



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Clivia Beltrame Vasconcelos

**VÍNCULO NOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE:
UMA REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA**

**Florianópolis/SC
2016**

Clivia Beltrame Vasconcelos

**VÍNCULO NOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE:
UMA REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora:

Prof^a. Marta Inez Machado Verdi, Dr^a.

**Florianópolis/SC
2016**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vasconcelos, Clivia Beltrame.

V331v Vínculo nos grupos de promoção à saúde: uma revisão sistematizada da literatura /, Clivia Beltrame Vasconcelos; Orientadora, Marta Inez Machado Verdi. - Florianópolis, SC, 2016.

93p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Promoção da Saúde. 2. Atenção Básica. 3. Saúde da Família. 4. Grupos. I. Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Cláudia Patrício Vasconcelos

**VINCULO NOS GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE: UMA
REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA**

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (M) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva


Florianópolis, 24 de agosto de 2016.




Prof. Rosimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

BANCA

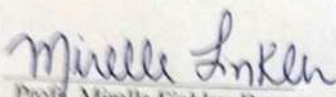
Prof. Maria Inez Machado
Verli, Dra.
UFSC (Orientador)



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Prof. Laura Cavalcanti de Farias
Brehmer, Dra.
Univ. Fed. de Santa Catarina



Prof. Mirelle Finkler, Dra.
Univ. Fed. de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

A Deus, a minha família pelo apoio, incentivo, paciência e compreensão, a PMF por me proporcionar mais uma oportunidade de aperfeiçoamento.

Aos colegas de trabalho que me incentivaram a entrar; Tanise, Ieda, Fernanda.

Aos amigos: Andréa, Giselli, Fernandinha, Márcia, Analise. A meus colegas de mestrado pela parceria e aprendizado: Rodrigo, Gabriela, Zannis, Gabriel, Elis, Marcelo, Estela, Vanessa, Geison, Raquel, Lenemar, Lizana, Jessica, Ana T., Susana. Aos colegas de NUPEBISC, em especial ao Fernando M, Fernando H, Lucas Pedebos, Luzilena, Neca e Melisse.

Aos professores do curso, e em especial a minha orientadora, professora Marta, obrigada pela paciência, sabedoria, cuidado e dedicação.

A Deus e minha família.

VASCONCELOS, Clivia Beltrame. **Vínculo nos grupos de promoção à saúde**: uma revisão sistematizada da literatura. 2016. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Prof^ª. Marta Inez Machado Verdi, Dr^ª.

Linha de Pesquisa: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica acerca da produção de vínculos nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica, buscando identificar os tipos de vínculo estabelecidos, as potencialidades e fragilidades nesse processo. Foram recuperados a partir dos critérios de localização e seleção, 15 artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os dias 04 a 10 junho de 2016. Em geral, os artigos analisados apresentaram metodologias diferenciadas, com estudos de abordagens do tipo quantitativos e qualitativos. Bem como as técnicas de coleta de dados também foram variadas. Os participantes dos estudos foram profissionais de saúde, gestores ou usuários. No processo de análise dos 15 artigos selecionados a fim de responder à questão de pesquisa, foram identificadas subcategorias que sistematizadas transformaram-se em 4 categorias: Vínculo construído no processo de trabalho; Vínculo e suas diferentes visões; Entre o individual e coletivo – possibilidades para a promoção da saúde; Vínculo: promoção da saúde e educação em saúde. Conclusão: Foi possível identificarmos nos estudos, que ainda predomina uma concepção biologicista do ser humano. Esse modelo de saúde contempla ações, predominantemente, reabilitadoras, curativas e preventivas, com enfoque na doença de caráter individual, fragmentada. Também é possível perceber uma fase transicional, do modelo, nas práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas, porém diante dos problemas de saúde individual, esse ainda se desenrola timidamente nas atividades coletivas de grupo.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Atenção Básica. Saúde da Família. Grupos.

ABSTRACT

Group activities are part of the assignments of multidisciplinary teams of Primary Care as a key device for the promotion of health and autonomy, the subjects' active participation, favoring the bond formation between health professionals and users. In this regard, the objective of this study was to review the scientific literature about producing bonds in health promotion groups developed in primary care in order to identify the types of bond established, the potential and weaknesses in the process. A systematic review of the literature was performed, in which were retrieved, as of the location and selection criteria, 15 articles in the Virtual Health Library between the days 4 and 10 of June 2016. In general, the articles analyzed presented distinct methodologies, with studies of quantitative and qualitative approaches. As well as data collection techniques that were also varied. The study participants were health professionals, managers and users. In the review process of the 15 selected articles were identified 4 categories: Bond built in the work process; Bond and its different views; Between individual and collective - possibilities for health promotion; health promotion and health education. It was possible to identify in the studies, which still dominates a biologicist concept of the human being. This health model features actions, predominantly, rehabilitative, curative and preventive, focusing on the individual nature of the disease, fragmented. It is also possible to notice a transitional phase, of the model, in the collective practices aimed to enhance the autonomy and the well-being of people, however in face of the individual health problems, this still timidly unfolds in the group collective activities.

