

A CULTURA POPULAR NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cinthyá Oliveira Floriano¹

RESUMO: O Programa Saúde da Família foi adotado pelo Ministério da Saúde desde 1994, como modelo substitutivo da rede básica tradicional, e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Dessa forma, o programa permite que questões como dificuldades financeiras e sociais que as famílias apresentam, riscos sociais de adoecer e morrer e potencialidades para enfrentá-los, valores, crenças, diferenças culturais ou educacionais, sejam desvendadas, facilitando a interferência por atores apropriados. Todas as famílias são portadoras da cultura da sociedade em que vivem e da cultura com a qual se identificam. Estilos de vida, valores, ideais, crenças e práticas estão impregnados em suas definições e são transmitidos de geração para geração, afetando o comportamento e, conseqüentemente, o estado de saúde da família. Neste sentido, a eficácia das ações de saúde depende do vínculo que a equipe tem com o usuário, sendo importante que a equipe estimule a participação dos sujeitos para a construção de autonomia, onde o sujeito fala, julga e deseja. As práticas baseadas nas diferenças e semelhanças entre culturas em relação à saúde, cuidado de saúde e doença, com consideração de valores, crenças e práticas do paciente, apresentam-se como uma nova forma de trabalho que deve ser desenvolvido pelo Programa Saúde da Família, pois permite a diversidade das ações e resolutividade dos problemas com o envolvimento e colaboração da comunidade, família e indivíduo.

INTRODUÇÃO

O modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem recebido investimentos no se refere à formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, no entanto, com resultados pouco perceptivos, sobretudo por não promover mudanças significativas na estruturação da assistência e não atingir os segmentos mais vulneráveis. Para Souza (2000), a estratégia do Programa Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. O programa vem resgatar o compromisso proposto na constituição de 1988¹, e neste cenário de velhos e novos problemas, prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles interferindo de forma apropriada. Portanto, esta proposta, constituiu-se em uma alternativa para reorganizar a prática à atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, e enfrentar os problemas de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e exige a organização de serviços descentralizados, ágeis, democráticos em sua gestão, com novos tipos de ações, capazes de atender as demandas da rápida transformação da estrutura etária da população, a complexa evolução dos problemas de saúde e as características regionais. (SANTOS et al, 2000, p. 52).

Todavia, para que a Estratégia Saúde da Família alcance os objetivos propostos, acredita-se que seja necessária uma reflexão sobre sua concepção e operacionalização. A Estratégia Saúde da Família trata-se de uma política de caráter nacional que precisa ser adaptada a realidade local levando em consideração as práticas, valores, crenças e bagagem cultural dos indivíduos. As culturas têm tanto práticas de saúde específicas a uma cultura, quanto padrões prevalentes que são comuns culturalmente. Culturas diferentes podem interferir no processo de doença e de cura dos pacientes. Essa realidade é evidente no Brasil, que é um país historicamente constituído por imigrantes de diferentes origens e culturas.

Neste sentido, por meio de conhecimento da cultura, crenças e valores, torna-se viável direcionar as práticas de cuidados de saúde e doença no Programa Saúde da Família, e proporcionar um serviço eficaz para as pessoas de acordo com o seu contexto, com bases solidadas e resolutivas.

DESENVOLVIMENTO

O Programa Saúde da Família foi concebido no ano de 1993, em Brasília, após uma reunião convocada pelo Ministro da Saúde (Dr. Henrique Santillo) como resposta à secretários municipais de saúde que requeriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde que no momento encontrava-se somente com o Programa de agentes Comunitários de Saúde

¹Somente foram consolidados na Lei Orgânica de Saúde de 1990.

(PACS)². Assim, o Programa Saúde da Família, foi adotado pelo Ministério da Saúde desde 1994, como modelo substitutivo da rede básica tradicional, assumindo como princípio norteador a equidade. Portanto, trata-se de uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para Souza (2000), a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. O programa assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles interferindo de forma apropriada.

Para tanto, a estratégia saúde da família tem como foco a criação de vínculos e de compromissos entre equipe e a população, dentro de uma área geograficamente delimitada. A equipe tem composição interdisciplinar e é responsável pela atenção integral continuada a saúde de uma população entre 2.500 a 4.500 pessoas residentes em um território de abrangência. A equipe é composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis agentes de saúde, podendo ser ampliada com outros profissionais (cirurgião dentista, Técnico em Higiene Dental, Assistente Social, Psicólogo, entre outros).

Para atingir o objetivo proposto, o trabalho da Equipe Saúde da Família se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita. O princípio operacional do PSF, de adscrição de clientela, permite estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população.

