



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NILDO BATISTA MASCARENHAS**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO**

Salvador  
2010

**NILDO BATISTA MASCARENHAS**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Maria Meira de Melo.

Salvador  
2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem e Nutrição,  
SIBI - UFBA.

M395 Mascarenhas, Nildo Batista  
Promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária:  
contribuição ao estudo / Nildo Batista Mascarenhas. – Salvador, 2010.  
102 f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal  
da Bahia, Escola de Enfermagem, 2010.

1. Enfermagem - Prática. 2. Enfermagem em Saúde Pública. I. Melo,  
Cristina Maria Meira de. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de  
Enfermagem. III. Título.

CDU : 616-083:614

**NILDO BATISTA MASCARENHAS**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

**Banca Examinadora**

---

Dr<sup>a</sup>. Cristina Maria Meira de Melo- Orientadora  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

---

Msc. Stella Maria Pereira Fernandes de Barros  
Professora Emérita da Universidade Federal da Bahia

---

Dr<sup>a</sup>. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Salvador, 12 de Julho de 2010.

*Dedicado aos meus amados pais, Zé e Vilma,  
cujo esmero e amor incondicional ultrapassam  
o limite da escrita; e a todos aqueles que  
acreditam e lutam por um mundo melhor.*

## AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é fruto de uma construção que envolveu encontros, desencontros, descobertas, inquietações, lutas, envolvimento, reconhecimento... sonhos. No transcorrer deste processo, pessoas importantes estiveram ao meu lado, o que tornou possível a concretização deste estudo. Sendo assim, os agradecimentos são fundamentais. Agradeço:

A Deus, pelo dom da vida e pela bela arte do viver;

Aos meus amados pais, Zé e Vilma, pelos exemplos de dedicação, companheirismo, solidariedade e amor. Vocês são meus maiores estimuladores, meus eternos companheiros, sempre preocupados, responsáveis, inquietos, zelosos; os legítimos disseminadores do cuidado. Palavras são pequenas para explicitar algo intangível;

A minha família, especialmente minha irmã, Lidiane, minhas primas Larissa, Lorena e Gisele e meus tios Nilson, Verbena, Arquimedes, Máisia e Lourdes, pela felicidade nas conquistas alcançadas, pelo apoio nos momentos difíceis e por acreditar sempre;

A Igo Luz, amigo e companheiro de tantas jornadas, por ter sido um grande incentivador para a realização deste trabalho, por sempre estar presente e por dignificar um dos mais belos sentimentos humanos: a amizade;

Às amigas Gabriela, Janine, Leilane e Thianne, pelos momentos compartilhados e pela amizade de longos anos, que a cada dia se fortalece;

A Márlon, por imprimir um significado particular na minha vida, por compartilhar sonhos e momentos, pela amizade e pela luta por uma enfermagem comprometida social e politicamente com o SUS e com a sociedade;

A Professora Cristina Melo, pela disponibilidade em orientar este trabalho, por sua marcante influência na minha formação política e profissional, por sempre escutar meus anseios, dúvidas, questionamentos, descobertas. Por acreditar numa Enfermagem e numa sociedade melhor e por demonstrar que a mudança é possível;

A Professora Darci Santa Rosa, pela condução dos meus passos iniciais no mundo da pesquisa, pelas palavras de incentivo, pela amizade e por sempre acreditar nos meus sonhos;

A Professora Enoy Gusmão, pela amizade, pelo carinho, pelo exemplo de pessoa e profissional, pelas oportunidades concedidas, pela confiança e pelo incentivo;

Ao Professor José Ricardo Ayres, pela disponibilidade, pelas contribuições, pelos seus valiosos escritos que tanto me convidaram à reflexão durante a construção deste estudo e por demonstrar, através de atitudes e palavras, que o cuidado para além de um constructo teórico, constitui-se numa práxis;

A Giselle Teixeira, querida amiga do mestrado, pelo incentivo e pelos tantos momentos de alegria e “confabulações” compartilhados;

Aos colegas e amigos de turma, especialmente Andréia, Érida, Igor, Márcia, Paula Mônica, Paulo Ricardo, Talita Aquira, Thalita Lôbo, Thais e Vanessa, pelos momentos compartilhados, pelo crescimento juntos e por tornar estes 4 anos e meios de graduação um marco em minha vida;

Aos companheiros do Diretório Acadêmico de Enfermagem, especialmente Fernanda Mota, por re-significar a política em minha formação profissional e pessoal, pelo convite à reflexão e à luta;

À comunidade da Escola de Enfermagem da UFBA, palco de tantas descobertas, por me acolher nesses anos de graduação;

À equipe do Estágio de Vivências no SUS, pelos momentos de construção e reafirmação da luta pelo SUS;

Aos usuários do SUS, por dar sentido à luta por uma sociedade justa, solidária e equânime, e pela oportunidade de aprendizado concedida;

A todos vocês, que acreditam num mundo melhor e que lutam pela consolidação do Sistema Único de Saúde.

*“Não é, porém, a esperança um cruzar de braços e esperar. Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero” (Paulo Freire)*

*“Sonhar com o impossível é o primeiro passo para torná-lo possível” (Confúcio)*



MASCARENHAS, Nildo Batista. Promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária: contribuição ao estudo. 102f. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde, como a política de saúde do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com os constructos da promoção da saúde e da atenção primária à saúde. A atenção primária à saúde pode ser compreendida como o nível de um sistema de serviços de saúde que possibilita a obtenção de respostas para todas as necessidades e problemas, excetuando-se as incomuns e raras. Os cuidados inerentes à atenção primária envolvem a participação da comunidade e são direcionados para a promoção, proteção e melhoria da saúde. A promoção da saúde se caracteriza como uma estratégia promissora para enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, contribuindo para romper a hegemonia do paradigma biomédico e se constituindo em um imperativo ético que pode resgatar valores fundamentais à sociedade. A Enfermagem, compreendida como um campo de prática social, cuja essência abarca uma forte conotação de promoção global da saúde, emerge como um espaço fundamental para a consolidação da promoção da saúde no âmbito da atenção primária. Com isso, esse estudo tem como objetivo geral analisar a produção científica nacional sobre a prática do enfermeiro na promoção da saúde no campo da atenção primária, e como objetivos específicos identificar a produção científica nacional sobre a prática do enfermeiro na promoção da saúde no campo da atenção primária; discutir as concepções sobre promoção da saúde na produção científica nacional; e caracterizar as práticas do enfermeiro na promoção da saúde no campo da atenção primária, segundo a produção científica nacional. Este é um estudo analítico de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, que foi realizado em dois momentos: no primeiro discutiu-se a promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária e no segundo realizou-se uma revisão sistemática da literatura. Constatou-se que a prática do enfermeiro, pautada na doença e nos procedimentos técnicos, corrobora a manutenção de uma prática subsidiária à medicina e distante da sua própria essência. Em face disso, é crucial que os enfermeiros valorizem o que caracteriza a profissão: o cuidado. O cuidado, como um modo-de-ser da enfermagem, justifica a importância da profissão para promover a saúde na atenção primária. Destarte, a promoção da saúde é um campo de possibilidades para a atuação do enfermeiro na atenção primária, possibilitando uma prática transformadora e pautada no cuidado, a valorização da prática de enfermagem e a visibilidade social do seu fazer. Com relação à produção científica nacional sobre a temática, verificou-se que essa discussão é pouco explorada no campo da Enfermagem e que a promoção da saúde é confundida com a prática da educação em saúde, persistindo uma concepção limitada e atrelada às práticas desenvolvidas no interior dos serviços de saúde. Conclui-se que é fundamental os enfermeiros reconhecerem a promoção da saúde como subsídio para sair da postura de neutralidade que ainda reveste os cuidados de enfermagem, rumo a um projeto de sociedade que contemple os cuidados de enfermagem valorizados e a profissão engajada nas transformações da sociedade.

**Palavras-Chave:** Promoção da saúde; Atenção Primária; Enfermagem em Saúde Pública

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E CONCEPÇÕES</b> .....	20
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL .....	20
2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL .....	28
<b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E BASE CONCEITUAL</b> .....	36
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DISCURSO PREVENTIVISTA: O QUE OS DISTINGUE? .....	49
<b>4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> .....	54
4.1 CUIDADO, PRÁTICAS DE SAÚDE E ENFERMAGEM .....	55
4.1.1 O cuidado nas práticas de saúde e na enfermagem .....	59
4.2 O CUIDADO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	74
<b>5 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> .....	83
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	93
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos quarenta anos ocorreram significantes mudanças na conjuntura política e econômica da sociedade brasileira. Neste período, especialmente na transição da década de 1970 para os anos 1980, diversos segmentos da sociedade mobilizavam-se em prol do fim da ditadura militar, a qual se manteve no poder por mais de vinte anos. No setor saúde, em consonância com a luta pela democratização da sociedade, um importante movimento conformou-se face à crise sanitária, política e econômica instalada no País: a Reforma Sanitária brasileira (RS).

A Reforma Sanitária brasileira, compreendida como um movimento social, político e ideológico emergiu como parte da luta pela democracia, com um papel preponderante na construção da atual política de saúde brasileira, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009).

O embate político e ideológico proporcionado pelo Movimento da Reforma Sanitária durante a década de 1980, acrescido da promulgação da Constituição Federal de 1988 e a institucionalização do SUS em 1990, através das Leis 8.080/90 e 8.142/90, favoreceram a emergência de discussões acerca da mudança nos modelos de atenção à saúde do Brasil, face aos princípios e diretrizes da nova política de saúde do país.

De acordo com Paim (2008), modelos assistenciais ou modelos de atenção à saúde podem ser compreendidos como “combinações de tecnologias estruturadas em função dos problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas” (PAIM, 2008, p.571).

No Brasil, devido à conformação histórica do sistema de serviços de saúde, podem ser identificados dois modelos de atenção hegemônicos, que convivem historicamente de forma contraditória e/ou complementar: o modelo médico assistencial privatista e o modelo sanitarista. O primeiro é, em essência, marcado pela base biológica de sustentação, com foco na intervenção sobre a patologia, e centrado na atenção médica especializada dispensada no espaço hospitalar. O segundo ilustra a saúde pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, onde as intervenções sobre as necessidades de saúde da população eram realizadas mediante campanhas, programas especiais, vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008).

Durante o século XX o sistema de saúde do Brasil transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico-assistencial privatista, o qual foi consolidado em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (MENDES, 1996). A partir disso, observa-se que o Estado brasileiro priorizou a atenção médica especializada e hospitalar, levando a hegemonia das ações curativas e hospitalares e a consolidação do modelo médico assistencial privatista. Esta lógica de produção das ações de saúde, além de não responder devidamente às necessidades de saúde da população, resulta na elevação dos custos com a atenção à saúde para o País e reduz a concepção de saúde à ausência de doenças, ignorando os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado.

Destarte, no âmbito do processo de construção do SUS, que foi e continua sendo realizado através de embate político e ideológico, encontram-se o conceito ampliado de saúde; o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde; a impossibilidade do setor saúde responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 2006b); e a necessidade de organizar o sistema de serviços de saúde e de produzir mudanças na lógica de atenção à saúde.

O Sistema Único de Saúde, nesse sentido, como a política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com os constructos dos movimentos da promoção da saúde (BRASIL, 2006b) e da Atenção Primária à Saúde (APS), que no Brasil recentemente é denominada de Atenção Básica.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), esta se refere a um “[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p.2). A atenção básica é pautada nos princípios do SUS, caracterizando-se como um dispositivo do sistema de saúde brasileiro que possibilita, principalmente, a universalidade, a integralidade e a participação popular (FAUSTO e MATTA, 2007).

A definição de atenção básica presente na PNAB sofreu influência da concepção de atenção primária à saúde difundida internacionalmente, assumida como atenção básica durante o processo de implantação do SUS, momento em que foi essencial para o cumprimento dos princípios defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, especialmente para apoiar a operacionalização da universalidade quanto ao acesso aos serviços de saúde, a

descentralização da gestão do sistema e dos serviços de saúde e a participação social (HEIMANN E MENDONÇA, 2005).

A promoção da saúde, cujas idéias foram introduzidas no Brasil em meados dos anos 1980, estimuladas pelo debate em torno da Reforma Sanitária (CARVALHO, 2008), pode ser interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas (BUSS, 2000).

Ela desponta como uma nova concepção internacional de saúde em meados da década de 1970, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde (HEIDMANN et al, 2006). Nesta mesma década, embora o termo tenha sido usado pelos sanitaristas Hugh Rodney Leavell e Edwin Gurney Clark para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2009).

É importante destacar que o conceito de promoção da saúde é multifacetado, especialmente devido às concepções historicamente construídas que associavam o termo promoção da saúde às mudanças de comportamentos e às atividades preventivas, conforme preconizado pelo modelo da “História Natural das Doenças” proposto por Leavell e Clark (1976). O referido modelo é bastante difundido nos âmbitos nacional e internacional, sendo criticado por diversos autores, especialmente por Arouca (2003).

Buss (2000, p.167) reitera que:

O conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 25 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter conceitual e resultados de pesquisas têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para este campo.

Nos últimos trinta anos, a promoção da saúde se caracteriza como uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Ao partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação dos saberes técnicos e dos

populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

De acordo com a Carta de Ottawa, documento oriundo da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, no Canadá, a promoção da saúde pode ser compreendida, como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986, p.1).

Partindo dessa concepção, pode-se dizer que a promoção da saúde, ao conferir possibilidades e liberdade aos indivíduos e grupos, parte de uma concepção ampliada de saúde, a qual deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver; como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Sendo assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, extrapolando um estilo de vida saudável e caminhando em direção a um bem-estar global (OMS, 1986).

Contudo, para compreender a promoção da saúde como mudança de paradigma, é preciso enfrentar uma discussão que permita distingui-la da prevenção de doenças (LEFEVRE e LEFEVRE, 2007), dado que no imaginário social ainda persiste uma confusão conceitual e paradigmática entre promoção e prevenção, devido à difusão do discurso preventivista proposto por Leavell e Clark nas décadas de 1960 e 1970.

Em linhas gerais, o discurso preventivista focaliza os aspectos biológicos, identifica riscos e atua sobre eles. Diferente da promoção da saúde, a prevenção de doenças não considera a dimensão histórico-social do processo saúde-doença-cuidado e, portanto, não inclui nas suas ações políticas públicas saudáveis e intersetoriais que consideram os determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde-doença-cuidado. Além disso, as ações preventivas não estimulam nas coletividades processos de ampliação do poder, de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para enfrentamento de seus problemas e a valorização das suas potencialidades, para que as pessoas estejam implicadas na luta pela melhoria das suas condições de vida e trabalho (WESTPHAL, 2009).

Assim sendo, tanto numa escala individual quanto coletiva, o termo *prevenção* deve [...] ser reservado para toda medida que, tomada antes do

surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste (ou que tenha diminuída a sua probabilidade de ocorrência) ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou nas coletividades (LEFEVRE e LEFEVRE, 2007, p.37).

A promoção da saúde é algo que remete à dimensão social, existencial e ética; ao engajamento e comprometimento ativo dos sujeitos, envolvendo o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes da saúde e indo além de uma aplicação técnica e normativa. Nessa concepção, compreende-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle; a promoção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha (CZERESNIA, 2009); de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (BUSS, 2009).

Frente ao exposto, atuar na atenção primária, na perspectiva da promoção da saúde

[...] Configura-se como uma possibilidade de responder a demandas sociais e exige reflexões que perpassam quatro eixos fundamentais: a concepção de saúde, a gestão do processo de trabalho e educação, a formação dos profissionais de saúde, a participação e o controle social. A conjugação dos elementos destes eixos deve direcionar as práticas em saúde, imprimindo a lógica do modelo technoassistencial em constante construção e reconstrução (SILVA et al, 2009, p.86).

Os profissionais da saúde, ao atuarem no campo da atenção primária, em consonância com os pressupostos da promoção da saúde, devem pautar a sua prática em uma concepção ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado; devem estimular e promover a participação política da comunidade; devem atuar de modo a extrapolar os limites dos serviços de saúde, com vistas a adotar ações intersetoriais e criar ambientes favoráveis à saúde; e devem se engajar na luta pela consolidação de políticas públicas saudáveis.

Entretanto, apesar da importância inquestionável da incorporação dos pressupostos da promoção à saúde na prática dos profissionais, Silva et al (2009, p. 87) sinaliza que “as mudanças nas práticas assistenciais direcionadas à construção da promoção da saúde são

ainda incipientes e têm pequena visibilidade no cenário das práticas em saúde justificando, assim, a não percepção desta prática como estratégia para a transformação”.

Seguindo esse caminho, salienta-se que a promoção da saúde ainda não tem a atenção merecida, especialmente por ainda imperar uma visão simplificada em seu fazer, a qual, hegemonicamente, resume-se às mudanças do estilo de vida, à educação em saúde e a prevenção de doenças. Na perspectiva de Heidmann et al (2006), é importante reconhecer que a maior parte dos profissionais ainda desconhece o significado da promoção da saúde, o que corrobora a notória confusão conceitual entre promoção e prevenção.

Esta afirmação de Heidmann et al (2006) é confirmada a partir da minha vivência durante o curso de graduação no campo da atenção primária. As ações da promoção da saúde são raramente explícitas na prática dos profissionais da saúde, com destaque para os enfermeiros, restringindo-se constantemente às intervenções de educação em saúde, de prevenção de doenças e para mudanças de comportamento.

A enfermagem, compreendida como um campo de prática social relacionado com a estrutura econômica, política e ideológica do país, e cuja essência abarca uma forte conotação de promoção global da saúde, emerge como um espaço fundamental para a consolidação da promoção da saúde no âmbito da atenção primária. Mas, considerando a conformação histórica de sua prática na sociedade e a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem, observa-se que os enfermeiros ainda têm sua prática, na maior parte das vezes, orientada pelo modelo de atenção biomédico, afastando-se do cuidado, dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária brasileira, parte deles presentes na política nacional de saúde, e dos pressupostos da atenção primária à saúde.

Não se pode deixar de considerar que além da prática do enfermeiro, o cuidado em saúde ainda está hegemonicamente vinculado a uma concepção técnico-científica e reducionista, o que contribui com a manutenção de uma práxis de intervenção sobre um corpo biológico, com vistas a eliminar uma doença.

Sendo assim, é urgente e necessário o resgate e a valorização do cuidado humano nas práticas de saúde para romper com a hegemonia do paradigma biomédico, de modo a atenuar a crise de legitimidade social que o cuidado em saúde enfrenta e possibilitar a retomada do sentido principal das ações de saúde: a manutenção, conservação e promoção da vida. A promoção da saúde, nesse contexto, emerge como uma estratégia fundamental para



impulsionar mudanças não somente no setor saúde, mas também na sociedade, resgatando o cuidado nas relações humanas e nas práticas de saúde.

É importante destacar que, apesar da expressão promoção da saúde ser bastante enunciada por profissionais, gestores e pessoas que atuam no meio acadêmico, o tema desse estudo ainda é pouco explorado no Brasil. Assim, em face da necessidade de compreender, a partir de constructos teóricos, como a promoção da saúde é revelada na prática do enfermeiro na atenção primária, e considerando a concepção defendida pelo autor acerca da atenção primária e da promoção da saúde como estratégias políticas, sociais e éticas essenciais para a consolidação do SUS, para o resgate do cuidado e para a transformação das práticas de saúde e dos modelos de atenção à saúde, emergiram as seguintes perguntas: como a promoção da saúde é revelada na prática do enfermeiro que atua no campo da atenção primária? Qual é a produção científica nacional sobre a promoção da saúde na prática do enfermeiro na atenção primária?

Para suscitar reflexões e contribuir para o debate sobre a temática, traçaram-se os seguintes objetivos:

- Geral: Analisar a produção científica nacional sobre a promoção da saúde na prática do enfermeiro no campo da atenção primária.
- Específicos:
  - ✓ Identificar a produção científica nacional sobre a promoção da saúde na prática do enfermeiro no campo da atenção primária;
  - ✓ Discutir as concepções sobre promoção da saúde na produção científica nacional;
  - ✓ Caracterizar as práticas do enfermeiro para a promoção da saúde no campo da atenção primária, segundo a produção científica nacional.

Por se tratar de uma temática pouco explorada no País e no intuito de compreender como a promoção da saúde é revelada na prática de enfermeiros que atuam na atenção primária, optou-se por desenvolver um estudo analítico de caráter exploratório, com abordagem qualitativa.

Na perspectiva de Gil (2006a), a pesquisa exploratória tem o objetivo de fornecer uma visão geral e aproximativa acerca de determinado fato. Ela compõe a primeira etapa de uma investigação mais ampla sobre um tema, favorecendo, assim, maiores esclarecimentos sobre

um problema. Richardson et al (1999, p.100) complementam que os estudos que utilizam a metodologia qualitativa podem

[...] descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Essa investigação é constituída por dois momentos. O primeiro discute a promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária, sendo composto por três capítulos que discorrem sobre: o contexto histórico-conceitual da atenção primária, no âmbito nacional e internacional; sobre a trajetória história e as abordagens da promoção da saúde; e sobre a promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária.

Para nortear a discussão do terceiro capítulo adotaram-se os constructos teóricos sobre o cuidado humano na perspectiva ontológico-existencial, do professor e médico sanitário José Ricardo Ayres (2009b) e do filósofo Leonardo Boff (2008); e sobre o cuidado em saúde de José Ricardo Ayres (2009b) e da enfermeira Marie-Françoise Collière (1999; 2003). Para promover o diálogo entre a promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária, adotou-se a abordagem dos cuidados de enfermagem centrados no desenvolvimento da saúde discutida por Collière (1999; 2003).

A utilização desses constructos buscou também avançar na discussão do cuidado nas práticas de saúde, compreendido nesse estudo como “[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2009b, p.89); e do cuidar como uma atitude fundamental à manutenção, conservação e promoção da vida (COLLIÈRE, 1999; 2003).

