

# MARCO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PSF

*Conceptual Landmark of Health Promotion in PSF (Family Health Program)*

**Ana Cecília Sucupira**

Pediatra Sanitarista  
Consultora do Programa Saúde da Família de Sobral

## sinopse

**A** promoção da saúde deve ser o objetivo principal no trabalho dos profissionais do PSF. Isso implica ir além da resolubilidade imediata da queixa trazida pelo indivíduo e a necessidade de construir um novo processo de trabalho que permita à população identificar os problemas e potencialidades, reconhecendo as condições e os fatores envolvidos na produção da queixa, do sofrimento e da saúde.

## palavras-chave

Promoção da saúde; programa saúde da família; sistema único de saúde.

## abstract

**H** health promotion should be the main objective in the practice of PSF professionals. This implies going beyond the immediate resolubility of the complaint presented by the individual and the necessity to construct a new practice process that permits the population to identify the problem and potentialities, recognizing the conditions and factors involved in creating the complaint, of the suffering and health.

## key words

Health promotion; family health program; unified health system.

## O NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A aprovação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 forneceu os princípios para a reorganização da atenção à saúde no Brasil, mas tem sido o Programa de Saúde da Família a estratégia estruturante que viabiliza a construção de um novo modelo de atenção à saúde. O modelo que se pretende com a implantação do PSF, pode ser visto como novo, porque implica uma mudança no modelo existente, que se torna passado, antigo. Isto não significa dizer que as idéias que fundamentam o modelo do PSF sejam todas novas. Algumas dessas idéias já estavam presentes, há algumas décadas, mas obtiveram pouco sucesso, uma vez que eram introduzidas sem que houvesse uma mudança substancial na orientação do modelo de atenção à saúde. Não há, portanto, uma negação mecânica do modelo anterior, mas uma negação dialética, uma superação, na qual se considera o que havia de bom no modelo antigo e elementos novos são incorporados para a construção do modelo novo. Vale ressaltar que o PSF pode ser considerado como um novo modelo, porém sua prática ainda não é nova e reproduz em muitos casos o paradigma biomédico.

A afirmação de que a promoção da saúde deve ser o objetivo principal da Equipe de Saúde da Família é conseqüente ao ideário de princípios que norteiam a implantação do PSF e que estão contidos na formulação do SUS. Assim, revendo esses princípios vamos encontrar os elementos necessários para justificar essa assertiva.

A marca principal do PSF, fundamentada na promoção da saúde, é a mudança de foco que passa a ser a saúde e não mais a doença. Pensar a saúde, não como a simples

ausência da doença, mas como produto da qualidade de vida, socialmente determinada, implica necessariamente, a superação do paradigma da biomedicina, organicista e a incorporação de um novo referencial que considere os aspectos históricos, culturais e sociais que interferem no modo como deve ser prestada a atenção à saúde. Nesse novo olhar, o indivíduo só pode ser compreendido na sua totalidade se estendermos esse olhar para a família com a qual ele convive, a moradia como núcleo de elementos favoráveis ou desfavoráveis a sua saúde e o cenário da comunidade e da sociedade que, influenciam do ponto de vista social e cultural a adoção de determinados modos de vida.

***A marca principal do PSF, fundamentada na promoção da saúde, é a mudança de foco que passa a ser a saúde e não mais a doença.***

## PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como cliente a família, inserida numa comunidade e a saúde dessa família não pode ser objeto de trabalho apenas da equipe, mas é também, objeto de um conjunto de intervenções da comunidade e do Estado, enquanto instância de governo. Insere-se, assim, obrigatoriamente a noção da intersectorialidade no PSF.