Keywords: Health Promotion. Primary Health Care. Family Health. Groups.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** – Distribuição dos artigos segundo título, autor, objetivo e metodologia..... 75
- Quadro 02** – Distribuição dos artigos segundo título, autor, ano de publicação e principais resultados. 78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ABS	-	Atenção Básica à Saúde
BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	-	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DMP	-	Departamento de Medicina Preventivista
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
GPS	-	Grupos de Promoção à Saúde
IAPs	-	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MES	-	Ministério da Educação e Saúde
MESP	-	Ministério da Saúde Pública e Educação
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	-	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SciELO	-	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho trata da dissertação de mestrado intitulada “*Vínculo nos grupos de promoção à saúde: uma revisão sistematizada e integrativa da literatura*”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A dissertação é composta por duas partes. Na Parte I são apresentados o Projeto de Pesquisa Ampliado, composto pela introdução, os objetivos, a revisão de literature, a metodologia e as referências. A Parte II são apresentados os resultados na forma de artigo oriundo desta dissertação, conforme regimento do PPGSC/UFSC.

SUMÁRIO

PARTE I:

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.1 PROMOÇÃO À SAÚDE E AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS.....	29
3.2 ANTECEDENTES DO SURGIMENTO DO SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	34
3.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	38
3.4 SOBRE A FORMAÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	41
3.5 DIFERENTES VISÕES SOBRE VÍNCULO.....	43
3.6 GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA POTENCIALIDADE.....	48
4 METODOLOGIA	51
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	51
5 RESULTADOS.....	53
REFERÊNCIAS	55

PARTE II:

ARTIGO CIENTÍFICO: VÍNCULO NOS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA	69
--	-----------

PARTE I

PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, acontecida em 12 de setembro de 1978, em Alma Ata, na Rússia declarou necessária e urgente a promoção da saúde em todos os povos de todas as nações do mundo. A partir disso, o Brasil começou, desde a década de 80, a desenvolver uma série de tentativas para reestruturação de seu modelo de saúde. Começou-se, então, a investir em Atenção Básica à Saúde (ABS), que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012a, p. 19).

Com o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criados na década de 90, pelo Ministério da Saúde, buscou-se estruturar a Atenção Básica (AB) brasileira, visando à reorganização do modelo de atenção, até então de caráter fortemente “hospitalocêntrico”. Nessa perspectiva, passou-se a construir um novo modelo para uma atenção mais próxima das famílias, criando o vínculo cotidiano entre as pessoas e os profissionais de saúde a fim de facilitar e fortalecer dimensões relacionais no cuidado e, por fim, melhorar a saúde dos brasileiros (BRASIL, 2006a).

Conforme a PNAB,

[...] vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica,

com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. (BRASIL, 2012a, p.21).

Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), chamada Humaniza SUS, além de estabelecer suas diretrizes, qualifica o SUS no sentido de lidar com as dimensões subjetivas desses cuidados, tendo o vínculo como uma das dimensões principais.

Para isso, a PNH, dentre outros, se utiliza de fundamentos e diretrizes já elencadas em outros documentos de orientações e organizações do SUS e do processo de trabalho, das equipes inseridas na AB, como o trabalho por base em um território adscrito. Sob a ótica de uma equipe do PSF que, em 2006 passou a chamar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF); isso significa assumir a responsabilidade pelo cuidado da população inserida em um recorte territorial chamado “área de abrangência” (BRASIL, 2006a).

O território pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, em áreas urbanas ou rurais, esparsas ou não, onde está inserida uma população adscrita. É nesse território que se processa a vida da população, expressando suas condições de saúde e adoecimento e onde são identificadas as necessidades de cuidado oferecido na AB. O trabalho com base em um território definido constitui-se como uma diretriz essencial do SUS, promovendo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade desse cuidado, através da vinculação dessas populações às suas equipes de saúde.

A prática revela que o vínculo pode promover uma relação de confiança entre usuários e profissionais, interferindo, possivelmente, nos resultados dos cuidados oferecidos, inclusive, favorecendo a adesão das pessoas ao tratamento. Segundo Caprara e Rodrigues (2004, p.142), a interação depende de como se dá o encontro dos mesmos, já que a referida relação pode ser influenciada por diversos fatores, tais como:

[...] aspectos psicossociais do paciente com seu adoecer (suas expectativas, medos, ansiedades, etc.), suas experiências anteriores de outros médicos, bem como, pelos próprios profissionais, com a sua

personalidade, seus fatores psicológicos (estresse, ansiedade, frustração, etc.) e seu treinamento técnico (experiência profissional e habilidades comunicacionais).