No segundo momento realizou-se uma revisão sistemática da literatura, no intuito de verificar o conhecimento produzido sobre o tema em questão. A revisão sistemática da literatura é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio do método científico (LIMA, SOARES e BACALTCHUK, 2000). Sampaio e Mancini (2007) complementam que esse tipo

de investigação disponibiliza um resumo das evidências mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

Para operacionalizar esse momento, seguiram-se as etapas descritas por Sampaio e Mancini (2007):

1. Formulação da pergunta de investigação;
2. Busca das evidências, através da identificação das bases de dados a serem consultadas e definição das palavras-chaves e estratégias de busca;
3. Estabelecimento de critérios para a seleção dos artigos a partir da busca;
4. Condução da busca nas bases de dados selecionadas e com base na(s) estratégia(s) escolhidas;
5. Aplicar os critérios na seleção dos artigos;
6. Analisar criticamente e avaliar todos os estudos incluídos na revisão;
7. Preparar um resumo crítico, sintetizando as informações disponibilizadas pelos artigos que foram incluídos na revisão;
8. Apresentar uma conclusão, informando a evidência.

Em face dessas considerações, definiu-se a seguinte questão: qual a produção científica nacional sobre a promoção da saúde na prática do enfermeiro na atenção primária? Através desta busca, procurou-se sintetizar a produção científica nacional sobre a temática em questão.

Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2010, no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para a pesquisa nas bases de dados utilizaram-se os seguintes descritores: atenção primária; enfermagem; enfermagem em saúde pública; prática profissional; programa saúde da família; promoção da saúde; trabalho.

Os critérios para inclusão dos artigos no estudo foram: que estivessem em português; que tivessem disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico; que os dados tivessem sido coletados no Brasil; e que tivessem como lócus de estudo a atenção primária e como sujeitos os enfermeiros.

A análise dos dados ocorreu por meio da leitura exploratória, seletiva e analítica, considerando as concepções ideológicas da promoção da saúde, da prática do enfermeiro na

atenção primária e do cuidado. Este processo foi pautado na análise de conteúdo adaptada de Bardin (2008) e ocorreu em três etapas: a pré-análise, cujo material selecionado foi organizado, lido e as percepções são registradas; a exploração do material, que consiste na transformação dos dados brutos, objetivando alcançar o núcleo de compreensão do texto e a análise final, que visou desvendar o conteúdo trabalhado, considerando as ideologias, tendências e outras denominações características do evento em análise.

Como esta pesquisa utiliza a abordagem qualitativa, destaca-se que o tratamento de resultados qualitativos obtidos em uma revisão sistemática pode ser apresentado na forma narrativa, quantitativa de estatística de achados qualitativos (metassumarização), ou através da interpretação dos resultados (metassíntese) (SANDELOWSKI e BARROSO, 2003 apud LOPES e FRACOLLI, 2008).

Considerando a abordagem qualitativa desse estudo, adotar-se-á a metassíntese qualitativa, que segundo Sandelowski e Barroso (2004, p.774 apud LOPES e FRACOLLI, 2008)

É uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explanações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa.

Esse estudo emerge num momento de diversos questionamentos no interior do setor saúde e na própria sociedade, onde a reconstrução das práticas de saúde e da enfermagem, o embate com o paradigma biomédico e o vislumbamento por mudanças ideológicas e práticas se fazem necessárias para a construção de uma nova conjuntura política e social da produção de saúde na sociedade brasileira.

Pretende-se trazer contribuições ao campo da Enfermagem e da Saúde Coletiva no que concerne à promoção da saúde na atenção primária, resgatando o contexto histórico-conceitual da atenção primária e da promoção da saúde, nos âmbitos nacional e internacional, e dialogando com os construtos teóricos que versam sobre o cuidado nas práticas de saúde e na enfermagem.

## **2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS E CONCEPÇÕES**

Este capítulo foi construído no intuito de compreender os elementos que caracterizam a atenção primária à saúde em sua dimensão histórica e ideológica. Para isso, esta construção pautou-se no entendimento de que a APS, compreendida em sua dimensão abrangente, é essencial para a estruturação de sistemas de saúde. Isto porque é uma estratégia que possibilita a intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, inerentes a atenção à saúde da população, além de ser um lócus que, devido a suas peculiaridades, representa um espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde no âmbito do sistema de serviços. Assim, o delineamento do contexto histórico da APS, ao tempo em que se dialoga com suas concepções, é fundamental para a compreensão da especificidade deste campo.

Inicialmente, optou-se por uma aproximação com o movimento histórico e as concepções da APS no contexto internacional, dado que este exerceu influência direta na conformação da APS na América Latina e, conseqüentemente, no Brasil. Posteriormente, e em articulação com o contexto internacional, delineou-se a conformação da APS no Brasil que, nesse âmbito, foi denominada de Atenção Básica.

### **2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL**

A atenção primária à saúde, desde meados do século XX, tem sido fundamental para a estruturação e organização das ações dos sistemas de saúde em diversos países, conformando-se de forma singular em cada realidade. A concepção e as práticas de saúde relativas à APS alteraram-se ao longo do tempo, assim como são distintas as percepções quanto a sua dimensão para os diversos atores envolvidos no campo da saúde (BAPTISTA, FAUSTO E CUNHA, 2009).

No campo das definições, a atenção primária à saúde pode ser compreendida como o nível de um sistema de serviços de saúde que possibilita a obtenção de respostas para todas as necessidades e problemas. Este nível do sistema de saúde fornece atenção à pessoa no decorrer do tempo e em todas as suas condições de saúde ou doença, excetuando-se as muito incomuns e raras, e engloba um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas deste nível. A abordagem inerente à atenção primária forma a base e determina o trabalho de todos

os outros níveis do sistema de saúde, de modo a coordenar, racionalizar e direcionar o uso dos recursos, básicos ou especializados, para a promoção, proteção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

A atenção primária revela-se como uma tendência relativamente recente de se inverter a priorização das ações de saúde de uma abordagem desintegrada, curativa e centrada no papel hegemônico do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção, e construída coletivamente com outros profissionais de saúde (ANDRADE, BARRETO E BEZERRA, 2007), em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (FAUSTO e MATTA, 2007). Atualmente, no âmbito internacional, a APS é considerada a base para um novo modelo assistencial em sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido em 1920, com a publicação do Relatório Dawson, “[...] considerado um dos primeiros documentos que sintetizou um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de Sistemas Nacionais” (CAMPOS, 2006, p.34). A construção desse documento procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano norte-americano, que era essencialmente curativo, reducionista e focado na atenção hospitalar, e de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção à saúde do país, o qual começava a preocupar as autoridades devido ao elevado custo com a assistência à saúde, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (FAUSTO e MATTA, 2007) das ações em saúde pautadas no modelo biomédico.

O Relatório Dawson preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis, descrevendo a função de cada um e as relações que deveriam existir entre eles (MENDES, 2002). Segundo Fausto e Matta (2007), o modelo de atenção proposto no relatório era composto por centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino.

Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam ser organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação generalista. Caso esse profissional não tivesse condições de solucionar os problemas de saúde da população com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção, os usuários deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia (FAUSTO e MATTA, 2007).

Com isso, pode-se afirmar que este relatório constituiu-se no alicerce da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, os quais deveriam ser organizados em bases populacionais, influenciando a organização desses sistemas em vários países do mundo (MENDES, 2002; FAUSTO e MATTA, 2007).

Um marco histórico mundial da APS é a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, ocorrida em 1978, na cidade de Alma-Ata, e organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse evento questionou os modelos verticais de intervenção para o combate às endemias na África e na América Latina (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008) e teceu duras críticas à desigualdade existente no estado de saúde dos povos entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, situação tida como política, social e economicamente inaceitável.

Em termos conceituais pode-se dizer que foi a partir da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários que se buscou uma definição de APS que englobasse aspectos além de um primeiro nível de atenção. Tendo por base as várias experiências de cuidados primários em saúde desenvolvidas em diferentes partes do mundo, a APS, nessa ocasião, foi definida considerando dois aspectos implícitos ao termo: a APS como estratégia e como nível de atenção (FAUSTO, 2005; FAUSTO e MATTA, 2007).

Nesse evento foi produzida a declaração de Alma-Ata, um documento que teve significativo impacto na concepção de atenção primária difundida no mundo. Ela sintetizou as discussões em torno das estratégias que deveriam ser adotadas no contexto mundial, no intuito de proporcionar uma melhor condição de saúde para todos, independentemente da classe social do indivíduo, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis nos cuidados primários à saúde, e introduzindo a participação comunitária como elemento fundamental desse modelo (ASSIS, ASSIS e CERQUEIRA, 2008).

A referida declaração enfatiza a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos, reitera a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais, e define os cuidados primários de saúde como a chave para o alcance desta meta. No bojo da declaração, os cuidados primários de saúde foram concebidos como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao

alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (OMS, 1978, p.2-3).

À luz da análise anterior, observa-se que os cuidados primários de saúde não são cuidados primitivos, sem embasamento científico, conforme difundido no discurso dos que defendem a hiper-especialização da saúde e a alta densidade tecnológica como parâmetros de qualidade dos serviços de saúde. Os cuidados primários, compreendidos como essenciais ao desenvolvimento humano, envolvem a participação política da comunidade, a solidariedade, a qualidade dos serviços prestados e requerem dos atores que atuam nesse âmbito conhecimento, atitude e habilidade, dada a sua complexidade específica.

A concepção de atenção primária expressa na declaração de Alma-Ata é abrangente, principalmente por considerar a APS como parte integrante tanto do sistema de saúde dos países, quanto do desenvolvimento econômico e social global das comunidades, o que envolve a cooperação de outros setores que estão relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário. Assim, a APS pressupõe a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados, além da democratização dos conhecimentos, contrapondo-se à hegemonia médica (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nesta direção, a atenção primária à saúde é um elemento essencial na estruturação dos sistemas nacionais de saúde, especialmente por representar o núcleo destes sistemas, constituindo-se no primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, os quais devem ser operados o mais próximo possível dos ambientes onde as pessoas vivem e trabalham. Outrossim, os cuidados dispensados neste nível de atenção constituem-se no primeiro momento de um processo permanente de assistência à saúde (que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação), com foco nos principais problemas de saúde da comunidade.

Após a difusão mundial dos pressupostos da atenção primária contidos na declaração de Alma-Ata, o referido documento foi bastante criticado por agências internacionais, com o argumento principal de ser muito abrangente, pouco propositivo (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), tido ainda “[...] como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade” (BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA, 2009, p. 1011).



A consideração anterior é fundamental para compreender as concepções que permeiam a APS após 1979, principalmente ao considerar o poder internacional que agências como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, enquanto expressões de afirmação do modo de produção capitalista e da supremacia dos países desenvolvidos sobre os países em desenvolvimento, têm nas decisões no âmbito mundial. Pode-se deduzir que uma concepção de atenção primária abrangente, que afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos povos, confere autonomia às pessoas/cidadãos e concebe a saúde como direito humano fundamental emerge como uma proposta contra-hegemônica aos interesses e concepções defendidos por estas agências.

Esse fato pode ser corroborado ao se constatar que no ano posterior a realização da Conferência em Alma-Ata, “[...] a Fundação Rockefeller financiou a realização da Conferência de Bellagio, a partir da qual se disseminou internacionalmente uma noção seletiva da APS” (BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA , 2009, p.1010). A difusão da concepção de APS seletiva, que contou com o apoio e financiamento de agências e fundações internacionais, provocou tensão nos discursos durante a década de 1980 e se refletiu na organização dos serviços de saúde na década seguinte (BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA , 2009). Neste sentido,

Em contexto internacional adverso de baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores, deu-se seqüência, nos anos posteriores, a um embate entre a concepção de atenção primária a saúde integral e abrangente e a concepção restrita de atenção primária à saúde, prevalecendo a última (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p.580-1).

O embate entre a concepção seletiva e abrangente da atenção primária à saúde contribuiu para consolidar a diversidade de significados e sentidos adquiridos pela APS ao longo do tempo, o que coloca importantes desafios para a sua compreensão. De acordo com Fausto e Matta (2007), os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde contribuem para a produção de distintas interpretações e abordagens da APS nos diferentes sistemas de saúde.

Sendo assim, pode-se afirmar que a atenção primária à saúde é uma expressão que envolve distintas interpretações, identificando-se duas concepções predominantes: como porta de entrada do sistema, prestando cuidados ambulatoriais, e como política de reorganização do

modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada (GIOVANELLA, 2008). Comumente, os estudiosos da área sugerem três interpretações para a APS, conforme explicitado por Mendes (2002): a atenção primária seletiva; a atenção primária como o nível primário do sistema de serviços de saúde e como estratégia de organização dos sistemas nacionais de saúde. Este mesmo autor afirma que estas três abordagens são encontradas em vários países e podem conviver dentro de um mesmo país, como no caso brasileiro.

A atenção primária seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo (também compreendida como uma cesta de serviços básicos selecionados), voltada à população em situação de extrema pobreza, no intuito de combater as principais doenças em países pobres. Esta concepção foi hegemônica durante a década de 1980 para agências internacionais como o Banco Mundial (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), que pode ser considerado o principal difusor das idéias de focalização e seletividade das ações dos governos no campo das políticas sociais, especialmente no setor saúde (FAUSTO e MATTA, 2007).

Dentre os fatores que contribuíram para a disseminação da concepção de atenção primária seletiva foi o cenário de crise econômica dos anos 80 e a emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos, os quais apoiavam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres. Nesse contexto, as políticas de ajuste estrutural e as idéias sobre reforma do Estado, que tinham como alvo a redução de gastos públicos, influenciaram na escolha de projetos de baixo valor econômico e de curto prazo a serem financiados (CUETO, 2003 apud FAUSTO e MATTA, 2007).

Os objetivos dos programas vinculados à concepção seletiva da atenção primária são restritos e voltados para as populações e regiões pobres, sendo oferecidos, exclusivamente, por meio de tecnologias simples, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, não garantindo às populações o acesso aos outros níveis de atenção do sistema de saúde (MENDES, 2002). A APS seletiva também tinha como objetivo estender a cobertura a partir da oferta de ações de saúde simples e de baixo custo, principalmente em áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de serviços de saúde existente (BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA, 2009).

Giovanella (2008) complementa que a concepção de atenção primária seletiva corresponde a uma tradução restrita dos objetivos preconizados em Alma-Ata para a estratégia “Saúde para Todos no Ano 2000”. Esta concepção reflete também uma negligência

quanto ao pólo democrático/participativo da proposta, exacerbando-se o seu pólo tecnocrático, com racionalização de práticas e seleção de atividades custo-efetivas.

No que concerne à abordagem da APS como nível primário dos sistemas de serviços de saúde, pode-se dizer que nesta concepção a atenção primária à saúde é tida como a prestação de serviços ambulatoriais de primeiro contato, que são integrados a um sistema de saúde de acesso universal, sendo comumente encontrada nos sistemas de saúde dos países europeus. Esta concepção de APS é a “[...] de serviços ambulatoriais de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, não especializados, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e, por vezes, de ações de saúde pública, direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população” (GIOVANELLA, 2008, p.22).

O sistema de saúde focado nesta abordagem de APS concebe-a como o modo de organizar e efetivar o funcionamento da porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva destes serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, de modo a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (MENDES, 2002).

Na história recente de diversos países, a atenção primária à saúde é adotada com o intuito de organizar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção de APS, como pilar de estruturação dos sistemas de saúde, tende a superar concepções restritas, que a compreendem como um meio para ofertar serviços às populações marginalizadas, ou unicamente como mais um nível de assistência (MENDES, 2002). Assim, a interpretação abrangente de APS corresponde a uma concepção de modelo assistencial, de reorientação e de organização de um sistema de saúde integrado, centrado na atenção primária à saúde, com garantia de atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

Os sistemas nacionais de saúde que concebem a APS como elemento-chave na sua constituição demonstram a capacidade desta de produzir impacto positivo nos indicadores de saúde, com grande potencial regulador na utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população e contrapondo-se aos sistemas concebidos a partir do modelo médico-hegemônico, os quais têm demonstrado sinais evidentes de esgotamento (CONASS, 2007).

Na perspectiva de Testa (1987, p.161), tendo em vista a constituição de um sistema de saúde, a atenção primária “é o degrau inicial da cadeia de atenção, onde são resolvidos os

problemas de menor dificuldade técnica - diagnóstica e terapêutica - e se orientam os restantes pelos níveis sucessivos da cadeia”. Esta afirmação implica uma rede de serviços interligados por procedimentos de referência e de transmissão de informação, que ordenam a circulação dos usuários no interior do sistema. Além disso, implica também num ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinadamente, às normas de ingresso e circulação (TESTA, 1987).

Os sistemas de saúde baseados na concepção abrangente de APS estão conformados por um conjunto central de elementos estruturais e funcionais que garantem à população a cobertura e o acesso universal a serviços aceitáveis, aumentando deste modo a equidade. Além disso, oferece cuidados abrangentes, coordenados ao longo do tempo; enfatiza as ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos; planeja suas ações para as famílias e comunidade; e assegura o cuidado no primeiro atendimento (OPAS, 2008).

Definimos um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento da qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (OPAS, 2008, p.8).

Com essas considerações, observa-se que sistemas de saúde que assumem a concepção abrangente de atenção primária são conformados também por princípios e valores que somente esta concepção abarca em sua essência e filosofia. Mendes (2002) chama atenção que o correto entendimento do conceito de APS dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores, conforme explicitado por Starfield (2002) (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária), sendo que somente haverá atenção primária à saúde de qualidade quando esses seis princípios forem obedecidos em sua totalidade.

Em síntese, a concepção sobre atenção primária no mundo tem vários sentidos, abrangendo desde o primeiro nível de atenção, passando pela idéia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas nacionais de saúde

(SOUSA e HAMANN, 2009). Esta afirmação é sustentada por Vuori (1986, p.401), ao tecer as seguintes considerações:

How can I call general practitioners enemies of primary health care? Well, it depends on how you interpret the concept, what you emphasize and what you omit. This becomes obvious if we take another look at the four facets of primary health care: as a set of activities, as a level of care, as a strategy and as a philosophy.

O contexto histórico das abordagens sobre atenção primária à saúde sugere que, desde sua origem, esta foi concebida como um momento da atenção que conjectura a existência de outros níveis de atenção e, por isso, pressupõe uma rede interligada de serviços de saúde. Entretanto, os conteúdos político e ideológico que permeiam o termo produzem diversas interpretações e abordagens nos diferentes sistemas de saúde, os quais são influenciados pelo contexto político, econômico, social e cultural da realidade local (FAUSTO, 2005).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as proposições da atenção primária à saúde começaram a ser debatidas no âmbito da Reforma Sanitária, na década de 1970, e acompanhando o movimento internacional. Contudo, seus antecedentes se localizam na década de 1920, quando são implantados os primeiros serviços de atenção primária, denominados de Centros de Saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O primeiro Centro de Saúde foi criado em 1925, por Geraldo de Paula Souza, em São Paulo, inspirado de um lado na higiene privada dos norte-americanos e, de outro, nos sistemas ingleses dawsonianos de base populacional, fazendo um corte nítido entre o campo da saúde pública e o da atenção médica. Esses centros tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam a prevenção das doenças e, posteriormente, foram transformados em centros de saúde-escola (MENDES, 2002).

Assim como em outros países em desenvolvimento, no Brasil difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, o qual atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, sendo que quando os pacientes necessitavam de tratamento eram encaminhados

para ambulatórios de hospitais após comprovarem a sua indigência (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O primeiro ciclo de expansão da atenção primária à saúde se deu no início de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (MENDES, 2002). O SESP, concebido em 1942 através de acordos de cooperação entre o Brasil e os Estados Unidos, trouxe contribuições importantes para a formação de idéias referentes à APS no país e “[...] tinha como um dos seus objetivos centrais proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que naquela época eram relevantes para o Brasil em suas relações internacionais, no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial” (FAUSTO, 2005, p.99).

O espaço de atuação do SESP eram as regiões Norte e Nordeste do País (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008), sendo que a Fundação Rockefeller teve papel preponderante na organização de suas ações até 1960, quando o Ministério da Saúde passou a exercer maior controle decisório sobre os rumos da instituição (FAUSTO, 2005).

Sob a influência da medicina preventiva norte-americana (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; FAUSTO, 2005), as atividades do Serviço Especial de Saúde Pública podem ser identificadas dentro do marco da atenção primária, elencando em seu campo de ação um caráter abrangente, articulando atividades coletivas e preventivas à assistência médica-curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O SESP foi pioneiro na atenção básica domiciliar com uso de pessoal auxiliar e na implantação de redes hierarquizadas de atenção à saúde, com a execução de serviços preventivos e curativos, realizando também internação em suas unidades mistas (FAUSTO, 2005). Suas ações tinham como base um programa integrado que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos (FAUSTO e MATTA, 2007).

Do ponto de vista institucional, as ações do SESP limitavam-se às áreas estratégicas e configuravam-se como ações centralizadas e desarticuladas em relação às outras instituições de saúde (FAUSTO, 2005).

As atividades do SESP envolviam a prestação de assistência médico-sanitária, uma inovação para aquela época. Sua atuação tinha ênfase nas seguintes ações: controle de doenças transmissíveis, educação sanitária, saneamento (água, dejetos, construção de fossas, higiene da habitação,

combate à malária, fiscalização de gêneros alimentícios); atividades de assistência médica ao adulto, à mulher, à criança; exames laboratoriais (exames de urina, sangue, fezes, escarro, muco nasal) (FAUSTO, 2005, p.99).

