

# PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

• reflexões críticas à luz  
da promoção de saúde •

*Michel Perreault\**, *Érica Rios\*\**, *Livia Vieira Lisboa\*\*\**, *Bianca Macêdo Alencar\*\*\*\**, *Sílvia Passos\*\*\*\*\**,  
*Ana Francisca Ferreira\*\*\*\*\**, *Tânia Baraúna Teixeira\*\*\*\*\**, *Filipe Ferreira de Almeida Rego\*\*\*\*\**,  
*Kátia Nunes Sá\*\*\*\*\**

Autor para correspondência: Filipe Ferreira de Almeida Rego - filipefar@hotmail.com

\* Sociólogo, PhD. Professor da Universidade Católica do Salvador e Professor da Université de Montreal

\*\* Advogada. Mestra em Políticas Públicas e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador

\*\*\* Advogada. Mestranda do Programa de Família e Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica do Salvador

\*\*\*\* Fisioterapeuta. Mestra em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

\*\*\*\*\* Pedagoga. Candidata ao Curso de Mestrado do Programa de Família e Sociedade Contemporânea

\*\*\*\*\* Fisioterapeuta. PhD, Universidade Salvador

\*\*\*\*\* Enfermeira, PhD. Professora da Universidade Católica do Salvador

\*\*\*\*\* Doutor em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa pela Fundação Oswaldo Cruz e coordenador de Biomedicina e Professor Colaborador do Programa de Planejamento Ambiental da Universidade Católica do Salvador

\*\*\*\*\* Fisioterapeuta, PhD. Professora da Universidade Católica do Salvador

## Resumo

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído há 20 anos no Brasil e exige reflexões atualizadas para seu aperfeiçoamento. Tendo se inspirado no modelo canadense, o PSF brasileiro se propõe a ser uma estratégia de enfrentamento dos riscos de agravos e condições de saúde contemporâneas baseada no modelo de abordagem biopsicossocial. Entretanto, a compreensão dos conceitos sobre comunidade, família, gênero e etnicidade precisam ser aprofundados para melhores resultados das estratégias utilizadas pelas equipes de saúde e pelos agentes comunitários. O objetivo desta análise documental foi comparar o SUS com o sistema de saúde canadense, discutindo possíveis causas dos determinantes sociais de saúde que persistem no Brasil dentro dos PSFs. Para isso, se confrontou os achados de programas nacionais e de programas canadenses, com a literatura científica no tema. Os resultados demonstram que o PSF brasileiro precisa de reestruturação para que haja uma verdadeira promoção da saúde. Dentre as principais necessidades, destacam-se um novo papel para os agentes comunitários de saúde, melhores condições e ampliação das equipes profissionais de saúde e reorganização do sistema quanto ao papel das mulheres e dos homens e dos diferentes grupos étnicos.

*Palavras chave:* Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

# FAMILY HEALTH PROGRAM IN BRAZIL

• *critical reflexions regarding health promotion* •

## Abstract

The Family Health Program (FHP) started 20 years ago in Brazil and it requires to be reflected upon for updates and improvements. The Brazilian FHP was inspired on the Canadian health policy, and aims to be a strategy to decrease the risks of injuries and contemporary health conditions based on the bio psychosocial model approach. However, the concepts of community, family, gender and ethnicity must be regarded and understood for better results of the strategies employed by health teams and community agents. The purpose of this documental analysis was to compare the Brazilian system (SUS) with the Canadian System to understand causes and social determinants of health. For this, we have confronted the findings of the Brazilian and Canadian programs, with the scientific literature on the subject. The results demonstrate that the Brazilian FHP needs a restructuring process to achieve the full concept of health promotion. Among the main requirements, it is highlighted a new role for community health workers, better conditions and increase of professional health care teams and system reorganization regarding the roles played by women, men and different ethnic groups.

*Keywords:* Family Health Strategy; Primary Health Care; Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, implantado desde 1988, ao longo de sua existência vem vivenciando mudanças e inovações em relação à gestão, organização e financiamento de seus serviços, buscando responder aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social, preconizadas pela Constituição brasileira. Nessa conjuntura, destaca-se a implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito do nível primário de atendimento.<sup>(1)</sup>

Com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e consolidação do SUS, elegendo como foco de atenção a assistência primária de saúde e estabelecimento de laços de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1996 pelo Ministério da Saúde.<sup>(2)</sup> O principal propósito era o de organizar uma nova prática de atenção à saúde, seguindo o modelo biopsicossocial re-

comendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que fosse capaz de promover uma melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro.<sup>(3)</sup>

Segundo seus postulados de ação, a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento. A estratégia adotada propõe a reorganização do atendimento primário para ações de promoção de saúde, prevenção de riscos de agravos, resolutividade na assistência, recuperação e cuidados paliativos. Em tese, o PSF representa a superação do modelo pautado em medicina curativa e da visão fragmentada do ser humano na direção de uma compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva e, deste modo, busca o resgate da prática generalista, a contextualização e compreensão dos processos de saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade local, comunitária e familiar.<sup>(2)</sup>

Na prática, após 20 anos de sua implantação, reflexões críticas se fazem necessárias para seu aperfeiçoamento. Os resultados alcançados possuem alguns ganhos indiscutíveis para a população mais carente no país, porém alguns problemas básicos precisam de maior atenção. Experiências exitosas no Canadá relacionadas à instituição dos agentes comunitários e de equipes multiprofissionais em territórios delimitados serviram de modelo para a estruturação do PSF no país.<sup>(2)</sup> A alta resolutividade e o baixo custo do modelo exterior, aliados às recomendações da OMS, fundamentaram a construção de postos de saúde dentro das comunidades e a contratação da equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.<sup>(4)</sup>

A ausência de outros profissionais de saúde integrando a equipe representa um dos problemas fundamentais, especialmente no que envolve a recuperação nas doenças crônicas e degenerativas. O papel do agente comunitário de saúde também necessita de mais clareza. Os programas específicos do Ministério da Saúde para o PSF expressam interesses sociopolíticos e prioridades que merecem reflexões. O conceito sobre comunidade, família, gênero e etnicidade; o conhecimento dos direitos e cidadania em saúde; precisam ser aprofundados para aperfeiçoamento do PSF. Além disso, a insuficiência de postos e equipes para atender a toda a população (conforme o princípio da universalidade do SUS) contribui para a frustração dos assistidos e principalmente dos desassistidos.<sup>(5)</sup>

A adoção de parte do modelo e não de sua totalidade e em um contexto sociocultural muito diferente geraram algumas frustrações para todos os envolvidos. Estas frustrações se expressam por uma sensação por parte das famílias “assistidas” como um sistema ineficiente; por parte dos agentes comunitários, como se fossem “auxiliares de enfermagem mal pagos”; e por parte dos profissionais que não possuem infraestrutura para prestar a “assistência adequada”. Nesse contexto, enfatiza-se que o exercício da cidadania requer melhores condições de trabalho e de salários, reconhecimen-

to pelas suas contribuições à comunidade e redirecionamento em alguns planos de ações. A formação continuada dos profissionais e da população e o acesso aos conhecimentos científicos e tecnológicos atualizados precisam ocorrer sistematicamente, uma vez que a saúde é a pedra fundamental do desenvolvimento sustentável.<sup>(3)</sup> Ademais, faz-se necessário um aprofundamento dos estudos sobre as políticas públicas de saúde no que diz respeito aos determinantes sociais da saúde que assegurem estrutura e processos sustentáveis.

Reflexões sobre os programas implantados pelo ministério da saúde e pelos conselhos para as estratégias de saúde da família acerca da promoção de saúde podem ajudar a identificar as lacunas a serem preenchidas de modo prioritário. É possível que, ao se comparar o que vem sendo realizado no Brasil com o que acontece no Canadá, que inspirou a implantação da ESF no país, se desvende as causas dos problemas que dificultam o êxito do programa nacional. O objetivo do presente estudo é o de comparar o SUS com o sistema de saúde canadense, discutindo possíveis causas de alguns problemas que atingem o programa de saúde da família brasileiro na perspectiva da promoção da saúde.