Para Gomes e Sá (2009), a ESF é potente promotora na criação de vínculos; esses dependem do modo como as equipes irão responsabilizar-se pelas pessoas de sua área de abrangência. A PNAB (BRASIL, 2012a) enseja identificação das necessidades sociais, participação coletiva e fomento à autonomia e ao protagonismo dos diferentes sujeitos como base para a construção de um processo de cuidado que favoreça a constituição de vínculos solidários, uma das diretrizes da PNH e um dos objetivos da ESF para a humanização das práticas de saúde.

Conforme Zoboli e Fracolli (2006), a qualidade e precisão da confiança e o respeito aos indivíduos, para maior protagonismo e autonomia, pode ser alcançado quando existe a incorporação de determinados valores e atitudes ao trabalho das equipes como proteção e promoção da dignidade das pessoas e esses valores poderiam até intensificar a dedicação e empenho das mesmas equipes.

Campos (2007) explica que a condição básica para construção de vínculo está na capacidade de uma equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde dos que vivem sob sua área de abrangência. Assim, o papel do profissional de saúde é possibilitar essa mútua tarefa, estimulando a capacidade das pessoas de refletirem sobre sua condição de saúde. O autor sugere ainda formas para envolver a comunidade na produção de saúde através de grupos.

O trabalho em grupo é uma atribuição das ESFs: além de ser uma alternativa para as práticas individuais, é um dos principais dispositivos para a promoção da saúde e da autonomia, pela participação ativa dos sujeitos. Segundo Furlan e Campos (2012), os grupos incluem o aprendizado subjetivo de novas formas de lidar com os problemas, ações mais educativas que curativas, gerar integração na comunidade e favorecer as ações de redes de cuidado.

Os grupos de promoção da saúde, ainda podem favorecer o aprimoramento de todos os envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença.

Para nós, profissionais de saúde atuantes em ESFs, existe uma forma de realizar essa melhor vinculação, bem como, propiciar autonomia, dignidade e criar vínculos solidários, através de grupos de

promoção a saúde.

Nesse contexto, esta pesquisa que pretende compreender, a partir dos vínculos as relações entre usuários e profissionais de saúde.

Pois, ainda de acordo com Zoboli e Fracolli (2006) em um serviço de saúde para o êxito da terapêutica, deve existir uma relação coparticipativa e corresponsável entre os profissionais e a população.

Como é descrita, nos estudos científicos, a constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica, a partir da uma revisão integrativa da literatura?

2 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura científica acerca da produção de vínculos nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica (AB), buscando identificar os tipos de vínculo estabelecidos, as potencialidades e fragilidades nesse processo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os Grupos de promoção da saúde desenvolvidos na rede de atenção básica de um município do sul do Brasil;
- Identificar os tipos de vínculos produzidos entre usuários e profissionais na Atenção Básica à Saúde (ABS), nos espaços dos grupos de promoção da saúde;
- Analisar o vínculo entre usuários e profissionais que os grupos de promoção da saúde têm fomentado, as potencialidades e fragilidades nesse processo de produção de vínculo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROMOÇÃO À SAÚDE E AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

A promoção da saúde vem sendo entendida como um processo político e inovador pois reformula os conceitos de saúde e Estado. (BUSS, 2000).

As várias Conferências e declarações internacionais periodicamente reformuladas, veem de encontro ao novo modelo de abordagem positiva da saúde que visa superar o predomínio do modelo centrado na enfermidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Buss (2000), o moderno movimento da promoção da saúde surgiu no Canadá em 1974, com o documento: *A New Perspective on the Health of Canadians*, conhecido como relatório Lalonde. Marc Lalonde foi o Ministro do Canadá nessa época. O documento propôs um novo conceito de saúde, que podiam ser classificados em 4 elementos: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Apesar das várias controvérsias, em sua positividade, o relatório Lalonde deixou um legado que foi o de repensar a assistência não somente pelo olhar redutor biomédico; sua importância está na forma de repensar a “saúde” e eleger essa como prioridade nas políticas de saúde.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), convocou a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, em Alma-Ata, na Rússia. Mais conhecida como Declaração de Alma Ata, onde a proposta da Atenção Primária à Saúde fica consolidada e estabelece a saúde como direito humano, não apenas como ausência de doenças, requerendo para isso a ação organizada dos Estados e da sociedade civil, pois agora a saúde é considerada um completo bem-estar físico, mental e social, que visa aumentar a capacitação dos indivíduos e das comunidades para a uma melhor qualidade de vida, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (OMS, 1978).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa 1986, conhecida como Carta de Ottawa, define que promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na

melhoria na sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986). Estabelece cinco estratégias que são: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de meio ambientes que protejam a saúde; fortalecimento da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.

