu significado dado pelas produções no campo epistemológico tem favorecido a percepção que a fragmentação do conhecimento, e o modo próprio como as disciplinas vêm se compondo a analisar objetos fragmentados da realidade, teve forte repercussão no campo das práticas sociais, na forma como o aparelho do Estado tem se organizado para enfrentar no campo das políticas, da gestão e da administração dos serviços públicos os mesmo objetos fragmentados.

Assim a interdisciplinaridade não se encontra como debate central, apenas na ordem das práticas, da formação e orientação dos serviços em saúde, mas adquire viés político, ao re-significar a reciprocidade e a mutualidade, passa a exigir relações horizontais, capacidade de gestão participativa, mecanismos gerenciais democráticos, Intersetorialidade, processos de relações pedagógicas e educativas. Daí coloca-se a necessidade de pensar a interdisciplinaridade de forma mais abrangente que no campo da saúde corrobora-se com Alves (2005), que manifesta a necessidade de:

“Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um

semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.” (p.43)

Promover essa integração é um desafio que se coloca diante da atual fragmentação do conhecimento, em seu movimento de ruptura e recomposição, que são apreendidas pela lógica pós-moderna e transformados em soluções simplificadoras para a complexidade de problemas no campo epistemológico, social e humano.

Assim apenas a partir do paradigma da promoção da saúde, conforme explicitado neste trabalho, é possível a sua implementação com os mesmos princípios que o compõem, numa ação intersetorial e interdisciplinar processada no campo da prática profissional dos diversos atores envolvidos na produção da saúde articulados com o conhecimentos popular (abraçada pela noção interdisciplinar) capaz de modificar a reorganização dos serviços de saúde, esses entendidos como um arranjo dinâmico de política, gente, sonhos e vontades.

Fica evidente a necessidade de implementar uma política que contemple a Promoção da Saúde de modo a envolver os setores econômicos e sociais, dando margem para amplitude de fatores e ações para contornar os determinantes do processo saúde-doença, dando escopo para a visão mais integral do campo da saúde por meio das redes de assistência (Albuquerque, 2004).

4. CONSIDERAÇÕES

Tem se adensado na última década, no Brasil, uma extensa produção bibliográfica sobre os desdobramentos da implementação das ações de Promoção da Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família.

O estado da arte relativo ao tema exprime duas grandes posturas segundo Buss (2000). Na primeira localizam-se as produções referentes à produção do cuidado em saúde propriamente dito e o nível de corresponsabilidade que a população tem que assumir. Nessa perspectiva o estilo de vida e os comportamentos vulneráveis das pessoas possuem uma implicação estreita à condição de saúde. Assim, as ações destinadas às famílias e aos indivíduos têm que considerar a carga cultural (hábitos e valores), e de vivência comunitária que comprometem a qualidade de vida e, por conseguinte, a saúde.

Na segunda postura, consta-se um foco dos estudiosos em torno da ampliação do conceito de saúde articulando aos seus respectivos pensamentos à questão da qualidade de vida de modo mais totalizante e, portanto, um leque mais variado de condicionantes como o acesso e distribuição dos serviços públicos de saúde, políticas econômicas que contribuam para a superação das iniquidades sociais, políticas ambientais, organização do espaço social e urbano dentre outras.

Reconhece-se que a afirmação do paradigma da Promoção da Saúde para Sociologia surge a partir das mudanças institucionais e políticas promovidas pela Atenção Básica, que privilegia a família, o trabalho em equipe interdisciplinar, que questiona a formação médica, bem como estimula a construção de redes de solidariedade nos territórios e muitas vezes, entre os demais setores da saúde, que são formas de responder a complexidade do objeto saúde (Fontes & Martins, 2006).

O lastro que tem informado tais estudos de modo geral, refere que a Promoção da Saúde resulta e ao mesmo tempo produz processos participativos no meio da população, alargando suas possibilidades quando esta vem tangenciada por posturas proativas nas tomadas de decisão referentes às ações voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde, assumindo, deste modo, sua parcela de responsabilidade no que se refere ao autocuidado em saúde.

Viu-se ao longo deste artigo que a Promoção da Saúde, em sua acepção mais ampla, se espria por diversas dimensões (ideo-política; cultural; operativo-tecnológica) e que sua concretização de fato depende da quebra da hierarquização do conhecimento na saúde e nas práticas dentro das equipes profissionais.

Ademais, para se compreender a atual configuração das redes de atenção à saúde e modo como incorporam ou se aproximam das redes sociais se faz necessário qualificar o debate em torno da Promoção da Saúde e como esta tem sido apropriada pela ESF.

A partir da ESF passou-se a considerar a articulação com as redes sociais de modo simbiótico de tal modo que as redes de saúde assumem cada vez mais a redes sociais como estruturas a serem trabalhadas na produção do cuidado.

Portanto, a discussão em torno dessa temática vai dar subsídios para aprofundar os estudos sobre as redes de saúde de modo a identificar os paradigmas constitutivos dessa relação.

6. REFERÊNCIAS

Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, 9(16), 39-52.

de Albuquerque, P. C., & Stotz, E. N. (2004). A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface-comunic., saúde, educ*, 8(15), 259-74.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006) *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2013.

Buss, P. M. (2000). Health promotion and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.

Carvalho, A. I. Buss, P. M.(2008). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. En Giovanella, L. *et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Fontes, B; Martins, P. H. (2006). *Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública*. Recife: UFPE.

Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. En Merhy, E. E. *et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, p. 55-124.

Quitério L. A. D. A questão ambiental urbana na atenção básica e o PSF. En Cohn, A. *et al. Saúde da Família e SUS: Convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Azougue, p. 113-140.

Mendes, E. V.(1996) *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.

Mendes, E. V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Merhy, E. E. (2003) Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. En Merhy, E. E. *et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, p. 15-35.

Mioto, R. C. T. (2008). O trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. *Revista Katálisis*, 5(1), 51-58.

Paim, J. S., Czeresnia, D., & Freitas, C. M. D. (2003). Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde; Surveillance of the health: of the models assistenciais for the health promotion.

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. *Rev. Saúde Pública, (Rio de Janeiro)* v.35, n.1, p.103-9, 2001.

Pereira, P. A. (2008). Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. En Boschetti, I. et al. *Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez.

Teixeira, M. O.; Nunes, S. T. (2006). A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? En Bravo, M.I.S. [et al]. *Saúde e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.

Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e pesquisa operativa*. Petrópolis: Vozes.

Westphal, M. F. (2009). Promoção da Saúde e prevenção de doenças. En Campos, G.W.S et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 635-667.

ⁱ Para Pereira (2008), o sentido amplo de política refere-se a voto, eleição, ação política própria da *polis* grega; enquanto que o seu sentido mais recente e restrito refere-se ao segmento particular das políticas públicas, evidenciado mais intensamente apenas no Pós-guerra. No entanto, Westphal (2009) considera que essa noção restrita já estava presente na sociedade romana.

ⁱⁱⁱ As ciências naturais e o positivismo no século XIX, em sua tentativa de abarcar também todo o campo social e subjetivo, passam a atuar na medicalização da sociedade e da cidade no século XIX através dos diferentes tipos de medicina social (Vasconcelos, 2002).

^{iv} Para Mendes (1996, p.243), a vigilância à saúde é uma nova resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde. Tem por perspectiva recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular estratégias de intervenção individual e coletiva a atuar sobre os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em fazer intersetorial.