Apesar das contribuições ao campo da atenção primária, inerentes a atuação do SESP no Brasil, é importante destacar que antes dos anos de 1960 não estavam estabelecidos os marcos conceituais e nem se utilizava o termo “atenção primária à saúde”, apesar de várias ações desenvolvidas nesse período sejam identificadas como tal. Estas ações referiam-se às ações clássicas de saúde pública, as quais eram conduzidas por órgãos responsáveis pelo setor saúde no Brasil (FAUSTO, 2005).

Ao longo da trajetória da política de saúde brasileira, especialmente após a difusão do SESP no Brasil, nota-se uma dualidade na organização das ações e serviços do sistema de saúde. Essa dualidade caracteriza-se pela presença, de um lado, da atuação das instituições previdenciárias de atenção médica curativa e individual vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e de outro, de práticas preventivas desenvolvidas a partir do modelo de saúde pública adotado pelo Ministério da Saúde, o qual se expressa primeiramente nas campanhas sanitárias e posteriormente, com um caráter mais abrangente, nas ações desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública, conforme ilustrado anteriormente (FAUSTO, 2005).

No transcorrer da década de 1960 a dicotomia entre serviços de saúde pública e assistência médica individual e curativa prevalecia, mesmo após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, sendo debatida na 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando se tornou evidente o embate entre duas perspectivas:

Uma era unificadora, estruturada em torno de um conjunto de idéias designadas como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e outra oriunda do setor secundário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p.595).

A última perspectiva citada consolidou-se mediante a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, período em que o regime da ditadura militar já estava

instalado (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Na vigência do regime ditatorial cresce a prática privativa e empresarial da medicina, levando à consolidação do modelo médico-assistencial hegemônico no Brasil, conduzindo a um padrão precário de saúde da população e a uma crise no setor saúde oriunda dos altos custos na produção de ações e serviços.

Neste contexto, emergiram e foram implantadas as primeiras propostas abrangentes de atenção primária no País, inspiradas no referencial proposto em Alma-Ata, com ênfase nos determinantes sociais da saúde. Estas foram referências para experiências desenvolvidas por universidades e em municípios cujos governos locais eram opositores à ditadura militar e engajados no movimento da Reforma Sanitária (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em face da crise econômica, política e sanitária, em meados da década de 1970, e com a emergência do movimento da Reforma Sanitária, a atenção primária ganhou foco como a principal estratégia para a organização do novo sistema de saúde, e como meio fundamental para responder as necessidades de saúde da população brasileira, levando em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Neste sentido, os princípios da atenção primária à saúde foram incorporados no modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS (SCOREL et al, 2007), sendo a atenção primária definida como atenção básica.

Salienta-se que no período anterior à criação do SUS a atenção primária à saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços, com vistas a produzir mudanças no modelo de atenção à saúde. Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, é frequente o uso do termo atenção básica para designar o primeiro nível de atenção do sistema (GIL, 2006b).

O termo atenção básica à saúde é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para este campo de práticas é atenção primária à saúde (SOUSA e HAMANN, 2009). Na perspectiva de Narvai (2005), a expressão “atenção básica”, no contexto do sistema de serviços de saúde, denota uma função essencial da unidade básica de saúde (UBS), a qual é reconhecida como unidade fundamental do SUS. Esse mesmo autor afirma que atenção primária ou básica significa atenção primeira e não necessariamente atenção única, contrapondo-se a uma atenção de baixa qualidade para problemas simples. Sousa e Hamann (2009) reiteram que, enquanto uma formulação típica do SUS, a atenção básica sustenta-se no princípio da integralidade, denotando uma articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.



A preferência brasileira pelo termo atenção básica pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do Banco Mundial nos países latino-americanos, os quais mantinham a ênfase em programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

É importante destacar que a atenção primária à saúde, no contexto brasileiro, traz consigo as seqüelas do debate travado no decorrer de 1970, oriundas do seu caráter racionalizador defendido pelas agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, em detrimento de investimentos para atender as reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos (GIL, 2006b). Assim,

A Atenção Primária à Saúde, por ter sido implementada num contexto no qual a expansão da cobertura veio acompanhada das propostas de contenção do financiamento, teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente) (GIL, 2006b, p.1179).

Apesar do contexto adverso em que foi implantada a APS no transcorrer do processo de construção do SUS, é evidente a importância da atenção primária à saúde para o avanço e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Escorel et al (2007) afirmam que a partir da segunda metade da década de 1990 o processo de implantação do SUS caminhou simultaneamente com a adoção de diversas medidas governamentais, algumas contrárias e outras voltadas para o fortalecimento da atenção básica à saúde e, dentre elas, destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF).

A implantação do Programa Saúde da Família é um marco na incorporação da atenção primária na política de saúde do Estado brasileiro. Isto se dá, principalmente, por incorporar os princípios do SUS e se aproximar das premissas da atenção primária à saúde (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com uma atenção de baixo custo e simplificada (ESCOREL et al, 2007).

Surgido em 1994 e voltado, inicialmente, para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF paulatinamente adquiriu um papel central na agenda

governamental. Desde 1999, o PSF é considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a reorientação do modelo de atenção à saúde do Brasil (ESCOREL et al, 2007), vislumbrando a reorganização da atenção básica e sendo operacionalizado através de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2009).

O Programa Saúde da Família, formulado como programa especial vinculado ao modelo sanitário de atenção à saúde, foi posteriormente redefinido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. Por conta das suas especificidades, o PSF não seria uma intervenção totalmente vertical e paralela aos serviços de saúde, caracterizando-se como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido (PAIM, 2008). Neste contexto, passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a ESF é um projeto dinamizador do SUS que, enquanto estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento na reordenação do modelo de atenção no SUS, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, apesar dos inúmeros desafios impostos à sua implantação.

A partir destas considerações observa-se um movimento ideológico e político para incorporar os princípios da atenção primária balizados por Starfield (2002) no PSF. Porém, não se pode deixar de lado as raízes históricas e políticas do Brasil no que concerne a atenção básica, em especial pela evidência da verticalização das ações desenvolvidas neste âmbito e da presença da concepção de APS seletiva em suas ações.

Associado aos fatos anteriormente citados é importante destacar que durante o período de implantação e expansão do PSF registrou-se uma massiva publicação de documentos e portarias objetivando orientar a organização e execução da atenção básica e do PSF. Isto resultou em expressiva fragmentação normativa, conforme explicitado pelo Conass (2007), carecendo ainda de uma concepção do que seria esta atenção básica. Isso acarretou na publicação, em 2006, da Portaria n. 648, de 28 de março, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Nesse documento, a atenção básica é caracterizada como um conjunto de ações, individuais e coletivas, que abarca a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento de enfermidades, a reabilitação, manutenção e proteção da saúde. Ela é desenvolvida por meio de práticas sanitárias e gerenciais democráticas e participativas,

sob a forma do trabalho em equipe, direcionadas às populações de territórios bem delimitados, sob o qual assume responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

A unidade básica de saúde, nesse contexto, é considerada a porta de entrada do SUS, não significando, porém, que a UBS é um locus de passagem das pessoas em direção a outros níveis de atenção. Pelo contrário: “[...] em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos casos, desenvolvendo ainda uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade” (NARVAI, 2005, p.3).

Entretanto, embora a concepção nacional de atenção básica abarque contribuições da APS mundialmente difundida,

Identifica-se nos mais de cinco mil municípios brasileiros uma enorme gama de práticas sob a designação de Atenção Básica ou Saúde da Família. Assim, mesmo considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, como pensada pelos formuladores de forma tripartite, pode-se ver, em alguns locais, a APS focalizada ou excludente acontecendo, na prática, no país (CONASS, 2007, p.18).

Com isso, percebe-se que diversos desafios se encontram na arena de construção da atenção primária na política de saúde brasileira. Dentre estes desafios, que devem ser superados, destaca-se a ambigüidade terminológica da APS no Brasil, o que tem causado falta de clareza, ausência de consenso em relação ao significado e dimensão da atenção primária à saúde (FAUSTO, 2005) e uma miscelânea de práticas de APS no interior do SUS, conforme corroborado pelo Conass (2007).

Na investigação realizada por Baptista, Fausto e Cunha (2009), evidenciou-se que, apesar do debate sobre APS no Brasil ter lugar na discussão política e acadêmica após a ascensão e expansão do PSF, há uma tendência dos estudos realizados neste período reforçarem as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde, assumindo como foco principal o discurso da política oficial e deixando subentendido a concepção de APS adotada. Sendo assim, o aporte conceitual da APS no Brasil persiste comprometido e multifacetado, dado que “[...] o esforço de consolidação dessa área é muito recente, e por estar atrelado a uma política governamental, tem sofrido as consequências dessa proximidade, sendo pouco crítico à realidade e defensor da política oficial” (BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA, 2009, p.1023).

As mesmas autoras chamam atenção para um fato importante que necessita ser discutido: a APS e o PACS/PSF são tratados como sinônimos na produção identificada por elas. Apesar de não haver dúvidas que o PSF teve papel essencial no resgate do debate sobre atenção primária na agenda da política nacional e na produção acadêmica, esta evidência aponta para uma lacuna na discussão sobre os conceitos e a estruturação da APS no País, cujo enfoque é o PSF e a reorientação do modelo de atenção à saúde, sem discutir o que embasa o modelo (BAPTISTA, FAUSTO e CUNHA, 2009, p.1023).

Assim, comunga-se com a seguinte afirmação:

No Brasil, o postulado da APS como estratégia política de governo tem sido colocado em diferentes projetos que tomam como *locus* da atenção e como espaço operacional de intervenção estratégica o Programa Saúde da Família (PSF). No entanto é um processo pleno de contradições, permeado por conflitos, consensos e dissensos (ASSIS, ASSIS e CERQUEIRA, 2008, p. 302).

Isto posto, constata-se que no contexto brasileiro é necessário resgatar a essência e o próprio movimento da atenção primária à saúde iniciado em Alma-Ata; construir práticas políticas e sociais que possam explorar as potencialidades inerentes à APS; e superar os desafios crônicos e os dissensos que ainda imperam neste âmbito. A implementação da atenção básica sustentada nos princípios da atenção primária pode produzir maior impacto na qualidade de vida da população brasileira e vir a se constituir no núcleo do Sistema Único de Saúde.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E BASE CONCEITUAL

A promoção da saúde, considerada atualmente um campo conceitual e de práxis, tem influenciado a organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo (HEIDMANN et al, 2006). Relacionada a um movimento de crítica à medicalização do setor saúde, o que contribuiu para a necessidade de controlar os custos crescentes da assistência à saúde (CZERESNIA, 2009), a promoção de saúde propõe uma concepção que não restringe a saúde à ausência de doença, mas que direciona o seu campo de ação sobre os determinantes socioambientais do processo saúde-doença-cuidado (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Em sua conformação teórica moderna, a promoção da saúde propõe a atuação sobre as condições de vida da população; extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais; e preconiza ações intersetoriais que envolvem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, dentre outros determinantes sociais que incidem sobre a produção da saúde e da doença (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Sendo assim, observa-se que promover a saúde envolve um conjunto de valores como: a vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a parceria, entre outros. Envolve, também, uma combinação de estratégias, a saber: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2009).

Promover a saúde, destarte, alcança uma abrangência muito maior do que circunscreve o campo específico da saúde (CZERESNIA, 2009) e requer uma responsabilização conjunta dos sujeitos implicados no processo saúde-doença-cuidado, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos, o que demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas (BUSS, 2009).

À luz destas considerações, pode-se considerar que a promoção da saúde, ao partir de uma perspectiva contra-hegemônica, configura-se como um movimento ideológico. Na perspectiva de Arouca (2003), a ideologia pode ser compreendida como o sistema de idéias e representações que dominam o espírito de um homem ou de um grupo social; e a prática ideológica compreende as atividades realizadas no sentido de transformar uma dada ideologia em outra ideologia. Nesse sentido, “(...) um movimento ideológico representa um conjunto de

atividades visando transformar a ‘visão de mundo’ dos homens em uma nova “visão de mundo” (AROUCA, 2003, p.36).

Seguindo o pensamento do referido autor, e trazendo as suas contribuições para o campo da promoção da saúde, verifica-se que o movimento da promoção da saúde vislumbra mais do que a produção de novos conhecimentos e de mudanças na estrutura da atenção à saúde. Enquanto um movimento ideológico, a promoção da saúde construiu diversas críticas às práticas hegemônicas de saúde (as quais foram historicamente construídas e ainda são pautadas no saber biomédico) e propõe uma mudança baseada na transformação da atenção à saúde, com projeções para a organização social em que se vive.

Para se sustentar enquanto um movimento ideológico, a promoção da saúde deve possuir um corpo coerente de idéias, articulado em um duplo aspecto: de um lado, deve realizar a crítica da ideologia que procura substituir (“saúde como ausência de doença” e atenção à saúde pautada no paradigma biomédico), demonstrando a sua ineficiência e, por outro lado, deve afirmar a sua própria eficácia na solução dos problemas apresentados, apontando a abertura de novas perspectivas não alcançadas pelo movimento anterior (AROUCA, 2003).

No campo das definições, verifica-se que o conceito contemporâneo de promoção da saúde é multifacetado e ainda está em construção. Existem numerosas definições e concepções para a promoção da saúde, as quais dependem das diferentes considerações políticas, sociais e teóricas dos seus autores (CARVALHO, 2007). Sendo assim, defende-se neste estudo a perspectiva socioambiental da promoção da saúde, difundida pela OMS a partir da publicação da Carta de Ottawa, a qual será abordada posteriormente, no transcorrer do desenvolvimento deste capítulo.

O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática decorrente deste conceito) surgiu e se desenvolveu de forma mais intensa nos últimos trinta anos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (BUSS, 2000). Entretanto, suas origens remontam ao século XIX, quando dois sanitaristas destacaram-se por ampliar a dimensão do processo saúde-doença: Rudolf Virchow e Thomas McKeown. Eles incluíram ações sobre os determinantes sociais da saúde, contribuindo assim para a formação do marco referencial da promoção da saúde.

Virchow, patologista de formação, sanitarista político e considerado o precursor das estratégias de promoção da saúde utilizadas atualmente, ao estudar a epidemia de tifo, na

Prússia, em 1847-48, incluiu análises do contexto local nos seus aspectos social e cultural. Os resultados obtidos orientaram recomendações diferenciadas para a época, principalmente por ter relacionado saúde à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre que vivia na região estudada (WESTPHAL, 2009).

Thomas McKeown, ao estudar os fatores responsáveis pela mortalidade da população inglesa, destacou os que mais contribuíram para a melhoria da qualidade de vida desta população, a saber: desenvolvimento econômico, nutrição, mudança nos níveis de vida da população e muito menos as intervenções de caráter médico individual (WESTPHAL, 2009). Suas idéias influenciaram o movimento da medicina social e da epidemiologia social, que teceram críticas à teoria e prática da Saúde Pública nas décadas de 1960, 1970 e 1980 na América Latina. Aliado a isso, é importante destacar que seus argumentos, os quais focalizaram intervenções nos determinantes sociais da saúde, foram considerados importantes na formação do marco teórico da promoção da saúde (WESTPHAL, 2009).

Nesse sentido, as propostas de ações sobre o processo saúde-doença, levando em consideração os determinantes sociais da saúde identificados por Rudolf Virchow e Thomas McKeown, representaram uma mudança e incluíram uma nova perspectiva para o entendimento do processo saúde-doença que, desde o século II a.C. desenvolveu-se em torno do paradigma biomédico, primeiro com a generalização do emprego de medicamentos e, posteriormente, com o desenvolvimento científico e da própria medicina (FERNANDEZ *et al*, 2008).

Apesar das importantes contribuições dos estudos e propostas de Virchow e McKeown ao campo da promoção da saúde, este termo foi utilizado pela primeira vez no início do século XX pelo sanitarista Henry Sigerist, ao conceber as quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos enfermos e reabilitação. Para Sigerist, a promoção da saúde significava, de um lado, ações de educação em saúde e, por outro, ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida (WESTPHAL, 2009). Buss (2009, p.21) reitera esta idéia ao ratificar que Sigerist:

(...) afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar *standarts*.

Posteriormente, em meados da década de 1950, outra visão contra-hegemônica do processo saúde-doença foi observada no trabalho de dois sanitaristas: Hugh Rodney Leavell e Edwin Gurney Clark (WESTPHAL, 2009), ambos da *Harvard School of Public Health*. Em 1953 eles propuseram o modelo da História Natural da Doença (HND), que se tornou referência internacional neste assunto (AYRES, 2009a).

O conceito de Leavell e Clark começou a ser difundido no Brasil na década de 1970, especialmente após a publicação do livro texto dos autores, intitulado *Medicina Preventiva*, que foi traduzido por Cecília Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Ramos, professores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AYRES, 2009a). O modelo da HND:

Compreende todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (LEAVELL e CLARK, 1976, p.15).

Neste modelo, é possível distinguir dois períodos envolvidos na gênese e desenvolvimento das doenças: o período pré-patogênico, que se refere aos determinantes que potencializam o surgimento da doença; e o período patogênico, que diz respeito às evoluções possíveis de uma doença que se encontra em curso (AYRES, 2009a). Em sua geometrização, a História Natural das Doenças está baseada em um esquema cartesiano onde no eixo da abscissa tem-se o tempo e o eixo da ordenada divide dois espaços (momentos ou períodos), segundo a presença ou não de enfermidade (AROUCA, 2003).

No período pré-patogênico, a ocorrência da doença está relacionada à interação prévia entre o agente etiológico, o indivíduo e/ou população e o meio ambiente (LEAVELL e CLARK, 1976). Este componente do modelo refere-se ao momento em que a doença não está instalada em indivíduos e populações, mas existem diversas condições para que ela possa se desenvolver, devendo, portanto, identificar-se os aspectos que podem estar relacionados à sua ocorrência (AYRES, 2009a). Rouquayrol e Goldbaum (2003) complementam que a inter-relação entre os fatores inerentes ao indivíduo susceptível (como por exemplo, herança



genética, idade, sexo, alimentação, hábitos de vida e etc) e os condicionantes sócio-ambientais pode conformar um contexto favorável à instalação da doença.

Nesta direção, Arouca (2003) reforça que o primeiro momento do modelo da HND ocorre em um espaço de tempo qualquer, em que o hospedeiro está submetido a fatores determinantes de enfermidades e envolvido pela capa misteriosa do ambiente. Com isso, o aparecimento das doenças é determinado, nesse primeiro momento, pela relação estabelecida entre três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças, sendo que “(...) essas relações são entendidas pelos autores dentre de um enfoque nitidamente mecanicista, onde os homens e os agentes são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel desta, interferindo em que sentido a balança inclinará” (AROUCA, 2003, p.167).

O período patogênico refere-se ao momento em que as primeiras alterações funcionais e morfológicas são detectadas até seus possíveis desfechos. Este período pode ser dividido em dois subcomponentes: no primeiro, após a ação dos agentes patogênicos sobre o organismo, existe algum tipo de alteração patológica em curso (histológica, fisiológica ou celular) antes de serem observados sinais e/ou sintomas (período patogênico pré-clínico); no segundo, a doença já é perceptível pelo indivíduo ou por terceiros, com sinais e sintomas que caracterizam um quadro clínico (patologia precoce) (AYRES, 2009a).

Após a identificação dos sinais e/ou dos sintomas, identifica-se a síndrome característica de uma doença, momento este denominado período patogênico clínico. Como toda doença caminha para um desfecho, ela poderá evoluir para uma remissão, controle, cronificação ou óbito (AYRES, 2009a). Resumidamente, o período patogênico é

Marcado pela evolução de um distúrbio no homem, desde a primeira interação com estímulos que provocam a doença até as mudanças de forma e função que daí resultam, antes que o equilíbrio seja alcançado ou restabelecido, ou até que se produza um defeito, invalidez ou morte (LEAVELL e CLARK, 1976, p.15).

Postas estas considerações sobre a HND, é importante compreender que esse modelo é um esboço esquemático da complexidade dos fenômenos do processo saúde-doença, que tem o benefício de orientar uma propedêutica especificamente voltada para identificar

oportunidades e ações de prevenção, seja no âmbito individual e/ou coletivo (AYRES, 2009a).

Rouquayrol e Goldbaum (2003) reiteram que a história natural das doenças, por ser um esquema geral, é apenas uma aproximação da realidade que pode auxiliar na descrição de múltiplas e diferentes enfermidades, sendo que “sua utilidade maior é apontar os diferentes métodos de prevenção e controle, servindo de base para a compreensão de situações reais e específicas, tornando operacionais as medidas de prevenção” (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003, p.20).

Atrelado ao modelo da HND, Leavell e Clark propuseram os níveis de prevenção que seriam adequados a cada momento de evolução da doença. Estes níveis foram denominados prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Vale destacar que dentro destes três níveis da prevenção, existem, pelo menos, cinco níveis distintos, nos quais se podem aplicar medidas preventivas, a depender do conhecimento da HND (LEAVELL e CLARK, 1976).

A prevenção primária pode ser compreendida como o nível de prevenção cujas ações baseiam-se nos determinantes de adoecimentos ou agravos, que incidem sobre indivíduos e comunidades, com o objetivo de impedir o início de processos patogênicos (AYRES, 2009a). As medidas de prevenção primária destinam-se a desenvolver uma melhor saúde geral, mediante a utilização da proteção específica do indivíduo contra agentes patológicos e/ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente (LEAVELL e CLARK, 1976).

A prevenção primária subdivide-se em dois níveis: a promoção da saúde e a proteção específica (AYRES, 2009a). A promoção da saúde “[...] refere-se a ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida de modo geral, obstaculizando um grande número de diferentes processos patogênicos” (AYRES, 2009a, p. 442).

As medidas adotadas para este nível da prevenção primária não se dirigiram à determinada doença ou desordem (BUSS, 2009) e corresponderia a:

Medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não-ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção do estresse), para que resistam às agressões dos agentes. Estes mesmos indivíduos devem receber orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o

desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos) (WESTPHAL, 2009, p.641).