Ainda segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”. Traz saúde como positividade enfatizando recursos sociais e pessoais. Estabelece uma nova dimensão para que se pense sobre a saúde, apresentando novos conceitos, como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, agora são considerados como promoção da saúde, incumbindo maior responsabilidade na mediação dos diferentes interesses expressos pela sociedade na prossecução da saúde.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986), ao garantir o “direito dos povos de participar individualmente e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”. O setor saúde então deve mover-se para a promoção da saúde, além da responsabilidade de prover clínica e urgências, focalizando o cuidado integral no indivíduo e abrindo caminhos entre setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide, Austrália (OMS, 1988); conhecida também como Conferência de Adelaide, elegeu as políticas públicas saudáveis como tema central: essas são caracterizadas pelo interesse e preocupação das diversas áreas das políticas públicas em relação a saúde e equidade, e os compromissos do impacto dessas políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito ambientes favoráveis a saúde onde pessoas possam viver vidas saudáveis (BUSS, 2000; BRASIL, 2002). Essa conferência enfatiza a importância da intersetorialidade e da governança compartilhada.

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall, Suécia, 1991 (OMS, 1991), conclama que um ambiente favorável é importante para a saúde e diz que todos são promotores na criação desse. E, que:

A solução destes imensos problemas está além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais. As iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades e nacionalmente pelos governos (BRASIL, 2002, p.41).

Nas comunidades, essa conferência reforça a defesa dessa proposta nos grupos, capacitar a comunidade para ganhar maior controle sobre sua saúde pelos processos decisórios, criar alianças para a saúde e mediar os interesses conflitantes para acesso igualitário. Conclui que “os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados” (BRASIL, 2002, p.44).

A 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta, Indonésia, 1997; é a primeira a incluir o setor privado, reconhece a importância da promoção da saúde; e reforçou ainda, dentre outros a importância da participação da sociedade, aumentando das parcerias para a saúde e direito de voz para os indivíduos (OMS, 1997; BRASIL, 2002). Reforçou dentre outros aspectos, que os métodos baseados nas cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes do que os centrados em um único campo e que cidades, escolas, lugares de trabalho, oferecem maior oportunidade de estratégias integrais para a promoção da saúde (BUSS, 2000).

A 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Cidade do México, México, 2000. Reforça a equidade como caráter principal. Propôs ações, dentre elas: colocar a promoção da saúde como prioridade das políticas e programas locais e fortalecer e ampliar as parcerias na área da saúde (OMS, 2000, BRASIL, 2002).

A 6ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bankock, Tailândia, em 2005, reconhece que a globalização abre novas portas, mas que para isso é preciso melhoria das tecnologias de informação e comunicação e mecanismos eficientes de trocas de experiências (OMS, 2005). Para isso é preciso ações como: Construir parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis.

A 7ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Nairobi, Kênia, 2009, recordou Alma Ata e destacou: Reorientar os serviços de saúde colocando o homem no centro de todas as atividades; bem como destacou as ações para o sucesso na promoção da saúde: Justiça Social, Maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político; Criação de condições que permitam às pessoas um maior controle sobre as suas próprias vidas (OMS, 2009).

A 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Helsinque, na Finlândia de 10 a 14 junho de 2013 vidas (OMS, 2013). Teve como destaque, *Saúde em Todas as Políticas* e uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, aumentou a atribuição de responsabilidade das decisões políticas para os impactos

na saúde em todos os níveis decisórios, ênfase sobre as consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde e ainda objetivou um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre saúde. Para tal destacamos, conforme a OMS (2013), a necessidade de investimento de recursos humanos para o fomento e engajamento do público e sociedade civil.

Conforme acima exposto, percebemos que as estratégias e os programas de promoção da saúde deverão ser adaptados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos, como, por exemplo, a criação de ambientes favoráveis. E como princípio orientador das nações, das regiões e das comunidades, a necessidade de encorajar os cuidados mútuos - cuidar uns dos outros, das comunidades e do ambiente natural.

Vivendo o presente, mas com vistas ao futuro, a Carta de Ottawa ainda nos deixa o legado de que a saúde é e será vivenciada pelas populações em todos os contextos da vida cotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama. A saúde, assim, é a resultante dos cuidados mútuos que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controle sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde.