Ao ter como objeto principal de trabalho a saúde do indivíduo, da família e da coletividade, a proposta do PSF é necessariamente centrada na promoção da saúde. Mas o que se entende por promoção da saúde? Resumidamente, pode-se dizer que é a atuação nos determinantes da saúde, ou seja, um conjunto de ações assumidas pelos indivíduos, a comunidade e o Estado com o objetivo de criar condições favoráveis ao

pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Isso implica intervir coletivamente visando a qualidade de vida. As condições favoráveis são criadas individualmente por meio de atitudes e modos de vida saudáveis, coletivamente por ações conjuntas da comunidade ou ainda por intervenções dos vários setores do governo. Ao se falar em atitudes e modos de vida mais saudáveis na promoção da saúde, é preciso ter cuidado para não se responsabilizar apenas o indivíduo pela sua própria saúde, portanto, tem que se colocar a participação da comunidade no desenvolvimento de uma política saudável, ou seja, discutir os aspectos individuais dos modos de vida, a participação coletiva na gestão das políticas e as desigualdades estruturais da sociedade que impõem diferenças no modo de vivenciar a saúde e a doença. Deduz-se que os atores da promoção da saúde são vários, ou seja, a promoção da saúde é uma responsabilidade de toda a sociedade.

***... a promoção da saúde é uma responsabilidade de toda a sociedade.***

Obviamente, a prevenção das doenças está inserida na promoção da saúde. A prevenção atua sobre os determinantes da doença. Assim, as medidas de redução do número de veículos circulantes nas grandes cidades, nos períodos em que a qualidade do ar se torna crítica, tem como objetivo reduzir a incidência de doenças respiratórias. Já a proibição da circulação de veículos nos fins de semana, em algumas ruas, tornando-as áreas de lazer, tem como objetivo maior possibilitar às pessoas um espaço para atividades ao ar livre melhorando a qualidade de vida da população. Além disso, é uma medida também preventiva que serve para reduzir doenças ligadas à qualidade do ar e à vida sedentária.

No dizer de Andrade (2002): "...no PSF a promoção é gênero e a prevenção é espécie". A assistência está contida na promoção da saúde que é uma ação mais ampla que a

assistência. Mas é fundamental entender que ao se assumir a promoção da saúde como objetivo principal, ela vai direcionar a assistência que é prestada na atenção básica e influenciar diretamente os outros níveis de atenção, uma vez que se concebe o PSF como estratégia estruturante de todo o sistema.

Em última instância o PSF tem como objetivo a melhora da qualidade de vida para se ter como produto a saúde. Ora, a pergunta que se segue é o que se deve entender por qualidade de vida? Que qualidade de vida se pretende e para quem? São questões cuja resposta deve ser encontrada a partir de discussões que considerem os aspectos históricos, culturais e sociais de uma determinada comunidade.

Uma consequência lógica do que foi exposto acima e que constitui uma idéia-força contida na assertiva inicial é a necessidade de mudança do processo de trabalho dos profissionais na unidade de saúde.

A doença, ou melhor, a queixa, tem sido a principal linguagem de comunicação entre a unidade de saúde e a população. A demanda trazida é sempre a queixa de um sofrimento, visto sempre na sua manifestação somática, orgânica. O idoso, em busca de uma escuta, é atendido pela sua queixa de dores recorrentes. As manifestações alérgicas são inibidas pela prescrição contínua da medicação, sem que os alérgenos sejam identificados, a doença sexualmente transmitida é medicada, sem que os profissionais avaliem as suas repercussões no relacionamento do casal, o sofrimento psíquico não é percebido e a depressão, a angústia, o alcoolismo são vistos como doenças orgânicas, portanto, passíveis de tratamento medicamentoso.

## UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE

Essa visão medicalizante do sofrimento foi impondo um modo específico de funcionamento dos serviços de saúde que se traduziu no modelo de atenção, definido por Ricardo Bruno (1994), de queixa/condução. Os serviços de saúde organizam o atendimento à demanda na forma do pronto-atendimento, caracterizando o que Mendes (2001) chama de modelo agudocêntrico. A atenção à saúde encerra-se com a prescrição da receita, a solicitação de exames e o encaminhamento para serviços mais especializados. Reforça-se assim a imagem de ineficiência da atenção básica.