Dentre as atividades realizadas, a equipe desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e família, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento de grupos específicos e atendimento na unidade de saúde da área adstrita. Em sentido amplo, o PSF compreende um desafio de natureza estrutural, pois esta estratégia tem o objetivo de deshospitalizar e educar, transpondo de um cenário que apresentava a doença como foco para um cenário direcionado a prevenção, tendo o aspecto de agilizar a descentralização de serviços, tendo o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados de forma articulada, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis. Assim, a estratégia saúde da família propicia maior proximidade com as famílias, oportunizando acompanhar seus modos de vida, as relações existentes e identificar os processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença. Dessa forma, o programa permite que questões como dificuldades financeiras e sociais que as famílias apresentam, riscos sociais de adoecer e morrer e potencialidades para enfrentá-los, valores, crenças, diferenças culturais ou educacionais, sejam desvendadas, facilitando a interferência por atores apropriados.

No entanto, o acelerado crescimento da Estratégia Saúde da Família e os investimentos recentes na sua expansão após 10 anos de implementação trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção e operacionalização. A ESF trata-se de uma política de caráter nacional que precisa ser adaptada a realidade local para que tenha efeitos resolutivos à população. Usuários e famílias deste processo são de diferentes lugares e tem interesses e necessidades distintas, sendo importante, desta forma, rever a prática assistencial adotada pelos serviços que está na maioria das vezes alicerçada somente a partir de referências teóricas e levar em consideração as crenças, valores, variação cultural e expectativas dos indivíduos.

² No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas somente por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Os agentes comunitários de saúde no PACS estão ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família.

Estes devem conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, enfatizando suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas, procurando identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais estão expostas e promover, através da educação continuada, a qualidade de vida da comunidade. Desta forma, segundo o Ministério da Saúde, a atenção está centrada na família, o que possibilita à equipe, uma compreensão do ambiente físico e social no qual esta família está inserida e amplia o conhecimento do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções necessárias que estão além das práticas curativas. (BRASIL, 2000).

Segundo Massé *apud*, Trad e Bastos (1998), o desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção “*culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados*”. Esse desafio assume uma configuração mais nítida e contrastante quando se trata de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social.

Para Motta (1996), a variação cultural refere-se primordialmente aos hábitos e comportamentos de um grupo ou sociedade para outros. Cada tipo de cultura exerce um tipo próprio de controle de seus membros participantes. As pessoas de uma cultura diferem das de outras culturas pela maneira como pensam, solucionam problemas, percebem e estruturam o mundo (linguagem, vestimentas, dieta, cuidados de saúde, leis, política, economia e normas de comportamento). Essa diversidade cultural tem exigido dos profissionais de saúde, particularmente dos que atuam na atenção primária, um entendimento aprofundado sobre o universo sociocultural dos indivíduos com os quais trabalham. (OLIVEIRA, et al, 2006).

De acordo com Smeltzer e Bare, (2005), o termo cultura foi inicialmente definido pelo antropólogo britânico Sir Edward Tylor, em 1871, como o conhecimento, crença, arte, morais, leis, hábitos e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelos seres humanos como membros da sociedade. Madeleine Leininger, fundadora da especialidade denominada enfermagem transcultural, indica que a cultura envolve o conhecimento aprendido e transmitido sobre valores, crenças, regras de comportamento e práticas de estilo de vida que norteiam os grupos designados em seu raciocínio e ações de maneira compartilhada. (LEININGER *apud* GEORGE, 2000). Completa, definindo cultura os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneiras padronizada.

Apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo, culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes. Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas por profissionais de saúde. Ao receber o papel da família em responder pela saúde de seus membros, o profissional deve considerar as dúvidas, opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações. Todas as famílias são portadoras da cultura da sociedade em que vivem e da cultura com a qual se identificam. Estilos de vida, valores, ideais, crenças e práticas estão impregnados em suas definições e são transmitidos de geração para geração, afetando o comportamento e, conseqüentemente, o estado de saúde da família. (BRASIL, 2001). Assim, é essencial a compreensão de família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Seu funcionamento reflete a maneira como as necessidades de seus membros são atendidas, pautada em conhecimento e familiaridade com rotinas de cuidado e na capacidade para detectar sinais de doença com base em evidências muitas vezes despercebidos aos outros.

A equidade, principio existente na legislação do Sistema Único de Saúde, enfatiza que todas as pessoas necessitam ser atendidas como ser humano integral, da forma mais apropriada, promovendo ações aos grupos diferentes em suas demandas e necessidades. Neste sentido, entender a cultura dos sujeitos facilita o acesso e a resolutividade dos problemas existentes, assim como desconsiderar a cultura dos sujeitos é impossibilitar dialogo, contato e troca de saberes.