Dessa forma, fica claro que solidariedade, vínculo, autonomia e prestação de cuidados são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para promoção da saúde.

Porém, é frequente como afirmam Traverso-Yépez (2007, p. 225) existir certa dificuldade de conceituação em relação ao significado da expressão de “promoção da saúde”, decorrente da própria inconsistência de definição que o estado de saúde alberga, não só pelas diferentes dimensões que perpassam o conceito de saúde no âmbito social, psicológico, econômico e espiritual, mas também do biomédico. Assim, o mais difícil em relação à conceituação reside no fato de a saúde ser, principalmente, uma experiência individual: “as formas como as pessoas percebem sua saúde e os meios como cuidam dela são tão diversas quanto as diferentes formas de significar e experimentar a vida”. Só o que se tem certeza é de que a promoção à saúde está diretamente ligada à positividade e ao bem-estar das pessoas.

Convém lembrar que, semanticamente, o verbo promover significa dar impulso a, fomentar, originar e/ou gerar. Em relação à área da saúde, promover não se direciona a uma doença ou desordem específicas; sugere, antes, a transformação da vida e a abordagem

intersectorial com a finalidade de aumentar o bem-estar geral (CZERESNIA, 2003). Ainda segundo a mesma autora, promoção da saúde vai além de aplicações técnicas e normas específicas, fortalecendo a capacidade individual e coletiva para lidar com os condicionantes de saúde e capacidade de escolha.

Já de acordo com Cerqueira (1997 *apud* SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102), a promoção à saúde abrange dois níveis: o conceitual e o metodológico. No primeiro nível - o conceitual – são descritos princípios, premissas e conceitos que fundamentam o discurso da promoção à saúde. Por outro lado, o metodológico, ao referir-se às práticas, aos planos de ação e às estratégias, são procedimentos de intervenções e de instrumental metodológico. Assim, conforme os autores, a promoção da saúde não se restringindo à ausência de doenças, bem como afirma a Carta de Ottawa, deverá ser capaz de agir em seus determinantes.

Nesse sentido, Sícoli e Nascimento (2003) apresentam três principais identificadores dos “paradigmas” que se refere à saúde. No primeiro caracterizados os problemas “médicos”, fundamentados na existência da doença e, por conseguinte com ações redutoras voltadas ao tratamento dos sintomas, a erradicação das doenças e a prevenção ao agravamento do processo. O segundo identificador, no que se refere aos problemas de Saúde Pública, envolveria a prevenção, baseando-se na conduta e na promoção de comportamentos saudáveis. E o terceiro grupo identificador é o responsável pelos problemas socioambientais, objetivando a criação de entornos físicos e sociais favoráveis à saúde e ao bem-estar dos indivíduos.

Em síntese, as ações para a promoção da saúde, destinam-se a “mudanças sociais e fundamentam-se no trabalho comunitário, envolvendo medidas políticas”. Então, “a nova promoção à saúde ampliou o marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a instigar o compromisso político e a fomentar transformações sociais” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.104).

Existe a necessidade de novas práticas, para podermos superar o modelo biomédico individualizante e ainda redutor, e que as parcerias entre os diversos setores são necessárias e a nova promoção da saúde tem papel essencial no processo.

De acordo com Viana e Baptista (2013) nas últimas décadas em especial nos anos atuais foi retomada a importância da área da saúde como elo para o desenvolvimento como um todo, então a promoção da saúde tem aspecto essencial para o debate.

3.2 ANTECEDENTES DO SURGIMENTO DO SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com Escorel e Teixeira (2013), no Brasil desde o período colonial as ações governamentais de saúde eram restritas aos grandes centros urbanos e para algumas doenças epidêmicas com repercussão econômicas. A saúde ruim começou a ser de grande entrave para a economia, mas ao Estado ficava restrito a assistência aos necessitados, cabendo a iniciativa privada e filantropia as ações de programas educativos e sanitários. Em 1923, surgem as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), voltadas para os funcionários de empresas e ferroviários, e mais tarde transformados em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que ofereceram serviços médicos aos trabalhadores, iniciando a previdência social no país.

Nos governos Vargas, entre 1930 e 1954, e seu populismo, que de um lado, limitava a autonomia e conscientização e, por outro, oferecia direitos sociais e de classes para manter a soberania nacional, ofertou serviços médicos aos trabalhadores urbanos, divididos entre saúde pública e medicina previdenciária, com certo poder decisório por parte dos trabalhadores. Com ênfase em seu governo mais forte e centralizado, no primeiro governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde Pública e Educação (MESP), cujo departamento de saúde voltou suas ações a doenças específicas, com caráter preventivista e curativo. A reforma de Capanema em 1937, criou o Ministério da Educação e Saúde (MES). Esse deixou como marca a separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. Enquanto a saúde pública destinava-se a erradicar doenças infectocontagiosas que acometiam grande parte da população, a assistência médica de caráter individual, exercida livremente pelos médicos, destinava-se tratar doenças incapacitantes para o trabalho. Porém, no seio desse processo houve uma ideologia de sanitarismo desenvolvimentista que propunha um municipalismo com as ações preventivistas mais próximas aos usuários.