A proteção específica pode ser entendida como a prevenção em seu sentido convencional, compreendendo medidas que são aplicadas a uma enfermidade ou grupo de enfermidades específicas, visando intervir sobre as causas das mesmas, antes que elas atinjam os indivíduos e/ou populações (LEAVELL e CLARK, 1976).

Como exemplos de ações de proteção específica, citam-se: a imunização dos indivíduos contra um agente infeccioso, através da vacinação; o combate aos criadouros domiciliares do *aedes egypti* para o controle da dengue; a fluoração da água para o combate à cárie dentária; adição de iodo ao sal para combate do bócio endêmico; a distribuição de camisinhas para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; fornecimento de material de injeção descartável a usuários de drogas para reduzir a transmissão de AIDS e hepatites, dentre outras diversas medidas (AYRES, 2009a).

A prevenção secundária aplica-se no período patogênico, ou seja, nas situações onde o processo saúde-doença já está instalado (AYRES, 2009a). Neste contexto, Leavell e Clark (1976) explicitam que face à detecção do processo patológico deve-se realizar a prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado. Caso o processo de patogênese tenha progredido e a doença avançado além de seus estágios, este nível da prevenção deverá ser continuado através de tratamento adequado, de modo a evitar seqüelas e limitar a invalidez.

Complementarmente, Ayres (2009a) afirma que a prevenção secundária tem dois objetivos: um deles visa favorecer uma melhor evolução clínica para os indivíduos afetados, de modo a conduzir o processo patogênico para melhores desfechos e, assim, evitar a transposição do horizonte clínico ou, pelo menos, minimizar a sintomatologia; o outro objetivo visa interromper ou reduzir a disseminação do problema para outras pessoas.

A prevenção terciária refere-se “[...] ao momento em que o processo saúde-doença alcançou um termo final ou uma forma estável de longo prazo, a cura com seqüelas ou a cronificação, as quais também reclamam cuidados preventivos específicos” (AYRES, 2009a, p.444). As intervenções, neste âmbito, visam prevenir a incapacidade total do indivíduo após a estabilização das alterações anatômicas e fisiológicas oriundas da interrupção de um processo patológico (LEAVELL e CLARK, 1976). Essas intervenções objetivam reduzir os

prejuízos no cotidiano e na qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas (AYRES, 2009a).

Com base nessas considerações, pode-se dizer que o modelo da História Natural das Doenças e o campo de ação inerente à proposta dos níveis de prevenção significaram um avanço, dado que os modelos de prevenção existentes anteriormente propuseram ações somente sobre os aspectos biológicos do ser humano (WESTPHAL, 2009). Essa mesma autora argumenta ainda que Leavell e Clark inovaram ao incluir nas medidas de prevenção ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes (laboratoriais, clínicas e terapêuticas), no intuito de complementar e reforçar a estratégia proposta, chamando a atenção dos profissionais de saúde sobre a importância das ações no ambiente e sobre os estilos de vida para a prevenção de doenças.

No entanto, vale salientar que no modelo da HND proposto por Leavell e Clark

(...) o homem é colocado com seus atributos em um ponto; não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim, não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transformam em fatores de morbidade (AROUCA, 2003, p.173).

Com relação ao enfoque da promoção da saúde vinculado ao modelo da história natural das doenças, observa-se que sua abordagem é centrada no indivíduo, com projeção, dentro de certos limites, para a família ou grupos (BUSS, 2009). O limite desta concepção de promoção da saúde com a prevenção de doenças é bastante tênue e até hoje influencia o entendimento dos profissionais da saúde e da própria sociedade acerca da promoção da saúde. Para Heidmann et al (2006), ainda persiste a visão da promoção à saúde referente às mudanças de estilos de vida e sinônima da prevenção de doenças.

Após a difusão internacional do modelo proposto por Leavell & Clark instalou-se uma tensão nas concepções de saúde e na sua determinação e causalidade. Em meados do final da década de 1960 e no transcorrer da década de 1970 observou-se a emergência de diversas críticas às propostas de Leavell e Clark, vinculadas às vertentes da Medicina Social e da Saúde Coletiva. Uma justificativa utilizada era que o modelo da HND não considerava as condições de vida e trabalho das pessoas e a inserção social dos indivíduos nos níveis de

saúde da população. Estes elementos, quando considerados, propiciaram a criação de outros modelos explicativos e de intervenção sobre o processo saúde-doença-cuidado. Estas críticas foram apoiadas em estudos que focalizaram a determinação social do processo saúde-doença-cuidado, o que também colocou em pauta a democratização do processo de decisão em saúde (WESTPHAL, 2009).

Destarte, a partir da década de 1970, tornaram-se evidentes as discussões sobre a promoção da saúde no sentido de questionar a hegemonia do paradigma biomédico no setor saúde, especialmente após a divulgação, em maio de 1974, no Canadá, do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde (FERNANDEZ et al, 2008).

O informe Lalonde consistiu em críticas ao modelo de atenção à saúde vigente no Canadá, que foi considerado muito dispendioso e pouco eficaz na melhoria das condições de saúde da população (AYRES, 2009a). O responsável pela sua criação, o Ministro da Saúde Marc Lalonde, argumentava que, em face da diminuição da morbi-mortalidade por doenças infecciosas, do envelhecimento da população e do aumento das enfermidades crônico-degenerativas, as ações de saúde deveriam ter como objetivo adicionar anos à vida e também acrescentar vida aos anos, de forma a permitir que o ser humano possa usufruir de oportunidades oriundas da crescente melhoria do quadro econômico (CARVALHO, 2007).

Os fundamentos do informe Lalonde foram baseados no conceito de “campo da saúde”, o qual reúne os chamados “determinantes da saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes (BUSS, 2009): “[...] ambiente (estrutural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde” (CARVALHO, 2007, p.46).

Com a publicação do referido documento inicia-se o movimento moderno da promoção da saúde (BUSS, 2000), além de se formalizar a corrente behaviorista ou comportamentalista da promoção da saúde, “[...] cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não-saudáveis” (CARVALHO, 2007, p.41).

Segundo Carvalho (2007), a corrente behaviorista da promoção da saúde procura romper com o modelo biomédico e sugere uma perspectiva holística da saúde, movendo-se um pouco além do enfoque da história natural da doença. Dentre as suas metas destacam-se:

mudar o foco das ações sanitárias do sistema de atenção à saúde para ações de promoção; romper com a percepção de que a saúde é resultante de cuidados médicos e conscientizar a população do desequilíbrio nos gastos setoriais.

Em princípio as metas definidas parecem interessantes e sugerem um avanço. Contudo, com relação às estratégias da corrente behaviorista da promoção da saúde, pode-se dizer que elas preconizam intervenções sobre o “estilo de vida” (compreendido no documento como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre o qual as pessoas têm maior ou menor decisão), defendendo que decisões pessoais e maus hábitos criam riscos auto-impostos (CARVALHO, 2007).

A motivação central para a construção e publicação do informe Lalonde foi considerada como política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica. Ayres (2009a, p.445) concorda com esta afirmação ao argumentar que “[...] as principais conclusões do Informe eram que as ações de saúde estavam excessivamente centradas na prática hospitalar e nos determinantes biológicos do adoecimento e que maior atenção deveria ser dada ao meio ambiente e aos estilos de vida”. Ao mesmo tempo, esse documento questionava a abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, sinalizando o impacto pouco significativo desta abordagem (BUSS, 2009).

Apesar da evolução conceitual, a abordagem contida no informe Lalonde voltava-se para a mudança dos estilos de vida, com foco na atenção individual, adotando-se uma perspectiva comportamental e preventivista (HEIDMANN et al, 2006).

Em 1978 foi realizada na cidade de Alma-Ata a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que, como já abordado, adota um novo enfoque no campo da saúde, ao reconhecer, pela primeira vez, a saúde como um direito humano fundamental; considerar as desigualdades inexistentes inaceitáveis; reafirmar a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos povos e explicitar o direito da população em participar nas decisões no campo da saúde.

Nesse evento, lançaram-se as bases e a concepção abrangente para a Atenção Primária à Saúde e traçou-se a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Na perspectiva de Buss (2000) as recomendações e conclusões dessa Conferência constituíram-se num importante reforço para os defensores da promoção da saúde, o que culminou na realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986.

Antes de discorrer sobre a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, é importante pontuar que na década de 1980 os limites teóricos e práticos da corrente behaviorista estimularam o surgimento da perspectiva sócio-ambiental da promoção da saúde, denominada por alguns estudiosos de “Nova Promoção da Saúde”. Esta perspectiva partilha com a corrente behaviorista a crítica ao paradigma biomédico e a necessidade de ampliar a compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado. Contrapõe-se, porém, à ênfase na intervenção que visa transformar hábitos de vida e de culpar os indivíduos por comportamentos cujas causas se encontram no entorno social (CARVALHO, 2007).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde definiu um novo marco de referência em âmbito internacional (FERNANDEZ et al, 2008), sendo considerada um dos mais importantes eventos ocorridos na década para o campo da promoção da saúde. Ela teve como produto a Carta de Ottawa, que se tornou uma referência essencial para o desenvolvimento de idéias da promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2000), além de ser considerado o marco conceitual mais importante da promoção da saúde na contemporaneidade.

A Carta de Ottawa apresenta um conceito amplo de saúde e reafirma a importância da promoção da saúde, apontando a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população (HEIDMANN et al, 2006). A promoção da saúde, neste âmbito, é concebida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986, p.1). Inscreve-se, desta forma, um conceito amplo, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (BUSS, 2000).

Ao partir de uma concepção positiva da saúde, no referido documento argumenta-se que a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado e passa a ser considerada um recurso para o desenvolvimento da vida. Além disso, ela propõe cinco campos de ação centrais: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

As proposições presentes na Carta de Ottawa foram reforçadas com a divulgação e contribuição das conferências internacionais e regionais que sucederam a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (HEIDMANN et al, 2006), com destaque para a Conferência de Adelaide, em 1988; a de Sundsvall, em 1991; a de Santa Fé de Bogotá, em 1992; e a de Jacarta, em 1997.

À luz das considerações anteriores, pode-se dizer que os diversos conceitos formulados sobre promoção da saúde podem ser reunidos em dois grandes grupos (SUTHERLAND & FULTON, 1992 apud BUSS, 2009). No primeiro, as ações de promoção da saúde direcionam-se às mudanças dos comportamentos dos indivíduos, enfatizando nos seus estilos de vida e localizando-os no contexto das famílias e, no máximo, no ambiente da comunidade em que se encontram. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2009). Além disso,

Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2009, p.22-3).

O segundo grupo considera a importância dos determinantes sócio-ambientais sobre as condições de saúde, o que caracteriza a promoção da saúde no contexto contemporâneo. Este grupo de conceitos sustenta-se na compreensão de que a saúde é produto de uma vasta gama de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo “[...] um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde” (BUSS, 2009, p.23).

Nesse grupo, o campo de ação da promoção da saúde está voltado ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, sendo sustentadas através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2009).

Em suas nuances atuais, o movimento da promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e “proporcionar os meios (capacitação)” que permitam todas as pessoas realizar o seu potencial de saúde, o que denota a necessidade de indivíduos e comunidades terem a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, mediante a criação de importantes elementos como ambientes favoráveis, acesso à



informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis (BUSS, 2009).

Esse mesmo autor argumenta ainda que a equidade em saúde, cujas ações visam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável, e a valorização do conhecimento popular e da participação social consequente a este conhecimento, está na base de formulação conceitual e na perspectiva atual da promoção da saúde.

Nesse sentido, é imprescindível reforçar que a abordagem da promoção da saúde se constitui num modo ampliado de atuar no processo saúde-doença-cuidado, podendo trazer contribuições relevantes para romper a hegemonia do modelo biomédico. Com esta consideração, observa-se a necessidade de intensificar as ações e estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, além de promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais para que, conjuntamente, possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo (HEIDMANN et al, 2006).

A promoção da saúde, para além de sua formulação teórica, constitui-se também em um imperativo ético que, através do seu campo de ação, pode promover o resgate de valores fundamentais à organização social em que se vive. Sendo assim,

Promover saúde é promover a vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre sujeitos, precisam ser, urgentemente, resgatadas. Promover a saúde é uma imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade (AKERMAN, MENDES e BÓGUS, 2004, p. 609).

Caminhar na perspectiva anterior, em especial no contexto latino-americano, requer uma mudança radical no cenário de desigualdade social, buscando a superação das iniquidades sociais e de saúde, e o reforço da luta pela melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Deste modo, formular soluções para o enfretamento destes problemas que ainda

persistem na sociedade, especialmente na brasileira, surge como um desafio e contribuição que a promoção da saúde pode elencar em suas ações.

Os profissionais de saúde, neste sentido, têm um papel preponderante nesse processo, em especial ao conhecer o conjunto das premissas da promoção da saúde; promover o diálogo com a comunidade e estimular a sua participação na elaboração de estratégias que visam melhorar as condições de vida e saúde; além de buscar ações intersetoriais para atuarem sobre os diversos condicionantes e determinantes que interferem na produção da saúde e da doença.

### 3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DISCURSO PREVENTIVISTA: O QUE OS DISTINGUE?

Neste momento, é essencial fazer uma distinção entre promoção e prevenção, especialmente ao considerar que as diferenças entre ambas as práticas no interior da saúde pública e no imaginário social ainda é controvertida e pouco explorada. Para isso, é importante iniciar esta discussão pontuando que no debate contemporâneo sobre promoção da saúde um ponto crítico que ainda persiste é o embate entre ambos os enfoques.

Buss (2009) considera que a promoção da saúde e a prevenção de doenças são enfoques complementares no processo saúde-doença, tanto no plano individual quanto no plano coletivo. Entretanto, observa-se que, com frequência, o conteúdo teórico entre ambos se diferencia com mais precisão do que as respectivas práticas.

Sendo assim, na maior parte das vezes, não se distinguem claramente as práticas de promoção das práticas preventivas tradicionais, emergindo, nesse contexto, dificuldades para operacionalizar as práticas de promoção da saúde (CZERESNIA, 2009). Estas dificuldades, em diferenciar as práticas de promoção e prevenção

[...] Estão relacionadas a uma questão nuclear à própria emergência da medicina moderna e da saúde pública. O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e da doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer (CZERESNIA, 2009, p.44).

Ao considerar que a ciência moderna se desenvolveu sob o paradigma das ciências exatas e positivas; baseada em métodos e técnicas precisos, bem fundamentados do ponto de vista da lógica formal e com apoio essencial dos resultados obtidos com a aplicação de tecnologias derivadas destas ciências (TESTA, 1987), a medicina e conseqüentemente a saúde pública, a qual consolidou seu conhecimento e institucionalizou a sua prática articulados à medicina (CZERESNIA, 2009), adotou a sua prática como científica, conformando-a em torno da doença e do paradigma positivista oriundo das ciências exatas. Assim, o discurso científico e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença (CZERESNIA, 2009).

Isto posto, é importante destacar que as práticas de saúde apresentam-se como técnica essencialmente científica, onde o objeto da clínica, historicamente, é a doença em sua expressão individual, fazendo com que o discurso médico-científico não contemple a dimensão ampliada da saúde e da doença, dado que a saúde e o adoecer não são objetos que se possa delimitar ou traduzir a partir do conhecimento científico (CZERESNIA, 2009).

Essa mesma autora argumenta que o desenvolvimento histórico da medicina tendeu hegemonicamente a identificar-se com a crença da onipotência de uma técnica baseada na ciência. Nesse sentido, não houve o reconhecimento do hiato entre a vivência singular da saúde e da doença, o que produziu um problema considerável na forma como se configurou, historicamente, a utilização de conceitos científicos nas práticas de saúde, dado que a verdade científica se tornou predominante na construção das representações acerca da realidade.

Ao se refletir sobre a conformação histórica das práticas de saúde pode-se deduzir que estas desconsideraram em seu desenvolvimento a complexidade do processo saúde-doença-cuidado em sua dimensão individual e coletiva. O paradigma biomédico, com sua concepção mecanicista e fragmentada em torno do ser humano, influenciou significativamente as ciências da saúde e a própria saúde pública, a qual conformou (e, na maioria das vezes, ainda conforma) suas práticas em torno deste paradigma e focalizando a doença como norte das suas ações.

Sendo assim, um dos entraves que ainda persiste no âmbito das práticas de promoção da saúde é a hegemonia do paradigma biomédico no cuidado em saúde, o que implica na miscelânea conceitual e prática entre prevenção e promoção. Além disso, destaca-se que as práticas preventivas foram conformadas, historicamente, em torno do conceito de doença, e não de saúde, adequando-se ao modo de produção capitalista e a própria prática da medicina e

da saúde pública. Esta situação coloca a promoção da saúde frente a um embate político e ideológico contra a hegemonia do paradigma biomédico.

Deste modo, qual seria a diferença conceitual entre promoção da saúde e prevenção de agravos?

Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, inclusive no modelo proposto por Leavell e Clark (1976), ao afirmar que “as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVELL e CLARK, 1976, p.19).

As práticas de promoção da saúde buscam modificar condições de vida, de modo que elas sejam dignas e adequadas, além de atuar na perspectiva da transformação dos processos individuais de tomada de decisão, para que sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde. A promoção, nesse contexto, tem seu foco na saúde propriamente dita, propondo abordagens inclusive por fora do setor saúde e que visam manter e melhorar os níveis de saúde existentes. (BUSS, 2009).

As ações de prevenção, diferente das de promoção, orientam-se para a detecção e controle dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica. Seu foco é a doença e os mecanismos para intervir sobre ela (BUSS, 2009). A base do discurso preventivista é o conhecimento epidemiológico moderno, objetivando o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2009).

A prevenção de riscos e agravos exige uma ação antecipada, a fim de evitar o progresso posterior da doença, com vistas a eliminar as causas das mesmas antes que elas atinjam o homem (LEAVELL e CLARK, 1976). As práticas preventivas estruturam-se mediante a divulgação da informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2009). Além disso, o discurso preventivista fundamenta suas proposições no modelo da história natural das doenças, no conceito ecológico de saúde/doença e na teoria da multicausalidade (CARVALHO, 2007).

A partir das considerações anteriores, observa-se que o conceito e a prática de promoção da saúde são mais amplos e abrangentes. Ela visa identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença-cuidado e transformá-los favoravelmente na direção da saúde, tendo como objetivo contínuo atingir um nível ótimo de vida e saúde. Como

o objetivo central das ações preventivas é evitar a enfermidade, pode-se dizer que a ausência de doença seria um resultado suficiente (BUSS, 2009).

Em sua conformação contemporânea, a estratégia da promoção da saúde é claramente social, política e cultural (BUSS, 2009), estando vinculada a uma visão holística e socioambiental do processo saúde-doença-cuidado, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético. A prevenção de doenças é vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2009), cujo objetivo é tornar os indivíduos isentos das doenças.

Na perspectiva da promoção da saúde, como a saúde não é ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior capacidade funcional e maiores sensações subjetivas de bem-estar (BUSS, 2009), fato este não presente no discurso preventivista. O quadro abaixo explicita, esquematicamente, as diferenças entre promoção da saúde e prevenção de agravos.

Quadro 1- Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

<b>CATEGORIAS</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Redes de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais da saúde

Fonte: adaptado de Stachtchenko e Jenicek (1990) apud Buss (2009).

Em linhas gerais, pode-se dizer que boa parte da confusão entre promoção e prevenção é oriunda da ênfase que as práticas de promoção da saúde ainda conferem às modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças (BUSS 2009).

Czeresnia (2009) concorda com essa afirmação ao afirmar que os projetos e práticas de promoção da saúde utilizam os conceitos tradicionais que orientam a produção do conhecimento específico, pautados na transmissão e risco, do discurso preventivo. Este enfoque sobre o indivíduo e seu comportamento tem origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico que, em ambos, o locus de responsabilidade e a unidade de análise são o indivíduo, o qual é visto como o responsável único por seu estado de saúde (BUSS 2009).

Deve-se reconhecer ainda que as abordagens metodológicas na promoção da saúde, por ser um campo de conhecimento e prática recente, estão menos consolidadas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, intervenção e avaliação dos programas de prevenção de doenças (BUSS, 2009). Esta situação pode agravar a confusão e indiferenciação entre ambas as práticas, em especial ao considerar que a diferença radical entre prevenção e promoção raramente é explicitada (CZERESNIA, 2009).

É fundamental, assim, compreendermos os consensos e dissensos que são inerentes ao embate entre promoção e prevenção na contemporaneidade. Isso faz com que seja necessário romper a estagnação que persiste neste debate e promover mudanças essencialmente práticas, que almejem a consolidação da promoção da saúde como estratégia política, social e ética tão necessária no setor saúde e na sociedade.

#### **4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Neste capítulo, busca-se refletir sobre a relação entre a promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária. Ao refletir sobre esta relação, deparou-se com a seguinte indagação: dado que a concepção de promoção da saúde assumida neste estudo é abrangente e envolve a intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, sob qual perspectiva irá ser abordada a promoção da saúde na prática do enfermeiro no campo da atenção primária?

Após leituras e reflexões, adotou-se o cuidado como categoria central para promover este diálogo. E porque cuidado? Apesar da palavra cuidado assumir várias conotações em nossa sociedade e no setor saúde, neste momento buscar-se-á romper com a concepção de cuidado em saúde vinculada a um conjunto de procedimentos técnicos fundamentados cientificamente, com vistas a obter o êxito de um determinado tratamento. Esta concepção tornou-se hegemônica após o advento do capitalismo e reduziu as práticas de saúde a um fazer técnico-científico de intervenção sobre o corpo, com vistas ao combate da doença e à restituição da força de trabalho.