## MÉTODOS

Esta revisão documental foi realizada por uma busca ativa e exploratória de documentos indicados pelo Ministério da Saúde do Brasil e do Canadá. Foram analisados os projetos, os resultados e as limitações dos programas de saúde da família. Os dados foram comparados e as diferenças confrontadas com bases teóricas no tema. Para a coleta de dados na internet foram utilizados os descritores “Ministério da Saúde”, “Vigilância em Saúde”, “Situação de Saúde”, “Indicadores de Doenças”, “Promoção da Saúde”, “Programa de Saúde da Família” no site do Ministério da Saúde do Brasil.<sup>3</sup> Para a obtenção dos dados do Canadá foram utilizados os correlatos em língua inglesa: “Ministry of Health”, “Health Surveillance”, “Health Situation”, “Disea-

<sup>3</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/promocao\\_saude/](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/promocao_saude/)

se Indicators” e Health Promotion” na página do Ministério da Saúde.<sup>b</sup> Para a busca da literatura que serviu para o confronto de ideias com os dados dos ministérios, foram utilizadas as palavras chave “saúde da família”, “promoção da saúde”, “equipe de assistência ao paciente” e “avaliação da eficácia-efetividade de intervenções”; e seus correlatos em inglês “*family health*”, “*health promotion*”, “*patient care team*” e “*evaluation of the efficacy-effectiveness of intervention*”. As buscas dos artigos foram feitas nos sites Pubmed, Scielo e Repositórios Institucionais (Banco de Teses, Dissertações e Trabalhos de Conclusão de Curso), sem delimitação de tempo ou idioma. As palavras foram intermediadas pelo operador *booleano* “AND”.

Como critérios de inclusão dos artigos científicos, adotou-se documentos que se propunham a avaliar os resultados dos programas e ações nas estratégias de saúde da família no Canadá e no Brasil. Inicialmente, excluíram-se os materiais que apresentaram duplicidade. Para a inclusão dos documentos e dos artigos, empregaram-se os seguintes critérios: presença de dados originais sobre ações e resultados de impacto, com metodologia claramente definida e textos disponíveis na íntegra.

As buscas foram feitas pelos membros da equipe de pesquisa de modo independente. Uma análise de conteúdos foi realizada sobre o material para o estabelecimento das categorias e do modelo teórico apresentado na delimitação das causas e das possíveis soluções para o aperfeiçoamento da promoção da saúde dentro da estratégia de saúde da família no Brasil.

Para a sessão Comunidade, não foram encontrados resultados satisfatórios com a metodologia previamente definida para avaliar o PSF. Após problematização da metodologia optou-se por examinar a presença dos serviços de atenção básica à saúde a partir da própria comunidade, o que direcionou a busca na biblioteca virtual portal de periódicos CAPES para o objetivo de acessar publicações que oferecessem dados atualizados para a avaliação do PSF de acordo com a percepção dos

<sup>b</sup> <http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/index-eng.php>

usuários. A busca foi realizada com as palavras chave Percepção, PSF e Saúde da Família.

Vale ressaltar que o trabalho foi iniciado de modo individualizado pelo Professor Michel Perrault, em que na véspera de seu inesperado falecimento enviou para o grupo de pesquisa suas reflexões sobre o tema para que juntos escrevêssemos um artigo. Um grupo de docentes e discentes resolveram assumir a tarefa de dar continuidade ao trabalho, ampliar e divulgar as reflexões por ele iniciadas para o desenvolvimento das ciências no tema da promoção de saúde. Acreditamos que todo grande professor, como era o Professor Michel, gostaria de ser lembrado por estar na busca do conhecimento transformador para a sociedade contemporânea.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SUS E DO MEDICARE

A atenção básica se propõe a substituir o modelo intervencionista curativo para estratégias de promoção que envolvem principalmente saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, imunização e informação em saúde.

O princípio da descentralização serve de guia para a gestão, orientando a responsabilidade de todos os entes federativos. Por sua vez, o princípio da integralidade significa que as ações de saúde pública devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para prevenção e a cura. Os serviços devem atender ao indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O ser humano é um ser social, cidadão que biológica, psicológica, social e espiritualmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças.<sup>(5)</sup> Este princípio caminha lado a lado com o da universalidade, que visa garantir o acesso de todas as pessoas ao cuidado da saúde, sem distinção de gênero, etnia, idade, classe social ou qualquer outra natureza.

Nesse sentido, a boa saúde de todos os indivíduos é vista como determinante social da saúde de toda a sociedade.

Já o princípio da equidade, muitas vezes chamado de princípio da isonomia pela legislação, doutrina e jurisprudência, pode ser entendido como o segundo princípio da justiça de John Rawls,<sup>(6)</sup> que afirma que “desigualdades sociais e econômicas deveriam ser dispostas de forma a garantir o maior benefício para os membros mais vulnerabilizados (ou possuidores de menos vantagens) da sociedade”.<sup>(5)</sup>

Por fim, mas não menos importante, o princípio da participação popular decorre do caráter de urgência democrática da constituição de 1988, até pelo momento histórico em que foi escrita (saída da ditadura militar, redemocratização). Buscou-se garantir

que não só na Carta Magna, mas em toda a legislação a partir dali, preceitos e mecanismos democráticos fossem inseridos expressamente, de forma a não deixar nenhuma lacuna para novos governos autoritários.

As diferenças do Brasil e Canadá são evidenciadas no quadro 1. As informações disponíveis para o conhecimento da população em geral são didaticamente opostas. Enquanto o Medicare (Canadá) apresenta todas as informações no site do Ministério da Saúde de forma transparente e acessível para todos os níveis educacionais, o SUS (Brasil) apresenta todos os dados em formato de leis, com linguagem pouco compreensível para a população geral.

BRASIL	CANADÁ
Sistema Único de Saúde	Medicare
<b>Cobertura</b>	
Universal (art. 7º, Lei 8.080/90 e art. 196, CF/88).	Universal
<b>Financiamento</b>	
<p>“Recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (art. 198, §1º, CF);</p> <p>“A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.” (art. 5º, LC 141/12), não podendo ser inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (art. 198, §2º, I); Estados: 12% da arrecadação, nos termos da Lei (art. 6º, LC 141/12); Municípios: 15% da arrecadação, nos termos da Lei (art. 7º, LC 141/12); Distrito Federal: 12% ou 15% da arrecadação, nos termos da Lei (art. 6º, 7º e 8º, LC 141/12).</p>	<p>Uma contribuição financeira é feita pelo Canadá para cada província em cada ano fiscal.</p> <p>A assistência de saúde no Canadá é financiada nos níveis provincial e federal. O financiamento é provido por impostos pessoais e corporativos. Fundos adicionais de outras fontes como taxas de vendas e loteria também são utilizadas por algumas províncias.</p>

<b>Gestão</b>	
Administração Pública, com possibilidade de participação privada de forma complementar (art. 199, §1º, CF)	Administração Pública
<b>Princípios</b>	
<p>SUS (1990) - Administração Pública de subfinanciamento. Art. 7º, Lei 8.080/90:</p> <p>I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;</p> <p>II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</p> <p>III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;</p> <p>IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;</p> <p>V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;</p> <p>VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;</p> <p>VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;</p> <p>VIII - participação da comunidade;</p> <p>IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:</p> <p>a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;</p> <p>b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;</p> <p>X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;</p> <p>XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;</p> <p>XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e</p> <p>XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.”</p>	<p>Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6) Administração Pública</p> <p>Toda a administração da saúde deve ser executada por autoridades públicas sem fins lucrativos. Eles devem prestar contas à província e seus registros e contabilidade estão sujeitos a auditoria.</p> <p style="text-align: center;">(Comprehensiveness)</p> <p>Todos os serviços de saúde devem ser garantidos, incluindo hospitais, médicos e cirurgiões dentistas.</p> <p style="text-align: center;">Universalidade</p> <p>Todo o residente da província assegurado tem direito ao mesmo nível de assistência à saúde.</p> <p style="text-align: center;">Portabilidade</p> <p>Um residente que se muda para outra província ainda tem direito a cobertura da sua província de origem por um período mínimo de espera. Isto também se aplica a pessoas saindo do país.</p> <p style="text-align: center;">Acessibilidade</p> <p>Todas as pessoas asseguradas tem acesso razoável às instalações de assistência a saúde. Além disso, todos os médicos, hospitais, etc., devem ser compensados razoavelmente pelos serviços prestados.</p>

<b>Diretrizes</b>	
<p>“Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade.” (art. 198, CF)</p>	<p>É declarado que o objetivo primário da política de assistência a saúde do Canadá é de proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá, e de facilitar acesso razoável a serviços de saúde sem barreira financeira ou de outro tipo.</p>
<b>Objetivos</b>	
<p>“Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (art. 5º, I, Lei 8.080/90); “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (art. 2º, §1º, Lei 8.080/90); “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (art. 5º, III, Lei 8.080/90).</p>	<p>O objetivo do Canada Health Act é de estabelecer critérios e condições relacionadas aos serviços de saúde assegurados e aos serviços de saúde complementares proporcionados sob a lei provincial, que devem ser cumpridos antes que uma contribuição financeira plena seja feita.</p>

**Quadro 1** - Comparativo entre Brasil e Canadá das informações disponíveis à população

Observa-se que o Medicare oferece cobertura universal de fato, incluindo a saúde bucal, enquanto que o SUS apresenta muitas limitações para uma cobertura universal. Embora haja previsão de cobertura odontológica, por exemplo, poucos serviços são oferecidos mesmo nas grandes cidades. Já em relação à cobertura de medicamentos para as doenças crônicas degenerativas, o Medicare e o SUS são equivalentes.