Ainda de acordo com Escorel e Teixeira (2013), em 1941, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS), pelo então Ministro Gustavo Capanema, sendo convocada para discutir temas de organização sanitária e ampliação das campanhas contra lepra e tuberculose, apoio à maternidade, à infância e à adolescência. Em 1950, aconteceu a 2ª CNS, que apresentou as mesmas características da 1ª CNS, limitada aos técnicos, de caráter administrativo para informações entre governo e estados. A 3ª CNS ocorreu no governo de Joao Goulart,

em 1963, sendo conduzida pelo Ministro Fadul e tendo como temas: a situação sanitária da população brasileira; a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; a municipalização dos serviços e a fixação de um plano nacional de saúde.

A estratégia da municipalização condensou o novo projeto sanitário, que pretendia ser descentralizado e sustentado em um modelo de cobertura dos serviços de saúde, começando pelo atendimento básico prestado por auxiliares da saúde e se estendendo até o nível terciário, com atendimento médico-hospitalar especializado. (ESCORES, 2013. p.380).

De acordo com Escores (2013), depois do golpe militar de 1964 até a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), e por fim o SUS com a Lei Orgânica de Saúde, existiu um período decisório e importante para a futura democracia brasileira. Nesse período, houve um processo de modernização autoritária que promoveu uma grande reestruturação do aparelho do Estado para o capital internacional, bem como reformas financeiras, fiscais e administrativas concentrando no Governo Federal, todas as determinações e recursos. Além da repressão à atividade política e de organização social e sindical, houve também, o enfraquecimento do Ministério da Saúde pela concentração de recursos pela previdência social. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), apesar da universalização da cobertura da previdência para abrangência de segmentos de trabalhadores formalmente inseridos, para os que não contribuíam restavam as Santas Casas e serviços filantrópicos de saúde ou as clínicas privadas. Houve nesse período um padrão da medicina orientada para a lucratividade, sendo o Estado o grande comprador.

Ainda de acordo com Escores (2013), em 1967, foi realizada a 4ª CNS cujo tema central abordou o profissional de saúde que o Brasil necessita e a responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. Começa a surgir um novo pensamento teórico ideológico e médico social, a partir de então, com uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde a partir, principalmente nas faculdades de medicina, pelo Departamento de Medicina Preventivista (DMP) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que difundiu a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde com a participação popular.

Em 1970, já se estruturavam três abordagens no setor saúde pela conceituação do social: para o preventivismo com atributos pessoais,

como educação, renda, salário, ocupação e etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado em práticas sociais (ESCORES, 2013).

No contexto do Governo Geisel, de 1974 a 1979, iniciou-se uma tentativa de reestruturação da democracia. Embora o modelo de saúde se mantivesse, houve espaço para uma mudança na arena das discussões políticas. O movimento sanitário que era um movimento de profissionais da saúde e pessoas vinculadas ao setor que por meio de teoria, ideologias e práticas políticas buscavam a melhoria do setor saúde, das condições de saúde e na consecução do direito à cidadania.

Em 1975, ocorreu a 5ª CNS com foco principal para inclusão de populações marginalizadas e separação entre o ministério da Saúde, que ficou com a saúde coletiva e Ministério da Previdência que ficou com a saúde individual. Em 1976, a 6ª CNS discutiu a situação das grandes endemias e sobre interiorização da saúde. Em 1980, aconteceu a 7ª CNS, com o tema Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

Mas como exposto acima pode-se perceber que algumas bases para a formulação do SUS já haviam sido estabelecidas anteriormente. Universalização, participação popular, municipalização dos serviços, participação privada entre outras. Finalmente, chegamos então a 8ª CNS que consolida as propostas do movimento sanitário.

A 8ª CNS reuniu cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, prestadores de serviço da saúde e usuários, criando uma composição paritária entre governo e sociedade (ESCORES, 2013).

De acordo com Fleury e Ouverney (2013), uma política de saúde reflete uma relação entre Estado e sociedade e de indivíduos com a sociedade política que está inserido, então isso deve estar inter-relacionado e com constantes processos de mobilização para a reprodução social e garantia de bem-estar.