O efeito da cultura sobre a saúde pode ser compreendida por diferentes dimensões. Cada família, um sistema de crenças e de práticas sobre saúde e doença, que incluem desde o que um sintoma significa, quando e onde levar a pessoa doente, até o que é melhora ou cura. O sistema de crenças é transformado em práticas de cuidado a saúde, que, por sua vez, afetam o estado de saúde da família. Os valores familiares guiam o desenvolvimento de normas e regras e servem para guia geral dos comportamentos. Eles envolvem a dimensão de tempo, o relacionamento entre as pessoas e a orientação em atividades de vida. A cultura influencia ainda a maneira como a família se adapta e enfrenta as demandas e alterações internas e externas. (BRASIL, 2001).

A cultura é fundamental para incorporar as experiências pregressas, influenciar os pensamentos e ações no presente e transmitir essas tradições para os futuros membros do grupo. (OLIVEIRA, et al, 2006). Em geral, os programas envolvendo família dirigem-se efetivamente para seus membros individuais, mesmo quando se reconhece uma especificidade de objetivos para diferentes membros ou as diferenças quando a direitos e obrigações entre os familiares. Constituindo-se em um sistema de interação interdependente, a família mantém seus membros implicados na capacidade de alterar o comportamento dos outros com seus próprios movimentos. (TRAD e BASTOS, 1998).

Para Smeltzer e Bare (2005), embora a cultura seja um fenômeno universal, ela comporta aspectos específicos e distintos para determinado grupo, pois engloba a totalidade do conhecimento, crenças, costumes e competências adquiridas pelos membros do grupo.

Na saúde, em especial na saúde pública, os profissionais, por estarem em íntima interação com a comunidade, deparam-se com inúmeras situações nas quais o conhecimento popular é utilizado na cura e reabilitação da saúde. As práticas populares são desenvolvidas dentro de um contexto social que não se isolam dos valores culturais. Então, para se entender melhor essas práticas, é importante considerar os aspectos culturais da população. Portanto, consideramos cultura como um padrão de dogmas, crenças e práticas que, de maneira inconsciente, fundamenta ou orienta os objetivos e decisões de um grupo de pessoas. (OLIVEIRA, et al, 2006).

A eficácia das ações de saúde depende do vínculo que a equipe tem com o usuário, sendo importante que a equipe estimule a participação dos sujeitos para a construção de autonomia, onde o sujeito fala, julga e deseja. As práticas baseadas nas diferenças e semelhanças entre culturas em relação à saúde, cuidado de saúde e doença, com consideração de valores, crenças e práticas do paciente, apresentam-se como uma nova forma de trabalho que permite a diversidade das ações e resolutividade dos problemas com o envolvimento e colaboração da comunidade, família e indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar do outro sempre implica a capacidade de lidar com as suas diferenças, sejam quais forem, de cultura, de idéias, de religião, de etnia, de hábitos ou crenças, tornando-se imprescindível uma adequada preparação dos profissionais de saúde, a partir dos anos de formação escolar e profissionalizante em todos os níveis.

A gestão local deve favorecer e estimular a criação e utilização dos canais de participação social para o planejamento e controle das ações previstas na estratégia saúde da família. A equipe, por sua vez, deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, na gestão e na avaliação da saúde local e desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

O conhecimento das crenças e práticas populares relacionadas ao processo saúde-doença são essenciais para que os profissionais se familiarizem com os grupos culturais com que trabalham e aprendam a lidar com os valores, crenças e hábitos desses grupos. Assim, faz-se necessário o conhecimento sobre a cultura dos indivíduos para entender as variações necessárias para a prestação da assistência, ou seja, cada indivíduo, conforme suas crenças e valores apresentam necessidades diferentes e maneiras diferentes de enfrentar os problemas, aderir aos tratamentos e resolver seus problemas.

Por meio de conhecimento da cultura, crenças e valores, torna-se viável direcionar as práticas de cuidados de saúde e doença, e proporcionar um serviço eficaz para as pessoas de acordo com o seu contexto.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual de Enfermagem**. Programa Saúde da Família, São Paulo, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de saúde**: Princípios e conquistas. 2000.

GEORGE, J B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Julia B. George. Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MOTTA, F.C.P. **Cultura e organizações no Brasil**. Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getulio Vargas. NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações. S: Relatório de Pesquisas. São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, A. T. S. A.; MOREIRA, C. T.; MACHADO, C. A.; NETO, J. A. V.; MACHADO, M. F. A. S. Crenças e práticas populares: Influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**. 2006.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. O. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. **Rev. Latino América de Enfermagem**. 2002 no-dez. 10(6): 757-64.

SMELTZER, Suzanne C. e BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: Enfermagem Médico Cirúrgico. 10^a ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 2005.

SOUZA, M. F. A; Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial: 25-30, dez 2000.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435. Abr./jun. 1998.

¹ Enfermeira, docente do curso de enfermagem e tecnólogo em radiologia da UnC, Canoinhas, aluna do Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado – UnC.