No Brasil, limitações orçamentárias da máquina pública ocorrem especialmente por problemas de gestão, desvio de verbas destinadas à saúde e desvalorização dos profissionais expressas nos salários que não atraem técnicos competentes para o serviço público e geram alta rotatividade. No Canadá, observa-se alto nível de satisfação dos profissionais da saúde com remuneração justa e gestão competente que se expressam na eficiência dos serviços em todos os níveis de atenção. No Brasil, faltam leitos nas emergências, as filas para atendimento são absurdas, faltam insumos básicos e in-

fraestrutura compatível. Os brasileiros que utilizam o SUS ainda peregrinam longamente para conseguir assistência e alguns eventualmente morrem antes de alcançar atendimento.

A cobertura no Canadá não garante somente o cuidado dentro do território nacional. Mesmo canadenses em viagens ao exterior possuem cobertura universal, o que não acontece no Brasil. No nosso país a cobertura de serviços é heterogênea e ocorre regionalização dos serviços. A justificativa é dada pela dimensão geográfica do país. Entretanto, o Canadá ocupa 42% do continente norte-americano, sendo o segundo maior país do mundo, ficando apenas atrás da Rússia. Por que o Canadá consegue oferecer cobertura universal em um território tão maior e com condições climáticas tão piores do que em nosso país? Outra justificativa é de que a população brasileira, apesar de ocupar um território menor, é seis vezes maior que a do Canadá. Entretanto, a desigualdade social brasileira é muito superior do que no país norte-americano. A parcela

mais rica da população ocupa os cargos públicos e decide a alocação dos recursos, mas não vivencia a condição da parcela mais pobre porque paga planos de saúde privados.

No Canadá existem 30.000 médicos na atenção primária, sendo um médico para cada 1.000 habitantes. O país investe 100 bilhões de dólares por ano em saúde. Proporcionalmente, o canadense gasta 3.300 dólares por ano para a saúde. No Brasil, apesar de estes dados não estarem fielmente disponíveis, o destino do orçamento nacional para a saúde ainda teria a capacidade de oferecer uma cobertura insuficiente, mas digna. Porém, os desvios de verba, a corrupção e as manobras político partidárias ainda sangram este orçamento reduzindo a capacidade de um cuidado efetivo para o povo brasileiro.

## COMUNIDADE

A abordagem de saúde comunitária já inclui, tanto teórica quanto empiricamente, todos os espaços sociais. Os conceitos de promoção da saúde são completamente ligados às múltiplas concepções de que é ou pode ser uma comunidade. Os agentes comunitários de saúde são ótimos para agir na promoção da saúde, mas infelizmente parecem estar presos ao modelo biomédico. Fundamentos na sociologia e antropologia podem contribuir com a operacionalização do papel do agente comunitário.

Comunidade pode ser definida como um território geográfico delimitado onde os seres humanos partilham um certo conjunto de valores e mantêm um certo número de relações e interações sociais.<sup>(7)</sup> Uma comunidade é, portanto, uma entidade relativamente estruturada, tendo uma vida e um dinamismo que lhe são próprios, onde as pessoas compartilham uma mesma cultura e são geralmente conscientes de pertencer a esta entidade. Isto é muito diferente de um “agregado” estatístico. A abordagem social convida a considerar a totalidade de uma comunidade, a estudar os reagrupamentos naturais que não concordam sempre com os recortes “estatísticos”. As percepções da popu-

lação devem ser mais relevantes do que as ideias dos profissionais.

O caminho para a transformação social preconizado pela OMS inclui a introdução de percepções da população no planejamento e nos programas propostos. Também exige avaliação da satisfação da comunidade com as ações praticadas e uma formação continuada dos agentes e da equipe de saúde. O movimento deve ter sua origem no social. As equipes devem se abrir para ouvir o que vem das comunidades e não tentar impor o que entendem a partir do modelo biomédico. Os agentes devem ser muito mais animadores sociais e organizadores comunitários.

As teorias de “sociedade de massa”, de solidariedade da paróquia e de sentimento de pertencimento local não são mais aplicáveis às sociedades contemporâneas. As associações são hoje baseadas em ocupação, classe socioeconômica e interesses políticos. A base para associação na sociedade é o individualismo racional que advém de profundas mudanças da sociedade feudal para o mercado capitalista, ou seja, da agricultura para a industrialização.

## Percepção dos Usuários

A avaliação dos serviços de atenção básica à saúde a partir dos seus usuários implica em olhar para e considerar a comunidade que é atendida pelo PSF. Os resultados dos estudos examinados nesta revisão bibliográfica corroboram que na população brasileira as mulheres ocupam a função de cuidadoras da saúde de suas famílias e também se dedicam mais que os homens a cuidar da própria saúde.<sup>(8-10)</sup> Tal confirmação foi possível a partir da observação de amostras da população atendidas por unidades básicas de saúde em cidades localizadas em diferentes regiões do Brasil. O modo como as amostras foram compostas, se por representantes das famílias para assuntos de saúde,<sup>(8)</sup> ou compostas por usuários em geral<sup>(9,10)</sup> não alterou a observação. Tais achados corroboram com a noção discutida por Lyra et al<sup>(11)</sup> de que, no contexto

familiar, a mulher assumia a função de cuidadora e que tal atitude seja socialmente esperada. Acrescenta-se o fato de que essas mulheres, atendidas por unidades de saúde pertencentes ao PSF e/ou representantes de seus familiares também atendidos pelo mesmo sistema, não são meros agentes passivos de ações de saúde. A população sofre a ação do programa de saúde da família, mas simultaneamente, o observa e constrói sobre ele uma opinião.

Uma das funções atribuídas à atenção básica à saúde é a de funcionar como porta de entrada do cidadão ao sistema assistencial. Em outras palavras, o atendimento ofertado pelo PSF deve garantir que o cidadão tenha acesso aos cuidados de. Com relação à percepção dos usuários acerca do acesso aos serviços de saúde, Corrêa et al.<sup>(12)</sup> observaram que nem sempre a unidade de atenção básica cumpre a função de ser porta de entrada do sistema de saúde para os moradores da comunidade onde está situada. De acordo com o relato de usuários de serviços prestados em Unidades de Saúde da Família, essa função é cumprida apenas em parte dos casos.

O principal fator observado de facilitação do acesso da população ao atendimento de saúde é a proximidade física da Unidade Básica de Saúde (UBS) com a comunidade.<sup>(12)</sup> Um exemplo é o caso de monitoramento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica primária (HAS), que é bastante facilitado pelo suporte oferecido pela equipe PSF, culminando em maior adesão ao tratamento e melhor satisfação dos pacientes com a assistência.<sup>(10)</sup> A experiência observada por Lucas<sup>(10)</sup> culminou ainda em maior compreensão dos pacientes sobre a doença e conseqüentemente, menor número de erros no tratamento. Outro fator positivo é a facilitação do acesso dos pacientes à medicação que passou a ser distribuída pelo próprio posto de saúde da família e a facilitação ao atendimento médico.<sup>(8,10)</sup>

Entretanto, a ausência de profissionais que deveriam compor a equipe básica multiprofissional prejudica o acesso da população ao atendimento

em saúde. Na unidade estudada por Corrêa et al.<sup>(12)</sup> houve relato da frequente ausência do médico, o que obrigava os indivíduos a procurarem assistência em outra unidade. Situação semelhante foi observada por Uchoa et al.<sup>(13)</sup> em unidades de saúde da família de dois municípios de Rio Grande do Norte, onde o médico e o dentista foram dois profissionais apontados como frequentemente ausentes nas unidades pesquisadas. Embora o motivo de tal ausência seja diverso entre os casos citados.