A Constituição brasileira nos propiciou isso ao incluir no seu Artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e que o acesso igualitário e universal pelas políticas deve promover, proteger e recuperar a saúde. No Artigo 198, faz referência à prevenção como prioridade, porém sem prejuízo da assistência de um atendimento integral.

Um exemplo máximo é o SUS, modelo brasileiro reorientador de todo o diferencial conferido ao sistema de atendimento à população.

O SUS foi criado pela Lei n. 8.080, em 19 de setembro de 1990, e já nos seus artigos 2º, 3º e 4º enfatiza:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na 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.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990a).

Em complementação à Lei 8.080/90, a Lei 8.142 dispõe sobre a participação social na gestão do SUS, institui os conselhos de saúde e as conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

Um dos pilares para a efetivação do SUS, nos últimos 25 anos, tem sido a AB como reorientador do modelo de atenção à saúde. Conforme Andrade, Barreto e Bezerra (2006) é considerada como o nível de um sistema de saúde que ofereça a entrada do sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa e não à enfermidade no decorrer de todo o tempo, e coordena ou integra a

atenção fornecida em algum outro nível do sistema. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma lógica curativa, desintegrada para uma promocional, integrada com outros níveis de atenção. É uma estratégia flexível, caracterizada pelo contato do usuário com a equipe de saúde, que garanta uma atenção integral e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos capazes de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não descriminalize grupos humanos.

Através do PSF, que logo virou ESF, a atenção básica tornou-se uma ação desenvolvida pela centralidade na pessoa, nas famílias, nas coletividades, em resumo, no integral e não no individual (BRASIL, 2006).

3.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Como visto anteriormente, o SUS e suas potencialidades nos trazem um caráter importante de vínculo e solidariedade.

No Brasil, embora o SUS indique a participação social, a PNPS, de 2006, não incentiva a visão crítica das comunidades de se articularem e não prevê incentivos concretos, permanecendo a dificuldade de práticas coerentes em virtude de muitas ações políticas ainda se encontrarem dispersas e desarticuladas, sem traduzirem os reais anseios sociais.

É importante refletir que, embora no Brasil o sistema de saúde seja inclusivo e universal; as características presentes na PNPS publicada em 2006, lembram muito o relatório de Lalonde, que identificava quatro elementos relacionados à saúde: biologia, ambiente e estilo de vida e organização da assistência à saúde. Assim, identifica-se que a PNPS estreitou os laços com a vigilância em saúde, e previu avaliação de parâmetros sanitários para melhoria da qualidade de vida. Segundo a própria PNPS:

Ao retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (Brasil, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu,

em grande parte, vinculados a iniciativas ligadas ao comportamento e hábitos dos sujeitos. Nessa linha de intervenção, já é possível [...] baseados em estudos epidemiológicos demonstrativos de associação coniventes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficiente. (BRASIL, 2006b, p 14).

Foi, então que a política pública de saúde impetrada no Brasil definiu algumas ações específicas, dentre outras, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006b, p.29-38).

Essa promoção da saúde, ficou muito próxima dos processos saúde x doença.

Essas ações, de caráter por vezes simbólicos, impossibilitariam qualquer tipo de ação, já que o modelo continuaria centrado na doença. Dessa forma, a reflexão crítica para as práticas discursivas ou formas de ação, nesse caso, implícitas na política, são capazes de realizar as mudanças necessárias e não apenas aparecerem em caráter simbólico, pois não é discutida com a sociedade nem apresenta um envolvimento maciço de investimento público principalmente na área da saúde.

Contudo, Traverso-Yépez (2007, p.230) chamam atenção para a evocação dos problemas sociais identificados como "modos de viver", que deixam de refletir sobre como e porque eles aparecem, as suas formas de se reproduzirem, por conseguinte, impossibilitando operacionalizar qualquer tipo de ação.

Ainda como diz Traverso-Yépez (2007), isso tende a aparecer, pois em lugar de proposta de processo de construção, a política da promoção à saúde de 2006 aparece como algo pronto, deixando vaga a definição de responsabilidades entre os gestores, além das ações que permanecem na mão de técnicos gestores e especialistas, segundo os autores, existe ainda uma ambiguidade, pois está implícita nas políticas públicas a impossibilidade de ação, de escolhas, de poderes e de direitos civis para grande parte da população que não tem acesso à informação a que poderes institucionais pode recorrer em caso de questionamentos.

Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), a Promoção à Saúde é entendida como "[...] o processo de capacitação da comunidade para

atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” [...].

Já o Glossário Temático de Promoção da Saúde, define a Promoção à Saúde como uma estratégia para melhorar a qualidade de vida, tendo como objetivo gestão compartilhada entre movimentos sociais, trabalhadores e usuários para produção de autonomia e corresponsabilização (BRASIL, 2012b).