Sendo assim, considerando a conjuntura de sociedade em que se vive e a crise de legitimidade social vivenciada pelas práticas de saúde (acentuada pela tecnicidade, hiperespecialização e impessoalidade no cuidado em saúde), a retomada do cuidado como constructo filosófico; como categoria ontológica; como essência da Enfermagem; e como atitude fundamental à manutenção e promoção da vida, fornece diversos elementos que contribuem para a aproximação da promoção da saúde com a prática do enfermeiro na atenção primária.

Para construir esta discussão foi necessário dividir este capítulo em dois tópicos. O primeiro, denominado *Cuidado, práticas de saúde e enfermagem* visa, num primeiro momento, identificar os elementos inerentes ao cuidado, em sua dimensão ontológica, dialogando com a perspectiva de Ayres (2009b), Collière (1999; 2003) e Boff (2008).

No segundo momento, efetuou-se um resgate histórico das práticas de saúde, com o intuito de compreender como se deu a evolução do cuidado em saúde e de enfermagem na sociedade. No transcorrer deste processo, buscou-se identificar os elementos que compõe o cuidado prestado pelo enfermeiro.

O segundo tópico denomina-se *O cuidado para a promoção da saúde: elementos para a prática do enfermeiro na atenção primária* e articula os elementos abordados no tópico anterior à promoção da saúde na prática do enfermeiro na atenção primária.

#### 4.1 CUIDADO, PRÁTICAS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

Cuidado: expressão que envolve uma diversidade de significados no imaginário social. Comumente, o cuidado é utilizado como uma expressão que denota precaução ou prevenção de riscos (CUIDADO!); na área da saúde, quando se fala “cuidado em saúde” ou “cuidado de saúde”, normalmente remete-se ao sentido já consagrado no senso comum: “[...] o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2009b, p.42); outras vezes esta palavra é utilizada no sentido de “tomar conta” (você pode tomar conta do meu filho enquanto viajo?); e no âmbito da Enfermagem, esta é uma das palavras mais utilizadas.

Como se pode perceber, o cuidado é uma palavra que pode ser compreendida sob vários prismas. Por conta desta pluralidade, esta discussão situa, inicialmente, o cuidado em saúde como constructo filosófico, ou seja, como uma categoria filosófica que, na perspectiva de Ayres (2009b, p.42), quer designar simultaneamente,

[...] Uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Em outras palavras, considerando que as ações de saúde envolvem a interação dialógica entre dois ou mais sujeitos, os quais estão imersos em um universo cultural, familiar, e social peculiar, pode-se dizer que a compreensão do cuidado como constructo filosófico pode subsidiar o entendimento e produzir atitudes práticas em face da pluralidade de significados que o cuidado em saúde adquire nas diversas situações em que é necessária uma ação terapêutica ou para se promover a saúde, contrapondo-se à explicação puramente técnica e científica das práticas de saúde.



Para iniciar esta discussão, destaca-se a Fábula de Higino, retirada do livro *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*, de Leonardo Boff (2008, p.46).

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando esta criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil”.

A leitura e análise desta fábula destacam importantes elementos para a compreensão do cuidado como categoria ontológica<sup>1</sup>, isto é, como essência inerente à natureza do ser humano. Logo em seu início identifica-se que o cuidado é anterior à criação do ser. Boff (2008) argumenta que o cuidado é tão essencial que é anterior ao espírito concedido por Júpiter e ao corpo fornecido pela Terra, pois foi com *cuidado* que o personagem Cuidado moldou a criatura.

O movimento constitui, também, num dos primeiros elementos presentes na fábula. Este aspecto pode ser percebido pois foi se movendo pelo rio que Cuidado percebeu a argila. Isto é, a argila não vai ao seu encontro ou ele vai buscá-la; é a partir do movimento de travessia do rio que surge o interesse de Cuidado em moldar o Ser com o pedaço de argila. Sendo assim, este elemento aponta para um aspecto fundamental da construção da identidade do ser humano: esta identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver; através do movimento pelo mundo (AYRES, 2009b).

Outro aspecto fundamental presente na fábula é a temporalidade do cuidado em relação ao ser humano. Quando Saturno delegou para Cuidado a responsabilidade por cuidar

---

<sup>1</sup> Segundo Boff (2008), ontológico tem a ver com a essência, com a identidade profunda, com a natureza de um ser, como, por exemplo, o cuidado essencial com referência ao ser humano.

do homem durante a sua existência, depreende-se que o cuidado “acompanha” o ser humano durante toda a sua vida. Sob esta ótica, Ayres (2009b) complementa que o cuidado tem a “posse” do ser vivente enquanto este estiver vivo; porquanto e enquanto sustentar a sua existência (matéria/ forma/ espírito) contra a dissolução. Como o cuidado não é um objeto ou algo tangível, isso remete à afirmação de que ele é inerente à constituição do ser humano; é uma essência intrínseca a homens e mulheres.

Outros elementos também podem ser percebidos no transcorrer da fábula, como a interação, que permeia e constrói toda a trama, e a responsabilidade, que emerge como um subsídio fundamental à existência do ser humano (AYRES, 2009b). Logo, “[...] que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência” (AYRES, 2009b, p. 47).

Isto posto, pode-se dizer que o cuidado é um modo-de-ser do humano. Sem ele deixamos de ser humanos; definhamos, perdemos o sentido e morremos. Na perspectiva de Heidegger (1995), o cuidado está presente *antes de e em* toda atividade humana, o que implica afirmar que ele se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa (BOFF, 2008). Em suma, o Ser do humano é em essência o cuidado (AYRES, 2009b), o qual pode ser reconhecido como um modo-de-ser essencial, sempre presente (BOFF, 2008). Assim,

[...] o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (BOFF, 2008, p.91).

Em face da discussão anterior, e considerando o cuidado como um modo-de-ser essencial do humano, o que caracteriza a ação do cuidado, ou seja, o cuidar? Primeiramente, é importante destacar que a busca por respostas para esta indagação suscita inúmeras explicações. Por conta disso, nesse momento, a perspectiva de Marie-Françoise Collière, através das suas obras *Promover a Vida e Cuidar... A primeira arte da vida* pode trazer importantes elementos para elucidar esta questão.

De acordo com Collière (1999), o cuidado existe desde que há vida humana, já que é necessário tomar conta (cuidar) da vida para que ela possa permanecer e se desenvolver. Desde os primórdios

Era necessário tomar conta de mulheres em trabalho de parto, tomar conta das crianças, e tomar conta dos vivos, mas também dos mortos. Tudo isto implicava também tomar conta do fogo para que este não se apagasse, das plantas, dos instrumentos de caça, das peles e, mais tarde, das colheitas, dos animais domésticos, etc (COLLIÈRE, 2003, p.287).

O ato de cuidar, nesse sentido, é primeiro e antes de tudo, um *ato de vida*, que está na origem de todas as culturas, e que tem como finalidade permitir a vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte. Este foi e será o fundamento de todos os cuidados (COLLIÈRE, 1999).

Seguindo esse caminho, observa-se que a história do cuidado se constrói sob duas orientações complementares e que se geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte (COLLIÈRE, 1999). Isso nos faz pensar que na defesa da vida, cuidar também faz recuar a morte (COELHO e FONSECA, 2005).

Desde a origem da humanidade, o cuidar tem estruturado as interações do ser humano com o universo que o circunda. Este fato denota a íntima relação do cuidar com a complexidade da vida e, conseqüentemente, com a morte. Considerando o cuidado como uma essência e um modo-de-ser da espécie humana, e o cuidar como ação indispensável à manutenção da vida, pode-se dizer que “(...) o cuidar situa-se na encruzilhada do que faz viver e do que faz morrer, do que permite viver e do que compromete a vida” (COLLIÈRE, 2003, p.58).

Assim, o ato de tomar conta da vida é observado desde o início da história do ser humano. Com a finalidade de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie e afastar a morte, homens e mulheres se esforçavam para explorar o universo que os envolvia, com vistas a torná-lo um aliado, buscando tudo o que era indispensável para a manutenção das funções vitais, como: alimentação, abrigo para descansar, dormir, proteger-se, refugiar-se; vestuário; etc (COLLIÈRE, 2003).

Foi a partir dessa necessidade de cuidar da vida, através da prestação de cuidados individuais e coletivos, indispensáveis à sobrevivência, que se construíram e propagaram, no transcorrer do tempo, os primeiros saberes, os quais originaram todo um conjunto de práticas, como: as práticas alimentares, as práticas de cuidados ao corpo, as práticas sexuais, as práticas relativas ao vestuário, as práticas do habitat. Segundo Collière (2003), estas práticas produziram modos de fazer e costumes que, ao se organizarem e se ritualizarem, geraram tradições, crenças e modos de organização social.

Salienta-se que cuidar da vida para que ela possa continuar e se desenvolver não é uma tarefa simples. Para dar conta desta complexa arte, é necessário assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas nas suas manifestações (COLLIÈRE, 2003). Como a relação construída por homens e mulheres com o mundo é particular, as diferentes possibilidades de resposta a necessidades da vida fazem nascer e instaurar hábitos de vida próprios de cada grupo.

E o que caracteriza o cuidar no âmbito das relações humanas? De modo geral, o cuidar somente surge quando a existência de alguém tem importância para outro, significando solicitude, zelo, atenção, bom trato, preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade (BOFF, 2008). Ele se concretiza no contexto da vida em sociedade e implica colocar-se no lugar do outro, em situações diversas, seja na dimensão pessoal ou social (SOUZA et al, 2005). Esses mesmos autores destacam que cuidar é “[...] um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte” (SOUZA et al, 2005, p.267).

Com essa discussão inicial foi possível elucidar a importância do cuidado *na e para* a existência humana. Sem o cuidado, a vida não continua e, muito menos, se desenvolve. Com ele, encontramos a plenitude do Ser do humano, crescemos, nos desenvolvemos, temos saúde, temos vida. Eis aí uma característica primordial proporcionada pelo cuidar: a promoção da vida e da saúde!

#### **4.1.1 O cuidado nas práticas de saúde e na enfermagem**

Historicamente, o desenvolvimento das práticas de saúde está intimamente atrelado à estrutura de sociedade das diferentes nações. A trajetória do cuidado em saúde, destarte, é

influenciada pela conjuntura socioeconômica, política, cultural e religiosa de cada período histórico.

Considerando a historicidade das práticas de saúde e sua relação com o cuidado humano é importante discorrer sobre a evolução das práticas de saúde, com o intuito de auxiliar na compreensão do cuidado em saúde e, mais especificamente, do cuidado em enfermagem.

Para realizar essa retrospectiva histórica, subdividiu-se a evolução das práticas de saúde nos mundos primitivo, medieval e moderno em: instintivas, mágico-sacerdotais, no alvorecer da ciência, monástico-medievais pós-monásticas e no mundo moderno (GEOVANINI, 2002).

As práticas de saúde instintivas, que correspondem à prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, consistiam em ações que garantiam aos seres humanos a manutenção de sua sobrevivência, estando, na sua origem, associadas ao trabalho feminino. Este trabalho feminino é oriundo da divisão social do trabalho na estrutura familiar dos grupos primitivos, que atribuiu à mulher como responsável pelo cuidado com as crianças, velhos e doentes (GEOVANINI, 2002).

As práticas de saúde são tão antigas quanto o surgimento da humanidade. Inerentes à condição de sobrevivência da espécie humana, elas estão relacionadas desde os primórdios ao que Collière (1999) concebe como o cuidar, ou seja, a noção de que é preciso cuidar, “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer e se desenvolver e, assim, garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie.

Nesse íterim, um detalhe merece ser destacado: durante milhares de anos, as práticas de saúde e o cuidado não estiveram associados a um ofício ou a uma profissão, dado que ambos se referiam “[...] a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar sua vida, em relação com a vida do grupo” (COLLIÈRE, 1999, p. 27).

Com o transcorrer do tempo, e em articulação com as estruturas sociais das diferentes civilizações, as práticas de saúde foram se diferenciando, sendo que é a partir da Grécia Clássica que se encontram dados relevantes para a compreensão da sua evolução.

Do ponto de vista econômico, a Grécia contava com relativo desenvolvimento marítimo, estimulado pela presença do mar. O trabalho artesanal era difuso e evoluiu juntamente com a indústria e o comércio. A religião interferia diretamente na vida política do

Estado, sendo que o teor dogmático e mitológico predominante correspondia às expectativas dos governantes (GEOVANINI, 2002).

Mas, apesar da ligação entre a religião e o Estado, ela não correspondia aos anseios da população, a qual mantinha cultos populares repletos de magia e superstição. Essa religião correspondia às necessidades individuais de sobrevivência do povo que almejava a felicidade material, a saúde do corpo e a imortalidade da alma. De acordo com Geovanini (2002, p. 8), nesse período as práticas de saúde associavam-se “[...] à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra demônios causadores dos males do corpo e do espírito”.

A concepção de saúde e de doença vinculada às práticas de saúde mágico-sacerdotais era relacionada à dualidade do que é bom e mau. Esta concepção partia do pressuposto de que a doença era resultante da ação de forças externas ao organismo, as quais eram responsáveis pela introdução do pecado ou a maldição nele (SCLIAR, 2007). A cura, desse modo, era uma relação entre a natureza e a doença, sendo que o xamã e, posteriormente, os sacerdotes/padres eram encarregados de combater este malefício (a doença) e reintegrar o doente ao universo que ele pertence, isto é, restabelecer o equilíbrio com a natureza.

Segundo Scliar (2007), o xamã era encarregado de, através de rituais, expulsar os maus espíritos que tinham se apoderado da pessoa e causado a doença. Já os padres exerciam o papel de intérprete dos deuses e aliados da natureza contra a doença (GEOVANINI, 2002). É importante destacar que ambos tinham o mesmo encargo: ser o mediador entre as forças benéficas e maléficas, além de interpretar e decidir o que é bom ou mau (COLLIÈRE, 1999). Em síntese, o mediador das forças benéficas e maléficas (xamã e/ou padre) intercedia e tentava expulsar o mal

[...] Velando para assegurar as forças benéficas por rituais de oferendas, de encantamentos e de sacrifícios. Mas, pelo seu poder de mediação, ele torna-se também naquele que denuncia o mal e que, por isso mesmo, adquire progressivamente o direito de designar e de cortar do grupo qualquer suspeito que seja portador de mal: seja porque têm marcas tangíveis (leproso) ou por que, sem sinais aparentes, alguns se tornam os bodes expiatórios de uma perturbação econômica e social da ordem estabelecida, atestando um mal pernicioso oculto (ciganos, judeus, heréticos, feiticeiras, vagabundos, mendigos, loucos ...) (COLLIÈRE, 1999, p. 30).

No alvorecer da ciência, período correspondente ao final do século V a princípio do século IV a.C., a evolução das práticas de saúde estava relacionada ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência. Nesse momento, o mundo grego contou com diversas transformações, destacando-se os avanços da ciência e da filosofia, que resultaram no afastamento das crenças místicas.

As práticas de saúde, antes místicas e sacerdotais, passaram a ser baseadas na experiência, no conhecimento da natureza e no raciocínio lógico, o que desencadeou uma relação de causa e efeito para as doenças. Esse período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando-se a figura de Hipócrates (GEOVANINI, 2002).

Hipócrates propôs uma nova concepção de saúde, dissociando a arte do curar dos preceitos místicos e sacerdotais através do método indutivo da inspeção e da observação, corroborando a importância do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica como processos a serem desenvolvidos a partir da observação cuidadosa do doente. Segundo Scliar (2007), os escritos de Hipócrates traduziram uma visão racional da medicina, bastante distinta da concepção mágico-religiosa descrita anteriormente.

A partir da racionalidade hipocrática nas práticas de saúde, e mais especificamente na prática da medicina, começa-se a valorizar uma concepção de saúde baseada nos sinais, sintomas e outras alterações detectadas no indivíduo doente, o que contribuiu para uma progressiva restrição do cuidado em saúde à intervenção sobre o corpo.

No período monástico-medieval (século V ao XIII) as práticas de saúde foram bastante influenciadas pela ideologia do cristianismo e dos fatores sociais, políticos e econômicos da sociedade feudal. No período retratado, registraram-se grandes epidemias de sífilis, lepra e outros flagelos que afetaram a vida política e social. Além disso, registraram-se também terremotos e inundações que, conjuntamente e apoiadas na ignorância coletiva, reforçaram as superstições e crendices.

Nesse contexto, “a necessidade de auxílio e de redenção aos sofrimentos, aliada à sensibilidade mística do povo, encontra expressão na religião cristã que começa a progredir” (GEOVANINI, 2002, p.13). Assim, reforça a autora, a igreja passou a deter o monopólio moral, intelectual e financeiro, difundindo o dogmatismo cristão através da autoridade e da hegemonia eclesiástica.

Os conhecimentos de saúde, nesse período, eram restritos ao clero, os quais eram influenciados pelo ceticismo, confluindo-se para uma prática dogmática desenvolvida, quase

que exclusivamente sob a sombra dos claustros (GEOVANINI, 2002). Nesse período, devido à influência da religião cristã, manteve-se a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé (SCLIAR, 2007). Coelho e Fonseca (2005, p.215) complementam que

Quando a Igreja católica apropriou-se do poder de discernir entre o bem e o mal, desprezou as práticas tradicionais de cuidado, rompendo a unidade corpo e espírito em relação com o universo. Começava a se afirmar uma concepção de cuidado que dava supremacia ao espírito e considerava o corpo fonte de impureza, fornicção e malefício, nascendo um saber inspirado na doutrina dos padres e clérigos. Iniciava-se, então, uma medicina que não ousava contradizer as doutrinas eclesiásticas e, por muito tempo, os homens da Igreja foram os seus alunos.

Considerando a marcante efervescência religiosa desse período, muitos leigos dedicaram-se às práticas de caridade, assistindo aos pobres e enfermos por determinação própria. De acordo com Geovanini (2002), este fato contribuiu para a criação de inúmeras congregações e ordens seculares que, com o seu desenvolvimento, fortaleceu a associação da assistência religiosa com a assistência à saúde.

Nessa época, hospitais foram construídos próximos aos mosteiros e igrejas, sendo concebidos como um lugar não de cura, mas de conforto e abrigo para os doentes (SCLIAR, 2007). Estes hospitais eram dirigidos por ordens e congregações religiosas e a assistência prestada neles tinha uma conotação estritamente religiosa, cujos enfermos e trabalhadores buscavam a salvação da alma.

Com o advento das ordens seculares, no século XIII, houve a introdução da enfermagem nos hospitais, através das religiosas, cujo trabalho era revestido de amor ao próximo (MELO, 1986). Muitas mulheres, motivadas pela fé cristã, dedicaram-se à caridade, a proteção e assistência aos enfermos, o que conformou uma prática de Enfermagem que por muitos séculos

[...] Foi praticada dessa maneira pelas mãos de religiosas e abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas à assistência aos pobres e aos doentes. As atividades eram centradas no fazer manual e os conhecimentos eram transmitidos por informações acerca das práticas vivenciadas.



Predominavam ações de saúde caseiras e populares, com forte conotação mística, sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã (GEOVANINI, 2002, p. 15).

Essa concepção da enfermagem permaneceu, por muitos séculos, exercida por religiosas que não possuíam conhecimentos próprios que pudessem fundamentar suas atividades (MELO, 1986). Vale destacar que nesse mesmo século, o caráter das atividades médicas transformou-se em prática técnico-profissional, fato que não aconteceu com a enfermagem (MELO, 1986), a qual permaneceu enclausurada nos hospitais religiosos desenvolvendo uma prática empírica e desarticulada (GEOVANINI, 2002).

O legado deste período para a Enfermagem engloba uma série de valores e uma prática com forte conotação sacerdotal e não profissional que, com o passar do tempo, foram legitimados na sociedade como características próprias da profissão.

Passaram-se os séculos e após atingir o auge do seu desenvolvimento, o regime feudal iniciou sua decadência, oriunda do progresso contínuo das grandes cidades e do comércio com o Oriente, o que gerou grandes mudanças na economia. Nesse período, o Atlântico passou a ser o eixo econômico do mundo moderno; a tipografia, recém-descoberta, possibilitou a divulgação de obras raras e, conseqüentemente, a divulgação do conhecimento, antes restrito ao clero (GEOVANINI, 2002).

A Renascença surgiu na Itália, imprimindo novos significados à arte, através da intensa renovação artístico-intelectual, e trazendo muitas contribuições ao pensamento científico. Com o humanismo do movimento Renascentista

As práticas de saúde avançaram para a objetividade da observação e da experimentação, voltando-se mais para o cliente que para os ensinamentos literários. Dessa forma, priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças. Acompanhando as recentes descobertas anatômicas, a cirurgia também faz notáveis progressos (GEOVANINI, 2002, p. 16).

Em consequência, a complexidade do cuidado em saúde passou a ser substituída pelo mecanicismo do paradigma biomédico que, nesse período, começou a despontar e a contribuir para a perda da dimensão subjetiva nas práticas de saúde. A investigação pormenorizada do

corpo humano, associada à objetividade da observação e do empirismo, restringiu ainda mais o foco das práticas de saúde, o que contribuiu para que o corpo, gradativamente, fosse compreendido como um objeto de intervenção para o combate da doença e produção de saúde.

No século XVI dá-se a Reforma Protestante, movimento que separou a Igreja católica Ocidental e estabeleceu as Igrejas nacionais, em lugar da Igreja universal e única (MELO, 1986). Geovanini (2002) complementa que esse movimento não foi exclusivamente religioso, já que envolvia interesses políticos e econômicos da nobreza e do clero.

Para além das questões socioeconômicas, políticas e religiosas, a Reforma Protestante trouxe grandes conseqüências para a enfermagem, sendo conhecido como o seu “período negro”. Nesse período, houve o fechamento de inúmeros hospitais, a expulsão das religiosas que aí atuavam e a perseguição às mulheres curandeiras por parte da Santa Inquisição, cuja acusação maior era o conhecimento sobre a arte de curar, o qual era monopólio da Igreja (MELO, 1986).