A unidade de saúde da família estudada por Corrêa et al.<sup>(12)</sup> era localizada na cidade de Cuiabá – Mato Grosso. A comunidade entrevistada referiu a frequente ausência do médico na UBS, embora não tenha ficado esclarecido o motivo de tal ausência. De modo diverso, apesar de a amostra entrevistada por Uchoa et al.<sup>(13)</sup> reconhecer as melhorias após implantação da Estratégia Básica de Saúde (EBS), as entrevistadas referem que essas melhorias poderiam ser ainda maiores se houvesse assiduidade e permanência da equipe multiprofissional. Nesses períodos de desassistência, a população é obrigada a recorrer ao atendimento hospitalar se houver qualquer necessidade. Outra colocação é a necessidade de melhor infraestrutura no que diz respeito aos espaços físicos do posto e aos equipamentos necessários para atendimento adequado da população. Entretanto, Uchoa et al.<sup>(13)</sup> ponderam que muitas dessas aparentes falhas no serviço de saúde são justificadas por características próprias da localidade assistida. Os autores esclarecem que as ausências periódicas dos profissionais de saúde se justificam pela amplitude da região coberta pela equipe, uma vez que se trata de zona rural. Dessa maneira a equipe regula deslocamentos periódicos para regiões afastadas da sede da UBS e por esse motivo, acontecem atendimentos fora da estrutura física do posto de saúde e simultaneamente, algumas áreas ficam regular e temporariamente descobertas.

O acesso à saúde também fica prejudicado quando a integralidade entre os diversos níveis de complexidade do SUS não se efetiva. Observa-se que há limitação quando se trata de encaminhar

o paciente a outros especialistas que não estejam presentes na equipe do PSF. Consequentemente, a resolutividade do problema de saúde do cidadão fica comprometida. Os relatos coletados por Corrêa et al<sup>(12)</sup> demonstraram que existe uma tentativa da UBS em encaminhar os pacientes para níveis de atendimentos mais complexos quando isso se faz necessário. Entretanto, esses encaminhamentos ficam comprometidos por limitações das unidades de assistência secundária e terciárias, o que explica a demora na marcação de consultas com especialistas ou exames. Desse modo, o paciente pode ficar sem a assistência necessária ou ainda, procurar outras portas de entrada no sistema de saúde por iniciativa própria, o que seria função da unidade básica. A ausência do profissional na UBS ou ausência de estrutura adequada,<sup>(13)</sup> também levam o indivíduo a procurar outra unidade de atenção básica, ou até mesmo uma unidade de assistência de nível secundário. Nesses casos, a UBS não consegue cumprir sua função de ser porta de entrada do cidadão no SUS. A uma só vez, o acesso à saúde, a integralidade dos níveis de assistência e a capacidade de resolução dos problemas de saúde da população, três princípios do SUS, ficam parcialmente descumpridos.<sup>(12)</sup>

Relativo ao princípio da integralidade, esse não se refere somente aos diversos níveis de complexidade do SUS, mas também diz respeito ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços para promoção, prevenção e tratamento, individual e coletivo, exigidos para cada caso.<sup>(14)</sup> Ou seja, deve haver integralidade do cuidado ao cidadão e à comunidade. Para que isso se efetive, o indivíduo deve ser acolhido e ouvido com atenção e humanidade para que suas necessidades sejam identificadas para posterior resolução ou encaminhamento.<sup>(12)</sup> O acolhimento deve, portanto, ter especial atenção da equipe de saúde.<sup>(12)</sup> Nos relatos analisados por Uchoa et al,<sup>(13)</sup> o Acolhimento prestado por toda a equipe da unidade básica de saúde foi considerado pela amostra entrevistada como satisfatório e humanizado. Quanto ao acolhimento à comunidade realizado no posto de saúde da família estudado por Corrêa et al<sup>(12)</sup> observou-se, através da análise

das entrevistas, que a prática do acolhimento era realizada apenas por parte da equipe.

Além de acolher o paciente, se faz necessário manter um vínculo com ele, a fim de que o monitoramento da saúde do indivíduo e da comunidade seja feito. Da mesma forma, se favorece o sucesso das intervenções feitas pela equipe multiprofissional. Observa-se que as famílias e a equipe de saúde mantêm forte vinculação através dos agentes comunitários que, através das visitas domiciliares regulares, são os principais responsáveis pela manutenção dos laços.<sup>(12,13)</sup> Uchoa et al<sup>(13)</sup> também observaram que é ao agente comunitário a quem a população recorria inicialmente para posterior encaminhamento ao médico. Esse ou a enfermeira, só realizavam as visitas domiciliares quando era identificada uma necessidade específica. Tais visitas também eram agendadas pelo agente de saúde.<sup>(12,13)</sup>

Com relação à gestão do SUS, a Participação da Comunidade é uma Diretriz do mesmo.<sup>(14)</sup> Para isso, é necessário que o cidadão conheça e compreenda o sistema de saúde, que possa opinar sobre a gestão e que sua opinião seja ouvida e considerada nos momentos de decisão sobre a gestão. Entretanto, Uchoa et al<sup>(13)</sup> perceberam que apenas uma minoria dos entrevistados tinha boa noção sobre o Programa de Saúde da Família. A falta de conhecimento da maioria dos entrevistados com relação ao PSF foi julgada como preocupante pelos autores da pesquisa. Isto porque Uchoa et al<sup>(13)</sup> consideram que a conscientização da população é fundamental para a construção de melhores condições de saúde. Os pesquisadores observaram a ausência de Participação da população nas decisões de gestão da unidade de saúde, bem como ausência de qualquer estratégia de controle social. Uchoa et al<sup>(13)</sup> consideraram que desse modo a efetivação do SUS fica prejudicada, pois o trabalho da equipe de assistência básica perde sua referência, ou seja, o controle social.

Entretanto, apesar das limitações observadas, a população reconhece as melhorias promovidas pela UBS na saúde da população com relação ao acom-

panhamento de condições clínicas, bem como em relação à distribuição de medicamentos e acesso ao atendimento médico.<sup>(13)</sup> A percepção da comunidade em relação às necessidades da própria comunidade, bem como em relação à atuação da equipe de saúde da família, está fortemente ligada à questões biomédicas e assistenciais.<sup>(10,12,13)</sup> Observa-se que as comunidades estudadas têm uma concepção de saúde fortemente biomédica e centrada na doença, o que reflete a atuação da equipe de saúde.<sup>(12,13)</sup> Mesmo as visitas domiciliares eram baseadas no modelo biomédico de monitorização e controle da condição de saúde-doença, sem considerar os aspectos sociais ou ambientais desse processo. De modo semelhante, mesmo as ações de promoção de saúde restringiram a palestras.<sup>(13)</sup> Uchoa et al<sup>(13)</sup> sugerem que ações multidisciplinares e intersetoriais também devam ser realizadas, com o objetivo de desenvolver melhor condições de enfrentamento das condições adversas individuais e coletivas. Enquanto Lucas et al<sup>(10)</sup> consideram que cultura, grau de instrução e condição socioeconômica devem ser consideradas pela equipe de saúde, pois interferem fortemente na condição de saúde do indivíduo, nas ações de prevenção e promoção de saúde e na adesão ao tratamento oferecido.<sup>(10)</sup>

## Direito e Cidadania

O sistema mundial de nações-estados se firma em interesses individuais baseados na afirmação dos direitos à cidadania que incluem direitos políticos e econômicos cada vez mais amplos. Neste contexto, inclui-se o direito à educação, à saúde e à moradia como direitos fundamentais humanos. Estes direitos envolvem os agrupamentos coletivos principalmente no âmbito da família como microestrutura social, e no âmbito das relações interpessoais de poder que envolvem principalmente questões de gênero e etnicidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 como um sistema público, de caráter universal. Foi criado com base na concepção do direito à saúde

como direito de cidadania, sendo de implantação obrigatória pelas três esferas federativas – União, Estados e Municípios. Suas diretrizes organizativas, conforme expostas na própria Constituição, nas leis 8.080/90 e 8.142/90, são de descentralização com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento e igualdade da assistência; universalidade do acesso aos serviços de saúde; e participação da comunidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, bem como o artigo 196 da nossa Carta Magna prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. As cartas e declarações mundiais de promoção da saúde reafirmam a necessidade de investimentos mais efetivos em saúde, uma vez que esta é a pedra angular para o desenvolvimento sustentável de todos os países.<sup>(3,15)</sup>