A pressão política pelo acesso ao atendimento nos serviços de saúde expressa a idéia de que a assistência médica traz saúde aos indivíduos. O médico, visto como alguém que cura, é o centro que direciona o modelo de atenção. Os demais profissionais são acessórios, para os quais são encaminhados os casos que o modelo biomédico não consegue resolver, transformados quase sempre em mazelas sociais.

Os princípios do SUS são reinterpretados: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção são entendidas como o direito de todos à tomografia, à ressonância. O hospital representa o acesso diferenciado à atenção à saúde. O modelo concentra no hospital os investimentos sob a pressão da indústria de

## *Os princípios do SUS são reinterpretados: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção são entendidas como o direito de todos à tomografia, à ressonância.*

equipamentos e farmacêutica. A atenção básica ou primária é vista como um apêndice do nível terciário.

O esgotamento desse modelo é inevitável. Os países mais desenvolvidos já redirecionaram a atenção à saúde, fortalecendo a promoção da saúde. A mudança no perfil epidemiológico, no qual as doenças infecto-contagiosas vão sendo substituídas pelas doenças crônicas, degenerativas ou não, e pelos agravos externos exige mudanças no modelo. Agravos que demandam um outro enfoque, pois não é a cura o objetivo, mas a prevenção das complicações e a manutenção da qualidade de vida.

A superação do modelo antigo não invalida os diferentes níveis de atenção, o hospital, os serviços especializados e as unidades básicas, mas integra-os no sistema hierarquizado e regionalizado, tendo como porta de entrada a unidade básica de saúde, tal como previsto no SUS. O PSF na construção do novo modelo radicaliza ao priorizar a promoção da saúde e reconhecer a unidade básica de saúde como a instância de excelência para dar conta de mais de 80% da demanda. O hospital passa a ser visto como uma instância de atenção não primária, assumindo sua vocação de atendimento de alta complexidade, destinado a uma pequena minoria de casos que irá necessitar dessa modalidade de atenção.

A questão que se coloca é como construir um novo processo de trabalho, centrado na perspectiva prioritária da promoção da saúde. Teoricamente, a construção do PSF tem na sua essência a filosofia da promoção da saúde ao ter como objeto de atenção a saúde e não a doença. Entretanto, ao se tratar de um processo de trabalho em construção é preciso definir o marco teórico e metodológico para a promoção da saúde nos contornos do PSF. É importante ainda, discutir o papel dos gestores nesse novo processo de trabalho.

Não se limitar a simples resolução imediata da queixa significa antes de tudo entender a dimensão dessa queixa, para além do que ela explicita. E mais, significa a compreensão de que a saúde só poderá ser alcançada se a queixa, o sofrimento, a doença forem compreendidos nos seus determinantes. É preciso identificar os condicionantes do sofrimento que se expressam naquele sintoma manifestado pelo paciente e pensar o problema no espaço do território, para que possam ser identificadas soluções coletivas. Os casos de diarreia não podem ser vistos de forma isolada. É necessário

avaliar a ocorrência de outros casos e analisar com a população o porquê desses casos, discutindo as características dos modos de vida da comunidade e as condições ambientais que estejam favorecendo o aparecimento de tantos casos de diarreia. As soluções encontradas nas discussões dos conselhos locais de saúde têm muito mais efetividade que as orientações que possam ser dadas pela equipe de saúde. Um outro aspecto importante desse modo de trabalhar é evitar que visões preconceituosas da equipe de saúde tendam a culpar a própria família ou a comunidade pelos casos de diarreia. Essa postura é freqüente e pode ser exemplificada em frases do tipo: "a mãe é irresponsável" "o povo é relaxado mesmo".