Com a expulsão das religiosas dos hospitais, passou-se a recrutar pessoal leigo e remunerado, como mulheres marginalizadas, para prestar serviços variados e, dentre eles, o cuidado aos doentes (MELO, 1986). É importante destacar que “a utilização de mulheres para desempenharem este papel reflete a ideologia de uma sociedade onde o trabalho manual era menosprezado e, como tal, relegado à categoria considerada inferior” (MELO, 1986, p.35).

Observa-se que no transcorrer dos períodos históricos destacados o campo de ação das práticas de saúde e da prática do enfermeiro convergiu para o combate à doença, sem evidenciar ações que pudessem promover a saúde. Este fato será reforçado nos períodos posteriores, especialmente após as transformações socioeconômicas e políticas oriundas do mundo moderno.

A era moderna foi marcada por uma filosofia econômico-política que produziu profundas transformações na sociedade. Nesse período, assistiu-se à queda definitiva do regime feudal e a emergência da Revolução Industrial que, iniciada na Inglaterra em 1760, alastrou-se por todo o mundo e consolidou uma nova ordem mundial: o modo de produção capitalista.

Esta conjuntura foi impulsionada por todo um processo de acumulação prévia de capital (MELO, 1986), decorrente do surgimento de novos mercados. Essa situação está relacionada à descoberta e colonização da América; à circunavegação da África; aos

mercados com a Índia e com a China; e ao comércio com as colônias, o que acarretou no aumento dos meios de troca e do volume de mercadorias (MARX e ENGELS, 2008).

Esses mesmos autores argumentam que esse conjunto de fatores trouxe uma prosperidade até então desconhecida pelo comércio, navegação e indústria, contribuindo ainda mais para a desintegração da sociedade feudal e para o aumento do capital e do poder político da burguesia ascendente.

Com a expansão do mercado, oriunda do aumento da divisão do trabalho e da produtividade, junto ao crescimento demográfico (MELO, 1986), observa-se que o funcionamento da indústria, nos moldes da sociedade feudal ou corporativa, não atendia às necessidades de mercado crescentes. Esse fato alavancou o surgimento da máquina e do vapor, que aliado aos avanços técnico-científicos favoráveis ao desenvolvimento do sistema de produção, revolucionou a produção industrial e lançou as bases para o que se denominou de Revolução Industrial.

Na perspectiva de Kantorski (1997), a Revolução Industrial, além de produzir diversas transformações no sistema de produção, significou essencialmente uma revolução social, impulsionando a passagem da sociedade agrária para a industrial e o surgimento de novas classes sociais antagônicas: a burguesia e o proletariado.

Para elucidar esta afirmação, Melo (1986) complementa que a Inglaterra iniciou o século XIX com características que contribuíam para o desenvolvimento de uma sociedade capitalista, dividida em duas classes básicas: a burguesia, proprietária dos meios de produção, e o proletário, classe assalariada que, para sobreviver, vende o único bem que lhe resta; a força de trabalho.

Face aos avanços alcançados pela revolução industrial, especialmente pela produção em larga escala de capital e o conseqüente enriquecimento da classe burguesa, registrou-se um expressivo progresso econômico. Em contrapartida, a nova ordem social capitalista trouxe poucos benefícios à população trabalhadora.

Após a fase de expansão do capitalismo liberal, tornaram-se visíveis os prejuízos da nova ordem, considerando que a grande massa de população nas cidades, oriundas do campo, estava submetida a condições precárias de vida, aprofundadas pelas desigualdades econômicas e pela exploração do trabalho, inclusive de mulheres e crianças.

Com essa situação, muitas transformações na saúde ocorreram. Com o aumento da concentração de pessoas nas cidades alterou-se o perfil nosológico da população,

especialmente devido ao aumento dos casos de doenças infecto-contagiosas ligadas às precárias condições sanitárias (KANTORSKI, 1997), como tuberculose e tifo. Sendo assim, Geovanini (2002, p.22) complementa que

A doença torna-se um obstáculo à força produtiva do trabalhador e representa, não só a diminuição da produção, como também transtornos econômicos e políticos. Existe interesse em manter a saúde, não como uma necessidade básica do indivíduo, mas como um modo de manutenção da produtividade.

Esse fato, associado aos anseios da sociedade capitalista, contribuiu para que a saúde começasse a ser vista como objeto de consumo e fonte de lucros, o que a caracterizou como um instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho, com vistas a fortalecer a produção de capital.

Com o advento do capitalismo, assistiu-se também uma transformação do hospital e do processo de trabalho em saúde. O hospital no período feudal caracterizava-se como instituição de caridade destinada a abrigar pobres, velhos, loucos, entre outros. Mas, sob a égide do capitalismo, ele se tornou um espaço privilegiado para a investigação da doença, de terapias e de cura, assumindo uma função importante na manutenção e reprodução da força de trabalho a ser utilizada para a produção industrial e, portanto, para a consolidação do capitalismo.

Collière (1999, p.124) complementa que de maneira comparável ao setor industrial, os serviços contidos nos hospitais

Organizam-se em torno dos grandes “barões” e dos seus assistentes que dão as directivas, prescrevem as tarefas a desempenhar. A distribuição dos doentes e o destino das acomodações, estabelecem-se em torno da investigação e da reparação da mecânica orgânica [...] É, de facto, em torno das tecnologias de investigação e de reparação da doença bem como da sua forma de utilização, que é elaborada uma configuração social do hospital determinando formas de relações sociais entre os que tratam e os que são tratados.

Essa reorganização do espaço hospitalar alavancou transformações no processo de trabalho em saúde. Isto se dá, principalmente, pela projeção do trabalho médico, considerado como prática social e associado à esfera produtiva e que, reforçado pelos conhecimentos científicos e tecnológicos, apresentou-se como responsável pelo diagnóstico e pela terapêutica. A enfermagem, nesse contexto, surgiu como uma profissão/ocupação paramédica, conformando-se como prática assalariada e submetida no interior do processo de trabalho em saúde à prática médica (KANTORSKI, 1997).

Nesse ínterim, é dentro deste novo espaço hospitalar, especializado por conta dos avanços alcançados pela medicina, que ocorre a reforma da enfermagem, consubstanciada na separação da prática religiosa da prática técnico-profissional (MELO, 1986). A prática em enfermagem, em face destas mudanças, começa a se distanciar dos valores morais e religiosos herdados do passado e vai, gradativamente, adotando o modelo biomédico e valorizando a tecnicidade no desenvolvimento de suas ações (COLLIÈRE, 1999). Isto ocorreu não somente com a Enfermagem, mas também com todo o setor saúde.

Observa-se que os resultados das transformações ocorridas com o advento do capitalismo, especialmente os avanços técnico-científicos na medicina, trouxeram muitas contribuições para o setor saúde. Em contrapartida, no transcorrer dos séculos XIX e XX, estes mesmos avanços produziram retrocessos nas relações do homem com o mundo e no cuidado em saúde.

Com efeito, o cuidado profissional na saúde transformou-se em um cuidado para recuperação de corpos produtivos, distanciando-se da manutenção e promoção global da vida. Em face disso, presencia-se uma hiper-valorização da racionalidade científica e da técnica como formas de produzir saúde, aliadas à impessoalidade, individualismo e distanciamento tão marcantes na atenção à saúde da população.

Collière (2003) argumenta que a evolução das tecnologias de investigação e de tratamentos desencadeia uma nova mudança na concepção de cuidados que passam a ser o tratamento das doenças. Ayres (2009b), citando Foucault (2001), complementa que na contemporaneidade é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva.

Esse conjunto de fatores contribui para a persistência do caráter individual-universalista do cuidado em saúde, a qual tem provocado uma progressiva incapacidade das ações de cuidado à saúde de se manterem como prática racional, de se mostrarem sensíveis às

necessidades de saúde da população e de se conscientizarem dos seus próprios limites (AYRES, 2009). Isso contribui para acentuar o que esse mesmo autor denominou de “crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde”, isto é, a falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorrente do gradual afastamento da prática tecnocientífica da medicina em relação aos projetos existenciais que lhe cobram participação e lhe conferem sentido.

Em outras palavras, é como se as ações de saúde estivessem perdendo seu interesse pela vida e, mais especificamente, estivessem perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam: o alívio do sofrimento e a promoção da vida.

Essa é uma contradição que persiste até os dias atuais, inclusive na enfermagem. Isso nos faz questionar: como a Enfermagem, que tem como essência o cuidado, sustenta esta contradição em sua prática? Para elucidar esta indagação, buscaremos uma definição de Enfermagem e os elementos que compõe o cuidado específico da profissão.

De acordo com Rocha e Almeida (2000), a Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência é o cuidado ao ser humano, individual e coletivamente, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação, proteção e manutenção da saúde, com atuação em equipes. Lima (2005, p.27) complementa que

A enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltada ao cuidado dos seres humanos, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas.

Compreendida como prática social, a Enfermagem é uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes, cuja prática profissional está atrelada à estrutura econômica, política e ideológica da sociedade, o que a caracteriza como trabalho.

Por conta da tensão histórica entre a prática médica e a prática do enfermeiro, Lima (2005) chama atenção ao que Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem moderna, concebeu como essência da prática em enfermagem: “Quando a função de um órgão está impedida, a medicina ajuda a natureza a remover a obstrução e nada mais além disso,

enquanto a enfermagem mantém a pessoa nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela” (LIMA, 2005, p.31). Isto é: a prática do enfermeiro deve ser pautada no cuidado ao ser humano, mobilizando as condições possíveis para conservar e promover a vida e não restringir sua prática à intervenção sobre um corpo puramente biológico.

A autora supracitada argumenta que o ato de cuidar como ação terapêutica em enfermagem envolve aspectos relacionados à preservação e manutenção da vida, necessitando que os enfermeiros compreendam as concepções de saúde e de doença em uma dimensão ampliada.

Eis o problema: na área da saúde e na enfermagem ainda são hegemônicas as concepções de saúde e de cuidado ligadas aos saberes estritamente técnico-científicos, cuja finalidade única é o tratamento de doenças e a possível cura, o que contribui para a manutenção de uma prática alienada e distanciada do cuidado essencial ao ser humano.

Em vista disso, é fundamental chamar atenção para o seguinte aspecto: cuidar não é sinônimo de tratar. Historicamente, como pudemos perceber, o cuidado em saúde foi perdendo a sua conotação principal, que é a manutenção e promoção da vida, sendo substituída pela concepção de tratamento com vistas à cura. Entretanto, “[...] tratar nunca poderá suprir toda esta mobilização das capacidades de vida que representa o cuidar” (COLLIÈRE, 2003, p.287).

Nas instituições de saúde, seja no âmbito hospitalar ou nos serviços de atenção primária, a concepção do cuidar como sinônimo de tratar se reproduz hegemonicamente, de modo que o cuidado em saúde abrange prioritariamente o que é de domínio do tratamento, da reparação, subjugando-se os cuidados costumeiros e habituais, essenciais para manter a vida cotidiana. Esses cuidados essenciais são bastante desvalorizados e desprezados, ao tempo em que apenas são reconhecidas e valorizadas as técnicas para o reparo de doenças, o que reduz a prática de cuidar à aplicação e vigilância de tratamentos. Em contrapartida, não se pode deixar de enfatizar que os cuidados de manutenção da vida possibilitam a luta contra a doença, constituindo-se, assim, num substrato essencial para qualquer tratamento (COLLIÈRE, 2003).

O discernimento entre cuidar e tratar leva a considerar os cuidados habituais ou de conservação e manutenção da vida (denominados *care* em inglês) e os cuidados de

recuperação ou tratamento<sup>2</sup> (denominado *cure* em inglês) de naturezas diferentes e complementares (COLLIÈRE, 2003).

Os cuidados de manutenção da vida têm como função primordial assegurar o indispensável ao viver. Eles estão ligados, de um lado, a um conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida, como comer, beber, evacuar, levantar-se, mover-se, etc, e de outro, aos cuidados que contribuem para o desenvolvimento da vida das pessoas, alimentando a razão de existir e mobilizando a sua rede relacional (COLLIÈRE, 2003).

Os cuidados de recuperação ou tratamento têm por objetivo limitar a doença e sua progressão; lutar contra ela e atacar as suas causas. Eles só têm sentido e efeito quando se juntam e agem de forma complementar aos cuidados de apoio à vida, os quais nunca devem ser substituídos, corroborando a afirmação que nenhum tratamento, seja ele o mais sofisticado possível, pode substituir os cuidados de manutenção da vida (COLLIÈRE, 2003).

Mediante essas considerações, observa-se que o cuidado profissional em enfermagem situa-se na encruzilhada do paradigma científico e da concepção de cuidado em seu sentido ontológico-existencial, o que se constitui no campo dos saberes, como uma capacidade prática que se aprende com a experiência.

Após o advento do capitalismo, especialmente no transcorrer do século XX, busca-se a cientificização do saber em Enfermagem, de modo a acompanhar as transformações da prática médica. Em consequência da divisão técnica do trabalho, a prática em enfermagem fica restrita ao domínio dos procedimentos técnicos e do aparato tecnológico.

Salienta-se que embora se necessite construir o conhecimento no campo da Enfermagem baseado na ciência, a pedra angular da construção dos seus saberes e do seu fazer deve ser o cuidado (COLLIÈRE, 2003). Ou seja, o cuidado de enfermagem não deve ser construído estritamente sob a ótica dos conhecimentos técnico-científicos; esta construção deve contemplar os cuidados vitais para a existência humana, já que o processo saúde-doença-cuidado, no qual a enfermagem atua, é tão dinâmico e complexo quanto à noção de vida.

Sendo assim, o que caracteriza o cuidado profissional em enfermagem? Segundo Souza et al (2005), o cuidado em enfermagem pertence a duas esferas: uma objetiva, que diz respeito ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em

---

<sup>2</sup> A autora reforça que é preferível não utilizar a palavra *cuidados* de reparação- como muitas vezes se faz para designar os tratamentos, o que contribui para manter um equívoco- mas utilizar a palavra tratamento pelo que ela realmente significa.



sensibilidade, criatividade e intuição para interagir e cuidar de outro ser. Essas duas esferas, mesmo parecendo distintas, necessitam ser interligadas no processo de cuidar.

Cuidar em enfermagem consiste em esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, contribuindo para que as pessoas encontrem significados não somente nos momentos de doença e sofrimento, mas também na sua existência (SOUZA et al, 2005). Deste modo, prestar cuidado na dimensão pessoal e/ou social é uma virtude que integra os valores identificadores da enfermagem, significando comprometimento e engajamento político-social (SOUZA et al, 2005). Nesse sentido,

O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa. [...] Nesta linha de raciocínio, o cuidado de enfermagem baseia-se em ações que se estendem ao longo da construção da cidadania, porque potencializa a expressão do cidadão em sua existência social. O cuidado ao longo da vida social fomenta a autonomia e dignifica o ser, e ao readquirir a autonomia do ponto de vista do estar saudável, a enfermagem promove e se insere na humanização da vida (SOUZA et al, 2005, p. 268-9).

Esta dimensão, não restrita ao procedimento técnico do cuidado de enfermagem, necessita ser resgatada. Apesar de inúmeros avanços alcançados no século XX, especialmente com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área da saúde, observa-se que o cuidado em enfermagem ainda é restrito à abordagem técnica fragmentada e distante do ser humano, sendo reproduzido, inclusive, nos espaços de formação do enfermeiro. Esta situação gera contradições que persistem em toda a saúde, fazendo com que os profissionais de saúde e, dentre eles os enfermeiros, construam suas práticas no sentido contrário ao do cuidado.

Apesar dessas contradições evidenciadas no cuidado em saúde terem impulsionado a emergência de novos olhares sobre a atenção à saúde, em vista da necessidade de renovar as práticas sanitárias, destacando-se a promoção da saúde, Ayres (2009b) chama atenção que a consolidação desses novos olhares dependerá de transformações bastante radicais no modo de pensar e fazer saúde.

O resgate do cuidado nas práticas de saúde, compreendido em sua dimensão ontológico-existencial, emerge como possibilidade de promover mudanças imperiosas e éticas na prática do enfermeiro. Para isso, Collière (2003) reforça que é necessário: reencontrar o sentido original dos cuidados; demonstrar que os cuidados de apoio à vida são indispensáveis; restituir aos cuidados um poder libertador<sup>3</sup>; distanciar-se das condutas inspiradas em modelos, de modo a permitir que os enfermeiros construam o seu próprio saber, elabore o seu próprio pensamento e descubra o que dá sentido, significado e orientação aos cuidados de enfermagem que têm de assegurar.

Aliando a estas considerações, Ayres (2009b) chama atenção para os seguintes fatos:

- é preciso ter claro que nem tudo que é importante para o alcance do bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico;
- no momento da assistência à saúde, é preciso se atentar que mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro não se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos;
- a ação de saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias; nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos;
- não se pode limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de “objetos”. É necessário que no cuidado em saúde se participe da construção de projetos humanos, de projetos de felicidade. Para isso é fundamental, quando se cuida, saber qual é o projeto de felicidade das pessoas, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.

Outro aspecto pontuado por Ayres (2009b) é a necessidade de revalorizar a dignidade da sabedoria prática que emerge do ato de cuidar. Isso se constitui em uma tarefa e compromisso fundamental dos sujeitos quando se quer cuidar. Entretanto, destaca o autor, isso nem sempre é fácil, dado que frequentemente os saberes não técnicos são tidos como obscuros; como um atraso.

Com base nessas considerações, é fundamentalmente aí que está a importância do cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia,

---

<sup>3</sup> Um poder é libertador cada vez que, apoiando-se nas forças e nas capacidades em presença, liberta outras possibilidades ou permite às capacidades existentes desenvolverem-se ou simplesmente ser utilizadas. O poder veiculado pelos cuidados de enfermagem é libertador sempre que: permitir aos utentes dos cuidados desenvolver capacidades para se cuidarem, mas também para cuidarem; reconhecer o saber das pessoas cuidadas, conferir ou aumentar um poder de ser, de autonomia; permitir aos utentes utilizar o poder que lhes resta (COLLIÈRE, 2003)

mas sem resumir a ação em saúde a ela (AYRES, 2009b). Sendo assim, mais que tratar de um objeto

[...] a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2009b, p. 86).

No contexto de sociedade em que se vive e em face da necessidade de reconstruir as práticas de saúde sob a ótica do cuidado, é essencial reencontrar os cuidados portadores de vida, cuidados vivificantes tanto para os usuários dos serviços de saúde como para os profissionais (COLLIÈRE, 2003). Este é um dos grandes desafios do nosso tempo, que pode começar a ser pensado a partir da promoção da saúde.

#### 4.2 O CUIDADO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As numerosas descobertas realizadas desde o início do século XIX, especialmente nos campos da química e da física, construíram novos rumos para a área da saúde. Neste período, a medicina incorporou à sua prática uma tecnologia de precisão crescente, o que acentuou a separação do corpo e do espírito, a doença do doente, e reforçou a fragmentação do corpo em regiões anatômicas. Esses fatos contribuíram para que a atuação da medicina fosse restrita à intervenção sobre um corpo portador de uma doença a ser identificada, no intuito de reparar a mecânica do corpo doente. A doença, assim, passou a constituir o objeto de investigação e intervenção da prática médica, sendo que o sujeito que convive com a doença torna-se um “epifenómeno” (COLLIÈRE, 1999).

A aplicação desses avanços técnico-científicos no processo do cuidar resultou em profunda transformação no processo de trabalho em saúde, em especial na prática dos cuidados de enfermagem. Esta situação decorreu, principalmente, da gradativa reorganização do trabalho em saúde em torno da prática médica que “[...] preside a um conjunto de tarefas a assegurar para permitir a detecção e a reparação da doença” (COLLIÈRE, 1999, p. 124).

De acordo com a mesma autora, a prática em enfermagem começou a se organizar em torno das diferentes tarefas prescritas pelo médico, para investigar, tratar e vigiar a doença. Isso nos leva a afirmar que o fio condutor das ações desenvolvidas na Enfermagem, que dá sentido às tarefas a realizar, inclusive na contemporaneidade, é a doença.

A doença, tida como o norte do trabalho em enfermagem, exerce influência direta na seleção e elaboração dos conhecimentos necessários para fundamentar a sua prática. Esses conhecimentos, que pautam a prática em enfermagem, organizam-se em dois domínios principais: a doença e a técnica. Destarte, os cuidados aos doentes passam a ser “a técnica” e, posteriormente, os “cuidados técnicos”, os quais são determinados e orientados pela doença (COLLIÈRE, 1999).

Na realidade brasileira, observa-se que a prática do enfermeiro não foi conformada diferentemente do pontuado por Marie-Françoise Collière. Desde as suas origens, ela esteve vinculada ao modo de produção capitalista, para o atendimento dos interesses do mercado e das políticas de saúde do Estado, conformando-se, no decorrer do século XX, como subsidiária da prática médica e com foco no procedimento técnico e na patologia.

Os profissionais de enfermagem, exercendo o papel auxiliar do médico e com suas ações focadas hegemonicamente na cura e na doença, distanciam-se da essência inerente ao cuidado, reproduzindo o modelo biomédico em sua totalidade, inclusive no espaço onde o cuidado tem forte conotação holística e política: a atenção primária à saúde.

A partir do final da década de 1970, com a emergência dos movimentos pela democratização da saúde, os quais incorporaram diversas críticas relativas ao modelo médico-privatista, configurou-se um novo espaço para a redefinição das práticas exercidas pelos profissionais da saúde. Com a organização do Sistema Único de Saúde, os serviços de saúde tornaram-se um espaço propício para impulsionar ações de caráter coletivo, com foco em ações preventivas e de promoção da saúde.

Nascimento e Nascimento (2005) argumentam que o processo de construção do SUS tem propiciado mudanças no âmbito dos serviços de saúde e do modelo de atenção à saúde. A prática do enfermeiro, nesse contexto de mudanças, passa por uma série de transformações, deslocando a sua atuação profissional predominantemente da área curativa, individualizada, focalizada nos procedimentos técnicos e na patologia, e vinculada às instituições hospitalares, para a produção de serviços em unidades básicas de saúde, com ênfase em ações de bases coletivas.