Não se pode falar de exercício de direitos em um Estado democrático sem falar também de cidadania. O exercício livre e pleno dos direitos, dentro do convívio harmonioso em sociedade, com efetividade dos direitos humanos, inclusive o de participação nas decisões da sua comunidade, constituem o núcleo essencial da cidadania plena. Para melhor entender isto, retomemos o conceito de cidadania de Thomas Marshall,<sup>(16)</sup> que a divide em três elementos. O primeiro é a cidadania jurídica, relacionada à garantia de direitos fundamentais à população. É a que primeiro se conquista ou obtém, no processo de formação de um Estado e de uma sociedade. Além dela, existe a cidadania política, fortemente vinculada à participação eleitoral (direito de votar e ser votado, de acompanhar campanhas eleitorais, mandatos legislativos e executivos após o pleito). Nos países que se intitulam democráticos, esse elemento da cidadania está presente para toda ou quase toda a população adulta. Por fim, e mais raramente encontrada, a cidadania social,

que depende da existência de educação e consciência política para todos, participação popular efetiva e garantia dos direitos fundamentais para todos, sem discriminação ou desigualdade de distribuição de recursos.<sup>(5)</sup>

Tendo tais conceitos em vista, a ideia da descentralização do sistema e a definição do papel de cada esfera de governo na sua implementação e gestão decorrem, principalmente, de três questões: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas e desafios na área de saúde; as características do federalismo brasileiro.<sup>(1)</sup>

A responsabilidade no que diz respeito à gestão e ao financiamento do SUS é compartilhada pelos três entes federativos, cabendo aos Municípios, entretanto, lidar com os aspectos mais práticos e diretos do sistema, tais como contratação e pagamento dos profissionais de saúde, criação e manutenção de Postos de Saúde da Família (PSF), programa estudado neste artigo.

Outro aspecto a ser considerado, segundo a OMS, é a atenção com os determinantes sociais da saúde que devem constituir a maior meta de todos os governos.<sup>(3)</sup> A partir das lutas concretas das comunidades contra a pobreza e a discriminação, a organização comunitária demonstrou a necessidade de recursos controlados. Comunidades urbanas, movimentos sociais e organizações formais trazem o conceito de padrões de segregação ecológica nas cidades, produzindo específicos agregados selecionados pela escolha ou pelo constrangimento em bairros mais ou menos homogêneos baseados em classe, etnicidade e composição familiar. Diferentes características sociais criam diferentes tipos de redes locais abertas e fechadas.

A qualidade e a quantidade de recursos que uma organização local pode dispor vem da habilidade de combinar suas redes com os recursos potenciais. Tanto a estrutura quanto as atividades de uma organização local, (nível de profissionalização, de formação, de cooperação ou de conflito) dependem da qualidade e quantidade de recursos que esta organização consegue mobilizar. Duas ca-

tegorias de recursos são encontradas: capital econômico e capital humano. Estes recursos tendem a se compensar e têm modos de operação distintos. Uma comunidade que tem muito capital econômico pode contratar funcionários permanentes e estruturar as atividades comunitárias com instituições formais. A que tem mais capital humano podem estruturar suas atividades por meio da mobilização dos seus membros. Não é surpreendente que as classes economicamente privilegiadas tenham maior número de redes locais de solidariedade e consigam colocar muito mais recursos institucionais que as classes menos favorecidas. Este cenário perpetua e aumenta as desigualdades sociais, a problemática da violência de gênero, aumentam a violência étnica, bem como o problema da saúde.

Sendo assim, os agentes comunitários precisam ser parte integrante da comunidade onde se insere o PSF. Precisam pertencer à comunidade onde atuam, conhecendo as condições, os conflitos, os valores e os interesses sociais presentes no território de atuação. A partir deste saber real, sua atuação pode causar maior resolutividade para os problemas a serem enfrentados.

## Família

Paralela à lacuna teórica de ausência dos aspectos sociais e culturais, apresenta-se uma questão prática imperativa, pois no âmbito dos serviços de saúde vemos que o PSF é uma das principais estratégias do SUS que, embora tenha se constituído num dos modelos mais democráticos do mundo, colocou os profissionais de saúde num espaço relacional de grande complexidade, o da família. O PSF se introduz elegendo a família como foco de suas ações numa visão mais proativa e preventiva, em que os profissionais de saúde se deslocam para dentro do ambiente dos lares, rompendo o antigo modelo hospitalocêntrico de assistência. Esse trânsito não é fácil. Para atender a família é preciso entendê-la em suas relações internas e externas com esses mesmos serviços. Nos diferentes

domínios culturais, a interação entre a família e as condições socioeconômicas desfavoráveis, determinam comportamentos peculiares em relação à saúde da família, cujo indicador mais significativo é verificar se a família tem o que comer.<sup>(17)</sup> Nesta perspectiva, o PSF, ainda que com suas falhas estruturais, precisa pautar suas práticas de saúde no cuidado das condições mais elementares de sobrevivência em cenários muito desfavoráveis.

Tendo em vista que a família constitui o micro-sistema social, o PSF tomou a família como a unidade social a ser cuidada. A dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com as famílias e entender os modelos de compreensão utilizados por elas se interpõem entre a equipe de saúde e a população. Os conflitos e atitudes discriminatórias impedem a eficácia das intervenções, especialmente porque se baseiam em valores que contrastam com a visão de mundo dos usuários e comprometem a aceitação das intervenções.<sup>(18)</sup>

Um dos pontos mais difíceis para as práticas com as famílias é a questão da dificuldade de comunicação. Enquanto que os profissionais baseiam-se em seus valores técnicos científicos, as famílias possuem visões de mundo, crenças e costumes que lhes são valiosos e muitas vezes conflitantes. Estes conflitos podem levar a um julgamento mútuo que cria uma barreira.<sup>(17)</sup>

Neste sentido, o agente comunitário surge como um intermediador que articula os saberes técnicos da equipe de saúde com os saberes empíricos e valores comunitários. É o agente comunitário, portanto, quem ajuda a mediar a comunicação entre os profissionais de saúde, muitas vezes com o olhar julgador,<sup>(17)</sup> e a família, que se encontra em uma posição de vulnerabilidade.<sup>(19)</sup> É a partir desta interação, desta mudança paradigmática do olhar sobre a família, que ocorre a “transformação social das famílias”.<sup>(19)</sup>

Outro conceito fundamental é o de rede. A rede social é extremamente útil para o entendimento da produção de cuidados da saúde na família. A família amplia o cuidado através das redes que incluem participação da vizinhança, de equipes de trabalho

e de membros das escolas. Informações sobre recursos comunitários e serviços de saúde são compartilhados pelos seus membros. Esses espaços precisam ser vistos como um todo integrado em que se discernem elementos interconectados tecidos em redes imbricadas.

Oliveira e Bastos<sup>(20)</sup> reafirmam que a mãe é o principal agente de cuidados da saúde dentro das famílias. Ainda que as mães tenham transformado seu papel nas sociedades contemporâneas, permanecem com maiores responsabilidades pela saúde da família. Porém, sua capacidade de cuidar é fortemente determinada pelos recursos disponíveis, tanto sociais como institucionais, que diferem nos diversos estratos socioeconômicos. Por isso a mãe se articula com os membros da comunidade para encontrar caminhos e ajudar membros na solução dos problemas reais enfrentados.

Mães de família inseridas em comunidades ampliam a capacidade de utilização dos recursos comunitários com impacto positivo na saúde dos seus membros. Em verdadeiras comunidades, um membro apoia o outro. Construir uma comunidade cuidadora é uma das chaves para o futuro do Brasil. Uma comunidade cuidadora pode abrir novas possibilidades também para os homens, favorecendo uma mudança da cultura patriarcal.

Neste sentido, o PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora de ações e serviços de saúde. Ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva; o PSF resgata a prática generalista, segundo a realidade local, comunitária e familiar.<sup>(21)</sup>

Porém, a reorganização das práticas de trabalho demandam princípios e atividades fundamentais, como o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e socioassistências, a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social.<sup>(22)</sup> Se faz necessário repensarmos o PSF, como uma proposta de reorientação do cui-

dado à saúde, que tenham como base conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada.