Algumas ferramentas são fundamentais na construção desse novo processo de trabalho da equipe de saúde. Inicialmente, o trabalho tem de ser visto na perspectiva da co-gestão com a comunidade. Para isso, é preciso pensar a saúde tanto do ponto de vista individual quanto coletivo e o desenvolvimento de um conhecimento específico para trabalhar essas questões. Porém o fundamental é a mudança de atitude por parte dos trabalhadores em saúde.

O instrumental epidemiológico dá visibilidade à população do processo saúde/doença. Entretanto, os conhecimentos epidemiológicos têm de ser socializados coletivamente. A comunidade deve participar ativamente da investigação epidemiológica. Experiências nas quais os conselhos locais de saúde têm também a função de investigar as mortes por causas externas, mostram que as informações sobre as causas dessas mortes são muito mais próximas da realidade, pois são obtidas por quem está no bairro e conhece a vida do bairro. Além disso, é possível trabalhar a epidemiologia do potencial de saúde das comunidades, reconhecendo nas condições e modos de vida da comunidade o que pode ser feito para a promoção da saúde. Rompe-se com o modelo da epidemiologia tradicional ligada à doença e de propriedade dos médicos e enfermeiros, abrindo-se para a participação das pessoas da comunidade. Essa é uma forma concreta da população se apropriar das informações sobre o processo saúde/doença na sua comunidade e construir um diagnóstico das condições de saúde que permita trabalhar na direção da promoção da saúde.

Obviamente, duas outras ferramentas estão necessariamente, incorporadas nesse processo, a territorialização e a ação intersetorial.

***Rompe-se com o modelo da epidemiologia tradicional ligada à doença e de propriedade dos médicos e enfermeiros, abrindo-se para a participação das pessoas da comunidade.***

A atenção básica territorializada é fundamental e está instrumentalizada pela adscrição da clientela, prevista no modelo do PSF. A construção do diagnóstico de saúde da comunidade implica o conhecimento do território enquanto um espaço vivo de relações, que produz a saúde e a doença. O processo de elaboração do diagnóstico epidemiológico, com base territorial possibilita articular os serviços de saúde com a comunidade e outros setores da sociedade, principalmente aqueles relacionados ao ambiente e ao desenvolvimento urbano. A identificação das condições e fatores envolvidos no processo saúde/doença requerem a ação intersetorial tanto no reconhecimento do modo de atuação desses fatores como na sua superação. Os diferentes olhares da equipe contribuem para trazer uma diversidade maior de elementos que vão compor o cenário e o processo que levou a um determinado problema de saúde vivenciado por uma família, por um grupo de famílias ou por uma comunidade. Essa produção coletiva do diagnóstico do problema e da discussão em busca de suas soluções requer uma organização interna da estrutura de trabalho da unidade que democratiza as competências e ajuda a construir o trabalho em equipe.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção do novo processo de trabalho é necessária a formação de novos atores, novos no sentido de terem condições de fazerem a crítica ao paradigma da biomedicina.

Resumindo, a assertiva enunciada no início do texto tem três idéias-força:

1a : a promoção da saúde deve ser o objetivo principal dos profissionais do PSF;

2a : é necessário construir um novo processo de trabalho;

3a : o atendimento deve ir além da queixa, ou seja, discutir os fatores envolvidos na queixa e no sofrimento.

A idéia é que o novo modelo garanta a universalidade, a equidade, a integralidade, mas com um salto de qualidade, porque deve estar centrado na comunidade, considerando os aspectos antropológicos, sociais e culturais da população e tendo sempre presente o direito à saúde. A participação da população nos conselhos municipais de saúde e nas instâncias de decisão das políticas públicas relacionadas à saúde deve ser estimulada enquanto um exercício da cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, LOM, Relatório sobre a "Oficina de Promoção da Saúde no PSF", Documento mimeo, Sobral, 2002.

Mendes Gonçalves, RB, - Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. Hucitec/Abrasco. São Paulo, 1994.

Mendes, EV, Grandes Dilemas do SUS. Ed. Casa da Qualidade Salvador Bahia. 2001