O enfermeiro, ao atuar em consonância com os pilares da atenção primária e com uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, considerando a determinação social da saúde, aproxima-se dos pressupostos da promoção da saúde. Ao atuar na atenção primária, incorporando a promoção da saúde como uma estratégia de transformação social e política da saúde da comunidade, esse profissional encontra um campo aberto de possibilidades, potencializando as ações desenvolvidas na atenção primária e projetando uma prática autônoma, consoante com o conceito ampliado de saúde e com o cuidado holístico, condizente com as necessidades de saúde da população e com os princípios do SUS.

Com essa aproximação inicial ao tema, é importante nesse momento resgatar os elementos que compõem os cuidados desenvolvidos na atenção primária, denominados de cuidados primários de saúde, e as características dos cuidados de enfermagem na atenção primária na perspectiva do desenvolvimento da saúde, de modo a compreender mais claramente como os enfermeiros podem promover a saúde na atenção primária.

Os cuidados primários de saúde, compreendidos em sua dimensão abrangente, são relacionados a um movimento de crítica à abordagem médico-hospitalar dos problemas de saúde representando uma proposta, e ao mesmo tempo, uma práxis ideológica, política e social que tem o intuito de alavancar mudanças no enfrentamento dos problemas de saúde da população, sendo considerados essenciais para o alcance de um nível aceitável de saúde.

Esses cuidados baseiam-se numa concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, a qual considera os fatores biológicos, culturais, econômicos, políticos e sociais na produção de saúde. Sendo assim, observa-se que essa concepção está ligada às condições de vida das famílias e dos grupos sociais, o que evidencia a dimensão social da saúde e a importância dos cuidados primários de saúde para o desenvolvimento social e econômico das nações (COLLIÈRE, 2003).

Considerando que os serviços de APS estão inseridos em uma comunidade, os cuidados primários de saúde somente têm sentido se desenvolvidos com a participação direta e ativa dos membros da comunidade. A comunidade, assim, constitui-se num espaço privilegiado para o desenvolvimento da responsabilidade dos indivíduos e das famílias sobre a saúde, individual e coletiva, de modo a promover a autonomia das pessoas e atuar conjuntamente pelas melhorias das condições de vida e saúde e na construção, gestão e avaliação de políticas de saúde.

De acordo com Collière (2003), os cuidados primários de saúde propõem-se a responder às necessidades de saúde mais comuns da população, seja no domínio do desenvolvimento da saúde, da reparação ou readaptação, de modo a integrar cuidados preventivos, curativos, de reparação e de promoção da saúde em função das necessidades das famílias e dos grupos. Nesta perspectiva, esse cuidados ultrapassam o setor saúde, sendo necessário articular ações intersetoriais para responder de modo adequado às necessidade de saúde da população.

As características dos cuidados inerentes à atenção primária impulsionam a construção de uma práxis profissional diferenciada, que remete à responsabilização múltipla pelos problemas de saúde, à construção de saídas coletivas para o enfrentamento dos problemas de saúde, à intervenção sobre os determinantes socioambientais do processo saúde-doença-cuidado e à construção de sujeitos sociais e políticos implicados com as melhorias das condições de vida e saúde da população.

Collière (2003) enfatiza que os cuidados primários de saúde implicam em mudança ideológica, cultural, social, tecnológica e econômica da função do cuidado. Eis que a promoção da saúde emerge como possibilidade de responder a estas demandas e impelir mudanças necessárias no enfrentamento dos problemas de saúde.

Em vista dessas considerações sobre os cuidados primários de saúde, observa-se que a atuação do enfermeiro neste cenário contempla diversos elementos para a promoção da saúde. Contudo, é importante destacar que a projeção de um cuidado pautado no desenvolvimento da saúde<sup>4</sup> na APS ainda é pouco evidente e se constitui num desafio para o número reduzido de enfermeiros que vislumbram uma prática transformadora e que atue *com e na* comunidade, com vistas a romper a hegemonia do paradigma biomédico em suas ações.

Isso se dá, principalmente, porque ainda é prevalente a abordagem normativa/comportamentalista dos cuidados de enfermagem na atenção primária. Collière (2003) complementa que a eficácia deste tipo de ação não é duradora, pois após atingir um determinado patamar, os cuidados pautados nessa concepção caem na rotina e mostram-se pouco eficazes para a resolução dos problemas de saúde da população, já que permanecem centrados no controle e erradicação da doença, ao invés de centrar esforços sobre as dificuldades da vida encontradas pelas pessoas, famílias e comunidade, e em desenvolver as suas capacidades para o enftetamento dos problemas de saúde e da vida (COLLIÈRE, 2003).

---

<sup>4</sup> Quando se fala em desenvolvimento da saúde, refere-se à prática de cuidados de enfermagem pautados na promoção da saúde.

Nesta direção, essa mesma autora enfatiza que os cuidados de enfermagem na atenção primária já não podem ser praticados na ignorância de todo o contributo das ciências biológicas e psicossociais. Para atuar em consonância com os pressupostos da atenção primária, é essencial considerar e interrogar-se sobre tudo o que vai influenciar o futuro da pessoa e da sociedade, já que a saúde das pessoas está ligada às condições de vida que estas encontram e encontrarão.

Por conta disso, alerta a autora, para os cuidados de enfermagem na atenção primária não se manterem no arcaísmo, os enfermeiros precisam rever a orientação que embasa a sua prática nesse âmbito, de modo a alcançar uma abordagem ampla e os meios apropriados para melhor intervir no processo saúde-doença-cuidado. Isso se deve, principalmente, ao seguinte fato: para cuidar da pessoa humana em sua plenitude, e não somente focar no seu problema de saúde, é necessário considerá-la como membro de uma família e de uma coletividade. Eis o problema: este é um fato que precisa ser valorizado socialmente.

Para elucidar esta afirmação, cita-se o estudo realizado por Ermel e Fracolli (2006) em unidades de Saúde da Família da cidade de Marília/SP, cujo objetivo foi caracterizar o processo de trabalho da enfermeira no PSF, identificando o objeto, a finalidade, os meios e instrumentos do mesmo. Com a realização do estudo, verificou-se que o objeto de trabalho das enfermeiras era o corpo individual, tendo como finalidade a intervenção nos perfis de desgaste dos grupos sociais, distanciando-se da dimensão social da saúde e adotando uma postura prescritiva e focada na doença.

Essas autoras chamaram atenção para o seguinte aspecto: nas visitas domiciliares e nas consultas de enfermagem a família era abordada como alguém que podia contribuir para a terapêutica, não buscando identificar a dinâmica familiar e discutir as mudanças na vida da família, face ao problema de saúde de um dos seus membros. Além disso, nas consultas de enfermagem “[...] as enfermeiras costumam transferir para o indivíduo a *culpa* por não executar o tratamento adequadamente, sendo que o social e o econômico não são discutidos enquanto determinantes do processo saúde-doença dessa família” (ERMEL e FRACOLLI, 2006, p.537).

Outros resultados da investigação foram: as enfermeiras operam o seu processo de trabalho mediante a utilização de instrumentos tradicionais da saúde pública, tais como a consulta de enfermagem e a visita domiciliária e, no exercício da sua prática no PSF, elas reiteram a lógica da prática clínica, individual e curativa, tomando como referência a teoria da multicausalidade do processo saúde-doença.

Apesar desses achados corresponderem a uma determinada realidade, observa-se que eles ainda são constatados no processo de trabalho do enfermeiro na atenção primária. Em face disso, é necessário suscitar mudanças na prática do enfermeiro na APS, de modo a superar práticas individualistas e focadas na hegemonia biomédica, com foco na doença, e produzir uma práxis pautada no desenvolvimento da saúde e que corresponda a essência da profissão: o cuidado. Para isso, é urgente e necessário resgatar a verdadeira essência da prática do enfermeiro na saúde pública e, mais especificamente, na atenção primária à saúde.

De acordo com Collière (1999), os cuidados profissionais de enfermagem na atenção primária têm como objetivo central controlar os principais problemas de saúde da comunidade, desenvolvendo ações de prevenção, de cuidados curativos, de readaptação e de promoção da saúde. Esses cuidados, reforça a autora, têm uma dimensão social e uma dimensão de desenvolvimento de pessoas e dos grupos.

Ermel e Fracolli (2006) complementam que o trabalho do enfermeiro na atenção primária constitui-se no monitoramento das condições de saúde, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento e monitoramento de problemas de saúde, sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (e, portanto, pautados no saber da clínica); e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa, no sentido dialógico e emancipatório, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos.

Destaca-se que a natureza do trabalho em enfermagem na atenção primária dependerá da forma como a sua prática é concebida: como uma prática normativa, desenvolvendo ações sistemáticas de controle e educação sanitária, ou como uma prática que desenvolve interesse em compreender os principais problemas de saúde das pessoas, a partir das suas condições de vida (COLLIÈRE, 1999); ou seja, uma prática pautada no desenvolvimento da saúde. A segunda perspectiva mostra-se crucial para que enfermeiros promovam a saúde na atenção primária.

Ao discorrer sobre os elementos inerentes à prática do enfermeiro na atenção primária à luz da promoção da saúde, Collière (2003) afirma que os cuidados de enfermagem nessa perspectiva têm por objetivo desenvolver a capacidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade para identificar as suas necessidades de saúde e participar, conjuntamente, na busca por soluções para elas, tendo em vista as possibilidades ao seu alcance.



Os cuidados de enfermagem, sob a ótica da promoção da saúde, “[...] exigem conhecimento das necessidades de saúde, a partir da descoberta das pessoas e do seu meio de vida, estabelecendo um laço entre a manifestação da necessidade e do problema de saúde e as condições de vida como a habitação, o trabalho, o transporte” (COLLIÈRE, 1999, p.172).

Nesse ínterim, os enfermeiros para promoverem a saúde na atenção primária devem participar ativamente de tudo o que podem contribuir para desenvolver o potencial de vida das pessoas, considerando que elas estão inseridas em uma rede familiar e social (COLLIÈRE, 2003). Quando há doença ou limitação, os cuidados de enfermagem devem estimular o que resta de potencial de vida, de autonomia, de modo a explorar tecnologias de compensação que visem recuperar uma autonomia parcial ou total (COLLIÈRE, 1999).

Essa orientação, baseada em tudo o que existe ou tudo o que resta de capacidades para enfrentar os problemas de saúde, difere radicalmente da perspectiva que se centra unicamente na doença, para prevenir e/ou tratar (COLLIÈRE, 2003). A prática do enfermeiro centrada no desenvolvimento da saúde possibilita a utilização de tecnologias simples, que podem ser compreendidas e utilizadas pelas pessoas, bem como as tecnologias apropriadas, que se adaptam às necessidades e recursos das pessoas, contrapondo-se à utilização de tecnologias pesadas (COLLIÈRE, 1999), as quais geram um alto valor econômico para o sistema de saúde e para a sociedade.

A autora reforça que para atuar nessa perspectiva é essencial: procurar tudo o que pode ser desenvolvido; suscitar e estimular o desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e sociais, com vistas a fortalecer o que existe ou o que resta de autonomia; discernir sobre o que deve ser compensado; além de estimular e libertar as capacidades potenciais.

Sendo assim, essa perspectiva ampliada dos cuidados de enfermagem em saúde pública caracteriza-se, essencialmente, pelos seguintes aspectos: parte de uma visão global da situação; considera a pessoa e a família como detentoras dos elementos fundamentais que regem a situação; é questionadora, buscando conhecer e identificar as necessidades e os problemas de saúde, levando em consideração as capacidades e os recursos existentes (COLLIÈRE, 2003).

Observa-se, destarte, que os cuidados de enfermagem desenvolvidos na perspectiva da promoção da saúde se aproximam dos pressupostos da atenção primária e se apresentam como elemento fundamental para subsidiar a prática da promoção global da saúde na APS. Esse fato se deve, principalmente, à proximidade do cuidado de enfermagem com a promoção da vida,

devendo os enfermeiros vislumbrar esse potencial inerente à profissão e projetar uma prática consoante com o cuidado. Isso nos faz pensar que o tratamento de doenças não deve ser hegemônico na atuação do enfermeiro, já que historicamente, este é um constructo inerente à prática médica.

A prática da enfermagem, pautada na doença e no procedimento técnico, corrobora a manutenção de uma prática subsidiária à medicina e distante da sua própria essência. Essa é uma contradição que ainda persiste na Enfermagem, sendo crucial que os enfermeiros assumam o seu núcleo de competência e responsabilidade que caracteriza a profissão: o cuidado.

O cuidado, conforme discutimos, é um modo-de-ser do humano, cuja ação gera zelo, atenção, inquietação, preocupação, movimento, construção, responsabilidade. Estes são elementos essenciais para se promover a saúde, o que nos leva à seguinte constatação: sem o cuidado é inviável promover a saúde. O cuidado, como essência e um modo-de-ser da enfermagem, justifica o papel crucial da profissão para se promover a saúde na atenção primária.

A promoção da saúde, nesse contexto, emerge como um campo aberto de possibilidades para a atuação do enfermeiro no campo da atenção primária, rompendo com a hegemonia da doença nas ações de saúde e possibilitando uma prática de enfermagem transformadora e pautada no cuidado. Além disso, a promoção da saúde, no campo da atenção primária, possibilita aos enfermeiros (COLLIÈRE, 1999):

- apreender a relatividade da saúde e compreender a doença como resultado de um conjunto de fenômenos sociais;
- uma valorização indiscutível da prática de enfermagem, dado que esta intervém sobre os fatores que incidem no processo saúde-doença-cuidado;
- a reinserção dos cuidados no tecido social e econômico da vida cotidiana, procurando resolver as dificuldades e as preocupações que se apresentam às famílias, antes que se tornem grandes problemas;
- ampliar o campo de conhecimentos dos enfermeiros, já que promover a saúde implica em se aproximar à infinidade de fenômenos da vida, integrando novos saberes na prática de cuidados;

- a retomada de um valor de troca, em que o pessoal de enfermagem é um agente motor do desenvolvimento dos cuidados, deixando às famílias a sua iniciativa, estimulando-as e ajudando-as a reencontrar a sua capacidade de se tratar;
- desenvolver ideologias ligadas aos cuidados de manutenção da vida e revitalizando as tecnologias de reparação, bem como limitando a sua utilização ao que é apropriado à natureza da agressão da doença ou à limitação da pessoa tratada;
- o estímulo à criatividade e à invenção, tanto das pessoas que recebem os cuidados como do pessoal que os presta, fazendo com que cada um se sentindo implicado/responsável por fazer sua parte no processo saúde-doença;
- a quebra da pseudo-neutralidade da ação do tratar, tornando usuários e enfermeiros conscientes daquilo que orienta o projeto de cuidado;
- visibilidade social dos cuidados profissionais de enfermagem, já que esta abordagem interessa diretamente aos utilizadores dos cuidados e às famílias, que descobrem a contribuição do enfermeiro na manutenção da saúde e atribuindo, assim, ao trabalho de enfermagem, um valor social.

Após essas considerações, é importante sinalizar que as mudanças impelidas pela prática da promoção da saúde é um processo lento, que envolve o embate político e ideológico contra a hegemonia do paradigma biomédico no setor saúde e na sociedade. Entretanto, diversos movimentos na saúde têm apontado a necessidade de uma nova forma de conceber e fazer a saúde, em face da complexidade de resolução dos problemas de saúde na contemporaneidade e do esgotamento dos modelos de atenção à saúde, pautados na doença, que mais respondem aos anseios do modo de produção capitalista e provocam danos aos sistemas de saúde e às pessoas, do que realmente produz saúde.

Se nós, profissionais da saúde, nos colocamos como integrantes do setor saúde, e não da doença, precisamos romper com a hegemonia de um modelo centrado na doença e resgatar o cuidado em nossas ações, de modo a intervir na doença, mas produzir saúde em larga escala. Ou seja, precisamos cuidar no sentido de agir em prol da vida; precisamos promover a saúde, afinal, cuidar é promover a saúde e promover a saúde é cuidar!

## 5 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Inicialmente, a busca realizada nas três bases de dados evidenciou um número considerável de produções, conforme explicitado na tabela 1.

**Tabela 1.** Produção científica identificada nas bases de dados, relacionada ao tema em questão. Salvador, 2010.

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>n</b>	<b>PRODUÇÕES EM TEXTO COMPLETO</b>	<b>%</b>
MEDLINE	1829	94	5,1
LILACS	314	129	41
SciELO	36	36	100
<b>Total</b>	<b>2179</b>	<b>259</b>	<b>-</b>

Dentre a produção disponível em texto completo identificaram-se cento e quarenta e nove (149) artigos em português, cem (100) em inglês, oito (8) em espanhol e dois (2) em francês. Deste total e excluindo as repetições, selecionaram-se dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão no estudo, perfazendo um percentual de 4%.

O baixo percentual de artigos demonstra que, apesar da promoção da saúde ser bastante enunciada por enfermeiros que atuam na atenção primária, a produção científica da temática em questão, no Brasil, ainda é emergente e pouco explorada no campo da enfermagem. Essa constatação é reforçada quando se considera o período de publicação dos artigos (tabela 2).

**Tabela 2.** Produção científica, segundo período em que foi publicada. Salvador, 2010.

<b>ANO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
2000	2	20
2001	1	10
2002	-	-
2003	-	-
2004	2	20
2005	-	-
2006	-	-
2007	2	20
2008	-	-
2009	3	30
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Apesar da promoção da saúde e da atenção primária serem discutidas há mais de trinta anos no âmbito internacional, Lira et al (2009) salientam que, no Brasil, as discussões sobre a promoção da saúde ainda se encontra em difusão, o que pode justificar a pouca produção encontrada nesse estudo.

Sendo assim, com vistas à socialização do conhecimento e ao fortalecimento das ações no campo da promoção da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza a necessidade de articular ações intersetoriais e entre as esferas de governo para a difusão de experiências exitosas e de processos avaliativos nesse campo (BRASIL, 2006b). Isso corrobora a importância de enfermeiros produzirem conhecimento sobre a prática da promoção da saúde na atenção primária.

Quanto aos periódicos onde os artigos foram publicados, a tabela 3 evidencia que os periódicos diretamente relacionados à área de Enfermagem concentraram 80% da produção.

**Tabela 3.** Produção científica, segundo periódico em que foi publicada. Salvador, 2010.

<b>PERIÓDICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Revista da Escola de Enfermagem da USP	2	20
Revista Enfermagem UERJ	2	20
Revista Gaúcha de Enfermagem	2	20
Cogitare Enfermagem	1	10
Revista Brasileira de Enfermagem	1	10
Cadernos de Saúde Pública	1	10
Interface- Comunicação, Saúde, Educação	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Com relação às abordagens dos estudos, prevaleceram os relatos de experiência (50%), seguidos pelos estudos empíricos (30%), por uma revisão bibliográfica (10%) e por um estudo teórico de reflexão (10%). A análise dos objetivos dos artigos evidenciou um fato que merece ser discutido: 80% da produção (oito artigos) versou sobre a prática do enfermeiro na educação em saúde.

Conceitualmente, a educação em saúde pode ser compreendida como um campo de práticas que ocorrem no âmbito das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de

saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (L'ABBATE, 1994). Alves (2005) complementa que a educação em saúde pode ser entendida, também, como uma estratégia por meio da qual o conhecimento científico produzido no campo da saúde, intermediado por profissionais de saúde, atinge o cotidiano das pessoas.

Seguindo esse caminho, Brasil (2009b) destaca que a educação em saúde favorece o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e potencializa o exercício da cidadania através do controle social sobre as políticas e serviços de saúde, contribuindo assim para a gestão social da saúde.

Historicamente, a ideologia e a prática da educação em saúde estão vinculadas aos interesses do Estado e às relações de poder entre as classes sociais. É importante compreender, destarte, que a educação em saúde tem, enquanto uma prática social, propósitos ideológicos, políticos e econômicos (ALVES, 2005). Para elucidar esta afirmação, essa autora destaca que na segunda metade do século XIX as precárias condições de vida e saúde da grande massa de trabalhadores europeus, oriundas das conseqüências do processo de industrialização, configuraram uma ameaça aos interesses das classes dominantes. Esta situação provocou uma reação do Estado no sentido de disciplinar as classes populares, através da difusão de regras de higiene e de condutas morais.

Desta maneira, “mediante um discurso higienista e moralista, o Estado exerceria sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas” (ALVES, 2005, 44). Destaca-se que este discurso estava em conformidade com os interesses das classes dominantes do Estado, objetivando o controle social das classes sociais menos favorecidas.

No Brasil, a difusão da ideologia da educação em saúde iniciou-se no século XIX, sob a influência da moralidade e disciplinarização higiênica. Do final do século XIX para início do século XX observa-se que, em virtude da necessidade de controlar as epidemias de doenças infecto-contagiosas que assolavam a população, como a varíola, a febre amarela e a tuberculose, as práticas de educação em saúde eram voltadas para as classes menos favorecidas, caracterizando-se pelo autoritarismo e a imposição de normas e medidas de saneamento (ALVES, 2005).

Estas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença-cuidado à dimensão individual e desprezava as

implicações políticas e sociais nas condições de vida e de saúde da população. Assim, concebia-se que os problemas de saúde da população eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos, sendo que a mudança de atitudes e comportamentos garantiria a resolução dos problemas de saúde. Esse discurso foi predominante no campo da educação em saúde e ainda hoje pode ser encontrado como orientador das práticas educativas (ALVES, 2005).

A partir da década de 1940 esse modelo, estritamente culpabilizante, começou a ser criticado, verificando-se algumas transformações nesse campo. Contudo, observa-se que foi com a emergência do movimento da Educação Popular em Saúde, na década de 1970, que se conformou uma nova maneira de conceber a prática da educação em saúde.