## Gênero

Outro problema a ser enfrentado dentro das famílias inseridas dentro de um contexto comunitário, é relativo ao gênero. A perspectiva de gênero se impõe quando percebemos os processos interativos que se dão entre homem e mulher, pois como destacam Lyra et al,<sup>(11)</sup> o homem é expulso e a si mesmo expulsa, do cenário do cuidado, o qual fica a cargo quase exclusivo da “mulher-mãe de família”. À ela cabe o controle do lar e o zelo por vários aspectos da vida dos outros membros. Ela é vista, e a si mesma se vê, como cuidadora, qualidade naturalizada pertencente à esfera de seu ser.

Segundo Scott,<sup>(23)</sup> gênero é um “elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”. Tendo vista que os homens sempre exerceram na sociedade um papel de autoridade sobre as mulheres, constatamos perpetuação das desigualdades estabelecidas aos gêneros masculino e feminino ao longo da história da humanidade, tanto no contexto social, cultural, político, quanto nas relações próprias do mercado de trabalho.

Para Bourdieu<sup>(24)</sup> os homens reafirmam seu “status” de poder quando a sociedade concede a eles a autoridade para exercer seu domínio supremo nas atividades produtivas. Esta transferência reafirma que o gênero masculino é moldado para exercer de forma plena o modelo patriarcal de autoridade suprema, deixando para mulher as questões relativas a afetividade. No âmbito da afetividade, a mulher é preparada para se mobilizar emocionalmente diante da doença e para cuidar instintivamente dos membros adoecidos.

Como “poder é uma rede de dispositivos ou mecanismos que nada e ninguém escapa”, através da concepção de poder estabelecemos um mecanismo de controle visando obtenção de seres humanos que tenham utilidade no contexto social e sub-

jugados a relações estabelecidas entre dominantes e dominados.<sup>(25)</sup> Através da estrutura familiar ainda vigente, a mulher se submete ao poder do homem e assume a responsabilidade exclusiva pela saúde dos membros. Porém a situação do homem não é assim tão vantajosa.

Essa rede de dispositivos em que ao poder ninguém escapa, traz a relação de poder a partir de sua microfísica,<sup>(26)</sup> ou seja, o poder se dá, ocorre, se manifesta de diversas formas desde a coação estatal para com seus administrados, até as relações interpessoais. Neste sentido, dentro das relações pessoais, essa teia composta de relações múltiplas de poder faz com que as pessoas exerçam e sejam subjugadas à ele. Nessa perspectiva que se encontra a posição masculina. Concordamos com Gomes et al<sup>(27)</sup> sobre a difícil posição masculina que apresenta uma dupla face: é fonte de privilégios e poderes e ao mesmo tempo fonte de sofrimento e alienação. Alienação que se expressa sob forma de uma ruptura, um distanciamento do homem para com seus sentimentos, afetos e potencial para o desenvolvimento de comportamentos de cuidado dos filhos como reação ao fato de que tal postura está socialmente reservada às mulheres.

De acordo com Sardenberg,<sup>(28)</sup> para que as mulheres possam atingir o empoderamento é necessário romper com os estereótipos estabelecidos pela sociedade através do desenvolvimento da autonomia, autodeterminação, da libertação das amarras da opressão de gênero. O que se pretende não é que a mulher deixe o “lugar” do cuidar, mas que compartilhe de forma igualitária esta atividade com os homens. Este processo pode permitir ao homem o exercício de seus afetos de forma mais explícita, ao tempo que promove uma descarga de responsabilidade excessiva do cuidado para a mulher. A desejada transformação dos papéis estabelecidos entre homens e mulheres deve se dar em três eixos: no campo dos direitos e instituições, no trabalho doméstico e no cuidado das crianças.<sup>(11)</sup>

Autores como Scott<sup>(29)</sup> e Schraiber<sup>(30)</sup> apontam de modo contundente que o serviço tem a mulher como sua “usuária privilegiada” em detrimento do

atendimento ao homem e que as intervenções são no geral fortemente marcadas por estereótipos de gênero.

Conquanto estejam presentes em todas as relações humanas as dimensões de antagonismo (relações de força e opressão), complementariedade e concorrência, no caso das relações de gênero estão presentes o antagonismo, a transversalidade (um funciona mesmo sem o outro), a dinâmica (podem avançar ou retroceder a depender do momento histórico) e a produção de categorização social, através da ideia do “verdadeiro homem” e da “verdadeira mulher”.<sup>(25)</sup>

Existe uma dupla face das questões de poder de gênero em relação à saúde e à cidadania, conforme analisam Gutierrez e Minayo<sup>(31)</sup> Se por um lado a mulher é a “rainha do lar”, a cuidadora por excelência, por outro tem mais dificuldades no mercado de trabalho (obtenção de postos e salários em condições de igualdade aos homens) e espera-se que seja submissa e emotiva. Já quanto aos homens, por um lado, têm privilégios e poderes na sociedade, pelo seu papel historicamente construído e, por outro, sofrem com a alienação emocional, por se esperar deles que sejam “fortes”, não sucumbam a lágrimas ao ficarem doentes e não demonstrem ansiedade, medo ou nervosismo.

Assim, as relações de cuidado envolvem diretamente a discussão sobre gênero. A perpetuação da dominação masculina se dá por violência efetiva (conjugal, sexual, mortes por abortos, falta de acesso a serviços médicos, etc.); por violência simbólica (tendência a submissão, culpabilização da vítima, sensação de constante ameaça e outros mecanismos de reprodução da dominação); por meio da divisão do trabalho e das atividades de acordo com o gênero (mulheres predominam no papel de cuidadoras); e pela estrutura do espaço (público para homens, privado para mulheres). O PSF precisa assumir a responsabilidade sobre esta necessária transformação dos papéis de homens e mulheres com relação ao cuidado à saúde no âmbito familiar.

## Etnicidade

Outro aspecto que chama a atenção do PSF brasileiro é que não é um modelo universal como preconizado pela OMS, mas tornou-se uma estratégia de cuidado às populações carentes. Ao inserir postos dentro das comunidades carentes, o PSF brasileiro perpetua a segregação social e sustenta as discriminações étnicas. No Canadá, por exemplo, o posto de saúde e o NASF estão inseridos em comunidades de forma ampla e irrestrita, cuidando de todos os membros do território delimitado, independente da classe socioeconômica a que pertencem seus membros.

No Brasil, os determinantes e heterogeneidades em saúde sofrem um corte de classe socioeconômica claro, principalmente considerando-se que o acesso à saúde curativa via planos privados de saúde se restringe àqueles que por eles podem pagar. O lado preventivo, especialmente através de saneamento básico e vacinações, continua quase todo a cargo do SUS, já que não tem resultados considerados lucrativos o suficiente para despertar o interesse da iniciativa privada em larga escala.

Interseccionalmente ao corte de classe, há um corte étnico nos determinantes sociais e nas heterogeneidades em saúde. Primeiro porque devido a injustiças históricas e resquícios do longo período de escravidão brasileiro, a população negra em geral ainda é mais pobre,<sup>(32)</sup> o que por si só já explicaria muitas das dificuldades dessas pessoas em manter boa saúde, haja vista moradias com condições de saneamento básico inferiores; distância de postos de saúde, clínicas e hospitais; longas e exaustivas jornadas de trabalho com longos períodos de deslocamento em transportes públicos lotados e desconfortáveis; dificuldade de obter alimentação saudável devido aos altos custos; etc. Além disso, a herança histórica traz também o racismo como arma letal a minar a saúde física e psicológica da população negra.

Nesse sentido, dados do IPEA<sup>(33)</sup> apontam que a expectativa de vida dos homens negros é 1,73 anos menor do que a média geral devido à violência letal

(homicídios). O pesquisador Daniel Cerqueira, responsável pela pesquisa mencionada afirmou que:

Segundo o Mapa da Violência,<sup>(34)</sup> no ano de 2012 as armas de fogo vitimaram 10.632 brancos e 28.946 negros, o que representa 11,8 óbitos para cada 100 mil brancos e 28,5 para cada 100 mil negros. Dessa forma, a vitimização negra foi de 142%, nesse ano; morreram proporcionalmente e por armas de fogo 142% mais negros que brancos: duas vezes e meia mais. De acordo com esse estudo, existem estados, como Alagoas e Paraíba, onde essa seletividade racial nos homicídios por armas de fogo supera a casa de 1.000%. Em outras palavras, para cada branco vítima de arma de fogo nesses estados, morrem proporcionalmente mais de 10 negros, vítimas de homicídio intencional.

O estudo apontou, ainda, que a seletividade racial vem subindo com o passar dos anos, o que demonstra que a questão do racismo, inclusive institucionalizado, não vem melhorando no Brasil. As taxas de homicídios de brancos vêm caindo, enquanto as de negros vêm subindo.

Quando consideramos a população indígena, chama atenção o alto índice de suicídios na juventude. Enquanto nos jovens brancos o índice de suicídio é de 2,3% das mortes totais desta etnia, nos negros 0,8%, nos amarelos 0%, entre os indígenas ele sobe para 12,8% do total de óbitos da etnia.

A questão do racismo institucionalizado não diz respeito somente à polícia ou ao Poder Judiciário, mas ao próprio SUS. Dados do Ministério da Saúde (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/SVS/CGIAE) apontam que 60% das mortes maternas no Brasil ocorrem com mulheres negras. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SIM/SVS/CGIAE mostra que 74,5% das mulheres brancas declaram fazer o pré-natal, enquanto somente 55,7% das mulheres negras declaram fazer esse acompanhamento. A mesma fonte de dados informa que a diferença entre os níveis de mortalidade de crianças negras e brancas aumentou de 21% para 40% em 20 anos, corroborando o quanto afirmado anteriormente sobre a questão do racismo não estar melhorando com o passar dos anos

no Brasil – pelo contrário. Dos casos de mortalidade infantil na primeira semana de vida, 47% são negras e 36% brancas.

Os dados do Ministério da Saúde apontam para uma interseccionalidade de etnia e gênero também, além da classe social, pois somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento durante o parto, ao contrário dos 46,2% das mulheres brancas; e 62,5% das mulheres negras receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno, enquanto 77% das mulheres brancas receberam tais orientações. Uma mulher negra recebe menos tempo de atendimento médico do que uma branca.

Em novembro de 2012, o Ministério da Saúde lançou a campanha “SUS sem Racismo”, com a intenção de conscientizar a população e os profissionais de saúde a respeito da questão. Surpreendentemente, o Conselho Federal de Medicina se posicionou contra a campanha, alegando que ela continha tom racista e era acusava a classe médica de promover uma espécie de *apartheid*, favorecendo pessoas brancas no atendimento. Ora, com dados tão alarmantes e uma desigualdade inegável entre os acessos das etnias à saúde, um tal posicionamento vindo do órgão de classe dos médicos diz muito sobre o nível de institucionalização do racismo – Hannah Arendt e sua banalidade do mal nunca estiveram tão atuais.

Tal posição do Conselho Federal de Medicina é contrária à noção de cuidado nas práticas de saúde, necessárias e fundamentais para sua promoção, bem como para cidadania. Ayres,<sup>(35)</sup> em linhas gerais, conceitua cuidado nas práticas de saúde como “um conjunto de proposições cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum”.

Trazer a noção de cuidado nas práticas de saúde como um papel político e, portanto, ético, é colocar a felicidade do paciente como prática normativa nas relações de saúde (seja médico-pa-

ciente, enfermeiro-paciente; fisioterapeuta-paciente, dentre outros), ou seja, traz a perspectiva do norte que o paciente entende como saúde e quer como vivência para sua saúde. Tem uma característica, portanto, democratizada nos anseios do paciente-cidadão-sociedade.

O Conselho Federal de Medicina, nessa perspectiva; do cuidado, buscando a felicidade do paciente-cidadão-sociedade dentro das práticas de saúde foi contrária à noção não só de cuidado, mas à noção de humanização na prática de saúde,<sup>(35)</sup> pois esta traz uma ampliação terapêutica, dentro não só da relação com o paciente, mas também sua perspectiva social.

Deste modo, em resposta à entidade médica, o Ministério da Saúde alegou, também por meio de nota, que a campanha atende a uma antiga demanda do movimento negro. “As centenas de comentários preconceituosos postados nas redes sociais da pasta em resposta à ação reforçam que é necessário enfrentar esse tema”, informou.

Se faz necessária, portanto, a prática de saúde humanizada, a partir do cuidado, demonstrando a necessidade de se ter como campo norteador a felicidade do paciente, mais que tudo, sua necessidade cidadã nas práticas de saúde, pois, fora disso, eminentemente, é a banalização do mal.

## Equipe Multiprofissional de Saúde

O Programa Saúde da Família destaca-se entre as estratégias de saúde como uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde, em estratégia com o propósito de centrar a atenção na saúde, com ênfase na integralidade das ações, focado no indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde, o principal propósito do PSF é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo de forma

integral e contínua sendo o atendimento prestado, na UBS ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.<sup>(2)</sup>

As equipes de saúde da família são estruturadas através dos seguintes profissionais: no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essas equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. E na manutenção da saúde da comunidade, conforme Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde.<sup>(2)</sup> Posteriormente, foi acrescentado a Equipe de Saúde Bucal, sendo composta por odontólogo e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Outros profissionais a exemplo dos odontólogos, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Cada unidade básica de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

As equipes de saúde da família têm como base de trabalho as unidades de saúde. O atendimento é direcionado as famílias cadastradas de uma área delimitada, através do atendimento da unidade de saúde e acompanhamento domiciliar, o que favorece a aproximação e maior conhecimento da equipe profissional com a comunidade. Cada equipe do PSF atende entre 600 e 1.000 famílias, aproximadamente 3.475 pessoas em média.<sup>(4)</sup>

A ESF prevê que o profissional tenha compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano, relacionados em seu contexto pessoal, à dinâmica familiar, às suas características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.<sup>(2)</sup>

Esse novo modelo de assistência supõe envolvimento dos integrantes das equipes com a população de seu território de abrangência, para que seja criado um vínculo entre a família e a equipe, de modo que as equipes possam planejar e executar ações que tenham como objetivo resolver os problemas dos usuários.

A necessidade de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, tem demandado a incorporação de outras categorias ao PSF: educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, nutricionista e fonoaudiólogo.

As categorias que não a de médico, enfermeiro e odontólogo, não têm ainda uma proposta acordada, seja local ou nacionalmente, do que fazer na Atenção Primária de Saúde, enquanto modelo de atenção estruturante. O trabalho da equipe da saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano em atenção primária, pois ele enfoca a saúde em seu contexto pessoal, familiar e social.<sup>(36)</sup>

O processo de trabalho desses profissionais considera o indivíduo na família e comunidade como um todo integrado, onde os problemas devem ser detectados através da interação e resolvidos com a participação de todos.

O trabalho em equipe é um desafio para a equipe multiprofissional da Saúde da Família, levando a reflexão da necessidade de repensar a formação acadêmica e o preparo dos profissionais para atuação no PSF, com profissionais preparados para serem generalistas e interagirem com a comunidade.

## O papel dos Agentes Comunitários de Saúde

O papel dos agentes comunitários no Brasil foi institucionalizado em 1996 através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Porém, somente em 1999, através do decreto presidencial no. 3.189 de 4 de outubro, é que a estratégia de saúde da família e o PACS se tornaram programas de interesse público.<sup>(37)</sup> No Canadá, o PACS foi implementado entre os anos 1980 a 1990. Avaliações das transformações dos papéis dos agentes comunitários em saúde ao longo do tempo, têm sido realizadas, tanto no Canadá,<sup>(38)</sup> como no Brasil.<sup>(39)</sup>

Estas análises críticas tem demonstrado que o sucesso do PACS depende de múltiplos fatores e são aplicados à realidade e contextos próprios onde estão inseridos.