Com isso, pode-se dizer que, atualmente, a educação em saúde é agrupada em dois modelos: o modelo tradicional e o modelo dialógico (SOUZA et al, 2005b). A educação em saúde tradicional, também chamada de preventiva, é historicamente hegemônica, tendo como foco a doença e a intervenção curativa, e como embasamento teórico-prático o referencial biologicista do processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Baseado nos pressupostos da antiga saúde pública, o modelo tradicional da educação em saúde objetiva prevenir enfermidades e mudar comportamentos desfavoráveis à saúde. Seu enfoque é individual e normativo, baseando-se na ideologia comportamentalista, onde o indivíduo é o único responsável pelas suas condições de saúde e, assim, ignorando os fatores socioculturais e econômicos (SOUZA et al, 2005b).

Nesse modelo, privilegiam-se as informações verticalizadas, que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde; os usuários são vistos como pessoas carentes de informação; a relação estabelecida entre profissionais e usuários é assimétrica, dado que os profissionais detêm um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser informado; e a relação profissional-usuário é marcada pelo caráter estritamente informativo, no qual o primeiro assume uma postura paternalista, explicitando hábitos e comportamentos saudáveis (ALVES, 2005).

O modelo dialógico da educação em saúde, também conhecido como emergente, considera as raízes dos problemas de saúde e assume como objetivo geral promover a saúde. Para o alcance desse objetivo, pressupõe-se a promoção de reflexões e a conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, visando desenvolver planos de transformação da realidade (SOUZA et al, 2005b).

Os pressupostos desse modelo são baseados nos constructos do pedagogo Paulo Freire, o qual destaca a importância do desenvolvimento da consciência crítica das pessoas. Essa perspectiva auxilia tanto na análise coletiva dos problemas vivenciados pelos indivíduos como na busca de soluções conjuntas para a mudança da realidade (SOUZA et al, 2005b). Alves (2005) complementa que esse modelo pode ser referido como o modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial, onde o sujeito é reconhecido como portador de um saber, que embora diferente do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar os saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos e da coletividade no cuidado com a saúde, não mais pela imposição de um saber técnico-científico restrito ao profissional de saúde, mas pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A prática da educação em saúde, assim, mostra-se emancipatória e sensível às necessidades de saúde dos usuários (ALVES, 2005).

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005, p.48).

Em face dessas considerações, destaca-se que 40% dos artigos que abordaram a educação em saúde enfatizaram-na como uma ferramenta para aconselhar, informar e mudar comportamentos e hábitos de vida, visando prevenir riscos à saúde. Dentre esses, dois artigos descreveram a educação em saúde com grupos de adolescentes, com vistas a mudar comportamentos e aconselhar o grupo sobre temas de interesse dos profissionais de saúde. Um destes a considerou como estratégia para prevenir riscos à saúde de um grupo de tabagistas; e outro a restringiu às orientações sobre a prática do aleitamento materno.

Salienta-se que o trabalho de grupo voltado para a difusão de informações e aconselhamentos, objetivando mudanças de comportamentos, é importante para a prevenção



de riscos e agravos à saúde. Contudo, conforme destaca Souza et al (2005), os profissionais de saúde que fornecem informações em saúde a indivíduos ou a grupos tendem a acreditar que os sujeitos possam e devam seguir as orientações recebidas, ignorando as crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos.

Sendo assim, a educação em saúde não pode ser concebida como um modo de levar à comunidade as compreensões e soluções corretas dos profissionais conhecedores das ciências, de maneira que as pessoas modifiquem os seus comportamentos considerados prejudiciais à saúde. É preciso compreender que a falta de higiene e o não seguimento de muitas recomendações profissionais, por exemplo, ocorre por causas muito mais complexas do que a falta de conhecimento e/ou a falta de motivação pessoal (VASCONCELOS, 1997), como o contexto socioeconômico e cultural onde o indivíduo está imerso.

Desenvolver trabalho de grupo na comunidade se constitui numa importante estratégia para o desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e de suas condições de vida e saúde, o que possibilita o compartilhamento de conhecimentos que advém das experiências, além de potencializar processos coletivos para organizar e concretizar ações de mudança (SOUZA et al, 2005b). Desta maneira, a educação em saúde deve ser realizada de modo que as pessoas possam identificar as causas primordiais de seus problemas, para poderem encontrar as soluções, a partir do diálogo/troca de saberes entre os profissionais de saúde e a própria comunidade (VASCONCELOS, 1997).

Contrapondo-se à perspectiva tradicional da educação em saúde abordada pelos quatro artigos anteriores, observou-se que os demais artigos sobre educação em saúde pautaram-se no modelo dialógico, evidenciando a preocupação em ampliar a abordagem do trabalho de grupo e a atuação do enfermeiro nesse âmbito. Foi consenso nos artigos que as práticas educativas devem ir além de uma perspectiva preventiva, ampliando-se para uma práxis construtiva pautada no desenvolvimento da cidadania e do diálogo.

Um elemento comum a esses artigos foi a concepção de educação em saúde como uma estratégia que pode promover o vínculo e a horizontalização das relações entre profissionais e usuários, além de se constituir numa ferramenta essencial para a troca de saberes entre os sujeitos, com vistas a romper a hegemonia do conhecimento técnico-científico nessa relação; estimular a participação popular e aumentar autonomia dos sujeitos para que estes possam responsabilizar-se, conjuntamente, pela busca de soluções para os problemas individuais e coletivos e de novos meios para caminhar a vida.

Esses achados corroboram que no cotidiano dos serviços de saúde há uma sobreposição das abordagens tradicional e dialógica da educação em saúde, provavelmente por conta da complexidade do modelo emergente e da dificuldade de se colocar em prática os seus pressupostos inovadores (SOUZA et al, 2005b).

Essas dificuldades podem ser pensadas sob dois argumentos: o primeiro se refere à hegemonia do paradigma biomédico nas ações de saúde, as quais são desenvolvidas sob a ótica biologicista, por profissionais desmotivados e em tempo insuficiente; o segundo argumento refere-se à medicalização da saúde, fato que atribui ao profissional da área a responsabilidade por atuar sobre o infindável número de doenças e problemas clínicos que surgem (VASCONCELOS, 1997), o que restringe a concepção de saúde à ausência de enfermidades.

Outros achados oriundos da análise desses artigos referem-se às evidências da preocupação com a construção de novas práticas sanitárias, contrárias à abordagem puramente preventivista e biologicista, convergindo para um modo ampliado de intervir no processo saúde-doença-cuidado e para a construção de práticas transformadoras e coletivas. Além disso, dois estudos reconheceram o enfermeiro como um agente capaz de atuar pela melhoria das condições de vida e saúde da população, cuja profissão oferece subsídios essenciais para a construção de práticas em saúde pautadas no modelo não tradicional da educação em saúde e na promoção da saúde.

Em um dos artigos chamou atenção, no relato dos autores, a preocupação dos mesmos em conhecer as condições de vida e saúde das pessoas pertencentes ao grupo que eles estavam trabalhando. Isso pode ser percebido no momento em que eles buscaram conhecer as relações sociais e os recursos disponíveis dos sujeitos, durante as visitas domiciliares, para a proposição de intervenções contextualizadas com a realidade das pessoas. Além disso, no transcorrer do relato, os autores reforçaram a necessidade de problematizar a realidade e explorar melhor os espaços tradicionais de atuação do enfermeiro, como as visitas domiciliares e as consultas ambulatoriais de enfermagem, que na perspectiva deles, reveste-se por um caráter assistencial, educativo e dialógico.

Depreende-se com essas considerações que o modelo dialógico da educação em saúde oferece diversos subsídios para a prática do enfermeiro na promoção da saúde. Entretanto, dentre os oito artigos que versaram sobre a educação em saúde, apenas um a reconheceu como uma estratégia a ser utilizada para o alcance da promoção da saúde. Os demais artigos

apenas citam a promoção da saúde, como se a educação em saúde e a promoção da saúde fossem sinônimas.

Com isso, para procurar elementos que contribuíssem na compreensão da concepção de promoção da saúde que estava norteando os estudos, foi necessário analisar o referencial teórico que embasou os artigos. Nesse processo, observou-se que apenas um artigo utilizou os conceitos da promoção da saúde, limitando-se a defini-la sem estabelecer um limite entre ambas. Esse aspecto demonstra que a promoção da saúde ainda é confundida com a prática da educação em saúde, persistindo uma concepção limitada e atrelada às práticas de saúde desenvolvidas no interior dos serviços de saúde.

Para elucidar essa discussão, destaca-se a consideração de Candeias (1997, p.210):

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades [...] voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio.

Ou seja, a educação em saúde se constitui numa estratégia que contribui para o alcance da promoção da saúde. Nesse sentido, é importante compreender que as ações concernentes à promoção da saúde são mais amplas que as ações de educação em saúde, dado que seus objetivos se afastam das pressões cotidianas do aqui e agora dos programas de saúde pública, buscando a participação de outros sujeitos cuja atuação se dá fora do espaço tradicional onde os programas são implementados (CANDEIAS, 1997).

Nesse ínterim, as ações de educação em saúde, em sua perspectiva dialógica, procuram desencadear mudanças no comportamento individual, enquanto que as ações de promoção da saúde, embora comumente incluam a educação em saúde em seu campo de ação, visa provocar mudanças no âmbito organizacional, capazes de beneficiar as condições de vida e saúde das camadas mais amplas da população (CANDEIAS, 1997).

Essa discussão reporta aos dois outros artigos incluídos no estudo. Um deles reitera a importância de se articular ações intersetoriais às práticas desenvolvidas por enfermeiros nas

USF, como forma de responder adequadamente às complexas necessidades de saúde da população e como uma ferramenta à promoção da saúde. Nesse estudo, ao analisar as concepções de enfermeiros sobre a intersetorialidade, concluiu-se que não há uma compreensão correta do que seria esta intersetorialidade, a qual é confundida com interdisciplinaridade. Esse fato faz com que seja necessário alavancar discussões sobre este tema.

Um outro artigo, ao analisar as práticas do enfermeiro na atenção primária, concluiu que as intervenções do enfermeiro nesse âmbito continuam centradas nas consultas ambulatoriais, com pequena ênfase às atividades coletivas e de promoção da saúde. Nesse sentido, Nascimento e Nascimento (2005, p.334) destacam que

Ao longo do tempo, a prática da enfermeira tem se constituído na organização do processo de trabalho de enfermagem no modelo clínico de atenção, tendo como objeto de trabalho a cura dos corpos individuais por meio do cuidado, com processo semelhante ao trabalho do médico, pautado no modelo liberal privatista. Este materializa-se em distintas formas de organização do trabalho que vão desde o consultório ao ambulatório, cujo ápice da hierarquização tecnológica é o hospital.

Com base nas evidências pontuadas, depreende-se que a promoção da saúde ainda é pouco evidente na prática do enfermeiro no campo da atenção primária. Nota-se que a indissociabilidade, ainda hegemônica, entre a promoção da saúde e a educação em saúde corrobora a persistência de uma compreensão limitada acerca da ideologia e, conseqüentemente, da práxis da promoção da saúde.

Não se pode deixar de destacar que os profissionais de saúde, e dentre eles os enfermeiros, são desafiados a todo o momento em sua prática cotidiana nos serviços de atenção primária. Isso acontece, principalmente, devido aos inúmeros problemas da gestão do sistema, da medicalização da saúde, da hegemonia do paradigma biomédico na sociedade e, especialmente, pela falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde quanto à amplitude da sua prática.

Destarte, considerando que a promoção da saúde é capaz de responder aos complexos problemas de saúde inerentes a atenção à saúde da população, é crucial nesse momento que os

enfermeiros da atenção primária comecem a pensar na promoção da saúde como um campo de práxis capaz de transformar a realidade social e a própria prática da enfermagem.

É fundamental também avançar no debate sobre essa temática no interior da enfermagem, pois a partir das evidências aqui pontuadas, foi possível perceber que este é um tema pouco discutido e explorado pelos membros da profissão. Isso nos leva a considerar que, se quisermos projetar os cuidados de enfermagem na sociedade, é preciso pensar na promoção da saúde como um campo aberto de possibilidades para a profissão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao analisar a produção científica nacional sobre a promoção da saúde na prática do enfermeiro no campo da atenção primária, identificou que a promoção da saúde é pouco revelada na prática de enfermeiros que atuam no contexto da atenção primária à saúde. O baixo percentual (4%) de artigos incluídos no estudo sinaliza que a produção de conhecimento sobre a promoção da saúde na atenção primária, pela enfermagem brasileira, é incipiente e pouco explorada.

Com relação às práticas do enfermeiro na promoção da saúde, verificou-se que estas ainda são confundidas com as práticas preventivas e de educação em saúde. Como consequência, persiste-se uma indiferenciação e desconhecimento da ideologia e da prática de promoção da saúde no âmbito da atenção primária. Esta constatação contrapõe-se à essência dos movimentos da promoção da saúde e da atenção primária.

Isto posto, é importante compreender que a promoção e a prevenção são enfoques complementares no processo saúde-doença-cuidado, sendo que suas abordagens e objetivos são distintos. A concepção que norteia as ações de promoção da saúde estrutura-se em torno da complexidade da saúde e da vida; já a concepção das ações preventivas tem como norte a doença e os mecanismos para combatê-la. Com relação à educação em saúde, é preciso compreendê-la como uma estratégia que possibilita o alcance da promoção da saúde.

No que concerne ao movimento da promoção da saúde, depreende-se que suas proposições são essenciais para responder às inúmeras e complexas necessidades de saúde da população. Através do seu arcabouço teórico, que em essência propõe a atuação sobre os macrodeterminantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, identificou-se que a promoção da saúde se constitui, também, num imperativo ético que, em conjunto com as premissas da atenção primária, possibilita o resgate de valores essenciais para a construção de novas relações sociais pautadas no respeito, na ética, na solidariedade, e no cuidado.

A atenção primária à saúde revelou-se como uma proposta, e ao mesmo tempo como uma práxis política e social capaz de estruturar os sistemas nacionais de saúde, conduzir o processo de trabalho dos profissionais desse sistema e possibilitar o alcance de níveis aceitáveis de saúde. Sendo assim, devido as suas particularidades, a atenção primária é um lugar privilegiado para elencar ações de promoção da saúde em sua dimensão abrangente.

A partir da evolução histórica do cuidado nas práticas de saúde e na enfermagem foi possível identificar que, na contemporaneidade, a prática do enfermeiro focada na doença e na cura já não encontra sustentação. A enfermagem, enquanto campo profissional que busca adotar o cuidado como núcleo estruturante, não deve construir o seu fazer pautado na doença e no tratamento, pois isso contribui para a manutenção de uma prática subsidiária à prática médica e para a hegemonia do paradigma biomédico nas ações de saúde.

Observou-se que a contradição entre a racionalidade da prática técnico-científica e a complexidade do cuidado humano produziu, ao longo do tempo, uma crise de legitimidade das formas de organização do cuidado. Com efeito, o setor saúde enfrenta atualmente um dos maiores desafios dentre os períodos históricos pontuados, dado que a própria sociedade tem questionado o significado e o sentido das suas ações.

Isso leva a questionar onde os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, querem chegar, dado que a evidência dos limites da racionalidade biomédica, acentuadas pela hiper-tecnicidade e impessoalidade do cuidado em saúde, já não são tão recentes. Os resultados desta crise, para além dos seus efeitos negativos, têm produzido diversos movimentos contra-hegemônicos que construíram/constroem novos paradigmas sanitários, com destaque para a atenção primária e a promoção da saúde.

Sendo assim, promover a saúde no âmbito da atenção primária possibilita à enfermagem um campo aberto de oportunidades, inclusive para construir uma prática transformadora e valorizada socialmente. Infelizmente ainda impera nesse contexto uma prática vinculada ao modelo normativo e preventivista, o que contribui para o afastamento do enfermeiro dos pressupostos da promoção da saúde e da atenção primária.

Em contrapartida, mesmo com as inúmeras dificuldades inerentes à gestão do sistema, à atenção a saúde da população e à conformação da organização social em que se vive, existem profissionais preocupados em fazer diferente, isto é, em transformar a sua prática numa práxis social e política, de modo a atuar *na* e *com* a sociedade. Esse fato demonstra que, apesar das mudanças ainda incipientes em face da complexidade dos problemas da sociedade, é necessário acreditar e lutar por um mundo melhor e por um cuidado em saúde que considere a pessoa em suas dimensões sociais.

Para a enfermagem, a promoção da saúde constitui-se num desafio a ser enfrentando como forma de resgatar o valor dos cuidados de enfermagem e a beleza da arte do cuidar. Se nós, enfermeiros e enfermeiras, quisermos projetar a Enfermagem na sociedade, de modo a

obter o devido reconhecimento social das nossas ações, a promoção da saúde se constitui num subsídio fundamental para sairmos da postura de neutralidade que ainda reveste os cuidados de enfermagem, rumo a um projeto de sociedade que contemple e valorize os cuidados de enfermagem e a profissão engajada nas transformações da sociedade. O desafio está posto!

Não se pretende com este estudo atingir objetivos conclusivos. A discussão aqui realizada e os achados oriundos da aproximação entre a promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária fornecem subsídios para estudos posteriores sobre as diversas nuances dessa temática. Reitera-se como necessário construir novas investigações sobre a temática, com vistas a fomentar essa discussão e produzir mudanças ideológicas e práticas no interior do setor saúde e na Enfermagem.



## REFÊRENCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BOGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y.M.C (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, p.783-836.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, M. M. A; ASSIS, A.A; CERQUEIRA, A. M. ATENÇÃO PRIMÁRIA E O DIREITO À SAÚDE: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p.297-303, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.F.; CASTILHO, CERRI, GG; CHAO LUNG WEN, CL (org.). **Clínica Médica**. v.1. São Paulo, Manole, 2009a, p. 437-455.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009b.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M.C.R.; CUNHA, M.S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 1007-1028, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf). Acesso em: 01/12/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em:

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria\\_687\\_30\\_03\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf). Acesso em: 01/12/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>. Acessado em: 05 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, 2009b (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 14ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, p.15-38.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 20-38, 2006.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-13, 1997.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CARVALHO, A.I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.4-5, 2008.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p.214-7, 2005.

COLLIÈRE, M-F. **Promover a vida**. 3ª edição. Lisboa (PT): Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COLLIÈRE, M-F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª edição. Loures (PT), Lusociência, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Coleção progestores- para entender a gestão do SUS, v.8, 2007.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, v.94, n.11, 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/pdf/0941864.pdf> > Acesso: 01/07/2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Cap. 2, p. 39-54.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Pan-americana de Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D'Andrea. (Organizadoras). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ; 2007, v. 4, p. 43-67.

FERNANDEZ, J.C.A; ANDRADE, E.A; PELICIONI, M.C.F; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da Saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 1, p.153-164, 2008.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009, v. 14, n. 3, p.743-752. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esc/v14n3/10.pdf> . Acesso em: 01/12/2009.

GEOVANINI, T. O desenvolvimento histórico das práticas de saúde. In: GEOVANINI, T; MOREIRA, A; SHOELLER, S.D; MACHADO, W.C.A. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. Cap 1, p.5-28.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2006a.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-81, 2006b.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C *et al.*(organizadores). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 16, p.575-626.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, 2008, suplemento 1.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Parte 1. Petrópolis (RJ): Vozes, 1995.

HEIDMANN, I.T.S.B *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p. 352-358, 2006.

HEIMANN, L.S; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T.; GERSCHMANN, S.(org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.481-502.

KANTORSKI, L.P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde -algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, 1997.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 481-490, 1994.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LIMA, M.J. **O que é enfermagem**. 3ª edição. São Paulo: Brasiliense, 2005.

LIMA, M.S; SOARES, B.G.O; BACALTCHUK, J. Psiquiatria baseada em evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n.3, p.142-6, 2000.

LIRA, S.V.G.; BEZERRA, M.P.B.; FROTA, M.A.; VALDÉS, M.T.M.; VIEIRA, L.J.E.S.; SILVA, R. M. Produção científica sobre promoção da saúde nos cursos de pós-graduação brasileiros. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.3, p. 437-445, 2009.

LOPES, A.L.M; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.771-8, 2008.

MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MELO, C.M.M. Divisão social do trabalho e Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.

NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V. (org). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p.28-42.

NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.333-345, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> . Acesso: 05 de dezembro de 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> . Acesso: 05 de dezembro de 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington, 2008.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C *et al.*(organizadores). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 15, p.547-574.

RICHARDSON, R.J.; PERES, J.A.S.; WANDERLEY, J.C.V; CORREIA, L.M.; PERES, M.H.M. **Pesquisa Social:métodos e técnicas**. 3a. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (organizadores). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. P. 17-36.

SAMPAIO, R.F; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. Fisioter*, 2007, vol. 11, nº 1, p. 83-89.

SANDELOWSKI, M; BARROSO, J. Focus on research methods: toward a metasynthesis of qualitative findings on motherwood in HIV-positive women. *Res. Nurs. Health*, v.26, n.2, p.153-70, 2003.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.29-41, 2007.

SÍCOLI, J.L; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.7, n. 12, p.101-22, 2003.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; HORTA, N.C.; PRADO, P.M.C. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S; PRADO, M.L. O cuidado em enfermagem-uma aproximação teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.2, p.266-70, 2005a.

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS NA COMUNIDADE: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n. 2, p.147-53, 2005b.

SOUZA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUTHERLAND, R.W; FULTON, M.J. Health promotion. In: SUTHERLAND, R.W; FULTON, M.J. **Health Care in Canada**. Ottawa: CPHA, 1992, p.161-181.

TESTA, M. Qual ciência? In: TESTA, M. **Pensar em saúde**. Tradução: Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 30-9.

TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Tradução: Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 160-173.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1997.

VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, London, n. 36, p. 398-402, 1986.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR, M.; CARVALHO, Y.M.C (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2009. p.635-667.