Ações orquestradas entre a iniciativa pública e privada com as lideranças das equipes multidisciplinares de saúde são essenciais para o alcance de resultados positivos. Mas também transformações sociais precisam ocorrer, de forma a fazer com que o capital social aplicado à saúde sirva às necessidades sociais, à promoção da justiça social e ao empoderamento da população e não aos interesses políticos partidários ou aos interesses econômicos capitalistas.<sup>(40)</sup>

Uma revisão sistemática evidenciou que as modalidades socioeducativas empregadas pelos ACS no Brasil tem sido muito mais impositivas do que integrativas.<sup>(39)</sup> O papel dos ACS tem se confundido com o de auxiliares de enfermagem. Existe um direcionamento maior das atividades desenvolvidas para o rastreamento de doenças, para a prevenção de riscos e agravos através de controle do calendário vacinal, das condições de higiene e saneamento das moradias, da orientação sobre pré-natal, sobre aleitamento materno, nutrição e vigilância do uso adequado de medicamentos; do que das questões propriamente relacionadas à promoção de saúde. Pouca valorização da cultura local, pouco estímulo às atividades de lazer e solidariedade, poucas modalidades onde o autor e ator das ações sejam os próprios membros da comunidade e pouca “escuta” se revelam nos resultados dos programas adotados.

O papel dos ACS deveria ressaltar o valor de cada indivíduo na comunidade e aproveitar o que emerge do contexto social. Um estudo comparativo entre o PSF no Canadá e na Jordânia demonstraram que os modelos nestes países são semelhantes em relação aos cuidados com alimentação, saúde mental, trabalho, violência e qualidade de vida. Entretanto, diferem no modo de responsabilização, na recomendação para a prática de atividade física e na

abordagem dos problemas que envolvem os relacionamentos interpessoais.<sup>(41)</sup> Condições socioculturais brasileiras com certeza apresentam diferenças significativas na adoção de medidas de promoção da saúde que precisam ser melhor identificadas.

O nível educacional do ACS brasileiro, do qual só se exige saber ler e escrever e se paga um salário mínimo, produz uma limitação no desenvolvimento das intervenções socioeducativas por eles realizadas.<sup>(37)</sup> É necessária uma condição cognitiva mínima para que os ACS possam ser capacitados para cumprir adequadamente seu papel. Outro problema que perpetua a condição pouco aderente envolve a falta de clareza do supervisor sobre a promoção da saúde no nível de atenção primário. O papel de supervisor geralmente é desempenhado por um enfermeiro que possui uma formação no modelo biomédico e reproduz automaticamente o padrão adotado nos níveis de atenção secundária e terciária. Como desempenha um papel de maior responsabilidade e liderança, o enfermeiro deve ser o primeiro a refletir sobre as orientações e atitudes frente aos ACS para que o PACS possa atingir sua principal meta de transformação social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vê-se, assim, que as condições de saúde e doença são vivenciadas e encaradas de forma diferente por homens e mulheres, por negros e brancos, por profissionais, por agentes e pela comunidade. A própria sociedade deles espera condutas diversas face às enfermidades (quer acometam a si mesmos, quer a familiares e amigos). É possível inferir, diante disso tudo, que as questões de gênero e etnia constituem mais um determinante social de saúde e de cidadania.

Ademais, extrapolando-se a análise de gênero para uma análise mais ampla, de toda a rede social de um indivíduo, Gutierrez e Minayo<sup>(31)</sup> dizem que a relação entre essa rede e a saúde individual pode representar um círculo virtuoso ou um círculo vicioso. Virtuoso porque tanto o apoio da rede ajuda a proteger a saúde das pessoas, como a pes-

soa saudável fortalece e amplia sua rede. E vicioso porque tanto a doença afasta a pessoa de sua rede, quanto uma rede ausente piora as condições de saúde da pessoa. Nesse sentido, “a pobreza relativa das relações sociais constitui um fator de risco para a saúde comparável a fumar, à pressão arterial elevada, à obesidade e à ausência de atividade física”.<sup>(42)</sup>

O PSF cumpre parcialmente sua função de facilitar o acesso da população à assistência em saúde. As experiências de maior sucesso são aquelas em que o atendimento básico é capaz de prestar a assistência necessária sem auxílio externo. Ao passo que os casos de maior complexidade podem ou não ser encaminhados com sucesso a unidades de níveis mais complexos.

Em suma, pode-se reafirmar que os princípios propostos pelo SUS para o modelo do PSF no Brasil, em tese, respondem às declarações universais e recomendações da OMS para o modelo de cuidado biopsicossocial da saúde que deveriam fortalecer os direitos humanos e a cidadania. Entretanto, na prática, o PSF se sustenta como mais um elemento de segregação social que envolve problemas que se perpetuam na sociedade brasileira como a incompreensão do papel do agente comunitário, limitações das equipes multiprofissionais, as discriminações sobre responsabilidades do cuidado pelos gêneros e etnias e a distinção do cuidado às diferentes classes socioeconômicas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.
2. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF; 2001.
3. WHO. Constitution Of The World Health Organization. 45th ed. 2006; (Suppl):1-18. Basic Doc. Available from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF; 2010. 6Op.
5. Rios E. Gestão municipal do SUS e seus impactos na prestação dos serviços de saúde – o caso de Salvador/BA entre 2010 e 2013. Salvador: UCSal: SEMOC; 2014.
6. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
7. Bell C, Newby H. Community Studies: An Introduction to the Sociology of the Local Community. Praeger Publishers; 1972.
8. Uchôa AC. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. Interface. 2009;13:9.
9. Dias OV, Vieira MA, Dias JP, Ramos LH. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. Acta Paul Enferm. 2011;24(2):225-31.
10. Lucas AP, Nativo RO, Silva VA. Percepção dos pacientes com hipertensão arterial em relação à assistência prestada após a implantação do Programa de Saúde da Família - PSF. Saúde Coletiva. 2010;7(43):223-6.
11. Lyra J, Leão LS, Lima DC, Targino P, Crisóstomo A, Santos B, et al. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Ed. Cortez; 2005. p. 79-91.
12. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúch Enferm. 2011;32(3):451-7.
13. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. Physis. 2011;21:1061-1076.
14. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
15. Ministério da Saúde (BR). Dá licença, posso entrar? Brasília, DF; 2002.
16. Marshall, TH. Citizenship and social class and other essays. Cambridge: CUP; 1950.
17. Martin VB, Angelo M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. Rev Lat Am Enferm. 1998;6(5):45-51.
18. Uchôa E, Vidal J. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saúde Pública. 1994;10(4):497-504.
19. Gallardo H. Teoria crítica: matriz e possibilidade de direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp, p. 111-129, 2014.
20. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. Psicol Reflex Crít. 2000;13(1):97-107.
21. Fernandes AS, Seclen-Palacin J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.
22. Ministério da Saúde (BR). Manual para organização da atenção básica. Brasília; 1998.
23. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. SOS Corpo. Recife; 1991.
24. Bourdieu P. A dominação masculina. Educação e realidade. 1995;20(2):133-184.
25. Foucault M. História da sexualidade. Rio de Janeiro: Graal; 1977. p. 127-149.
26. Foucault M. Microfísica do poder. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2005.
27. Gomes R, Nascimento, EF, Araújo F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública. 2007;23(3):565-74.
28. Sardenberg C. Conceituando “Empoderamento” na Perspectiva Feminista. In: I Seminário Internacional: Trilhas do Empoderamento de Mulheres – Projeto TEMPO’; 2006 jun 5-10; Salvador. Salvador: UFBA/NEIM; 2006.
29. Scott J. O enigma da igualdade. Estudos Feministas. 2005;13(1):216.
30. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. 30-61p.

31. Gutierrez DM, Minayo MC de S. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. *Fazendo Gênero - Corpo, Violência e Poder*. 2008;8:1-8.
32. IBGE. Censo 2010. 2011 [acesso em 2015 out. 15]. Disponível em [censo2010.ibge.gov.br/](http://censo2010.ibge.gov.br/)
33. Cerqueira D. Mapa dos homicídios ocultos no Brasil. Brasília: IPEA; 2013.
34. Waiselfisz JJ. Mortes matadas por armas de fogo. Brasília; 2015.
35. Ayres JRMC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc. São Paulo* 2004;13(3):16-29.
36. Secretaria Municipal de Saúde (Campinas). Projeto Paidéia de Saúde da Família, SUS - Campinas, SP; 2001.
37. Ministério da Saúde (BR). O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília, DF; 2000.
38. Hutchison B, Levesque J, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *Milbank Q*. 2011;89(2):256-288.
39. Steinert Y, Naismith L, Mann K. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide. *Med Teach*. 2012;34(6):483-503.
40. Wahkefield SEL, Poland B. Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med*. 2005;60(12):2819-32.
41. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Al-Ma'aitah. A Comparison of Health Practices of Canadian and Jordanian Nursing Students. *Public Health Nurs*. 2004;21(1):85-90.
42. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica - alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.