Uma das críticas presentes nos documentos acima citados diz respeito à responsabilidade individual e a culpabilização que considera os indivíduos como únicos responsáveis pela sua própria saúde, mesmo que certas determinações sociopolíticas estejam encobertas pela responsabilização do indivíduo, tirando a responsabilidade do Estado e da sociedade como um todo. É o que os autores identificam como a nova promoção à saúde extensiva a fatores gerais e estruturais, tais como a pobreza, o desemprego, o estresse, as condições de trabalho, a moradia precária, o envelhecimento populacional, a violência e o isolamento social, entre outros.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 28 de outubro de 2014, lançou a revisão da PNPS de 2006, pela Norma Técnica N. 18/14 (CONASS, 2014). Tal norma técnica aponta a necessidade de articulação com as demais políticas brasileiras, o fomento da real participação popular de seus movimentos organizados para o real enfrentamento dos condicionantes de saúde, e toma o SUS, as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, bem como as novas práticas, como referências e novos valores: “são valores fundantes no processo de efetivação da PNPS a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social” (CONASS, 2014, p.4).

Esses valores são convergentes às novas práticas e necessidades existentes e persistentes, para o melhor estabelecimento de vínculo e cidadania.

A questão da terminologia utilizada para designar o papel das pessoas no SUS tem sido preocupação de alguns sectores do Ministério da Saúde. No documento Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2010), traz a discussão acerca dos termos paciente, cliente e usuário. Enquanto o termo cliente “incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado”, o termo paciente indica “aquele que sofre, se submete sem criticar o tratamento recomendado”. Já o termo usuário, sendo mais abrangente, tem o “significado capaz de envolver o familiar, o trabalhador, a instituição, o gerente e o gestor do sistema de saúde” tudo ao mesmo tempo.

Adotando essa lógica, nesta pesquisa, será enfatizado o termo usuário para se referir ao participante dos grupos pesquisados.

Por outro lado, a realidade confirma que existem várias formas de vinculação num sistema de saúde, mas o que aqui se quer pôr em relevo, são os vínculos solidários entre os profissionais da saúde e os usuários do SUS.

3.4 SOBRE A FORMAÇÃO DE VÍNCULOS ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Conforme o estudo de Brunello et al., (2010), as relações entre profissionais e usuários se caracterizam como um possibilitador de conhecimento dos reais problemas das populações, um facilitador de vínculos para que ambos busquem juntos as soluções de problemas e melhorias dos serviços de saúde.

Existe então, a necessidade de um trabalho conjunto que é uma ferramenta forte dentro das ESFs e comunidades, no qual os profissionais se envolvem em algum momento da assistência. Já que muitas vezes os usuários em seu estado emocional fragilizado buscam espaços onde possam além de terem as suas necessidades atendidas, esperam encontrar profissionais habilitados para entender e encaminhar as ações de cuidado que atinjam suas expectativas nesse momento de vulnerabilidade.

Conforme Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008), isso implica uma responsabilização dos profissionais quanto ao uso de determinadas propostas terapêuticas. Os profissionais devem estabelecer relações claras com a comunidade e usuários pertencentes a seus territórios, tanto no consultório como nos serviços e agrupamentos de pessoas. É a ligação existente entre profissionais e usuário que faz com que o vínculo criado entre eles tenha tanta importância e faz com que a relação se torne mais humanizada.

O vínculo tem como foco central, a criação de laços entre usuários e profissionais de saúde, é consequência de uma relação mais próxima da população e a equipe de saúde. Essa aproximação, envolve afetividade, ajuda, respeito mútuo o que gera uma negociação que estimula a autonomia quanto a saúde e pode ainda auxiliar na cidadania.

Nesse encontro que ata ou liga as pessoas, o profissional e usuário, segundo Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) cada qual com intensões, interpretações, razões e sentimentos, habilidades e expectativas diferentes, muitas vezes em situação de desequilíbrio,

desenvolvem uma interação, que dependerá de como as equipes atuam junto aos usuários de sua área de abrangência.

Se esse encontro for capaz de fortalecer a participação do usuário, bem como estabelecer relação onde os sujeitos possam ser ouvidos, seus desejos entendidos dentro da complexidade das necessidades entre clínica e de um trabalho conjunto, essa ligação pode ser forte e dar conta de uma construção conjunta do vínculo não somente para área de saúde, mas propiciar uma maior autonomia e participação ativa das coletividades.

Concordando com Siqueira (2008, p. 40),

[...] o vínculo entre profissional e paciente que a ação de saúde impõe deve resultar em dois movimentos que se completam. O paciente que procura o profissional e o acolhimento que este lhe oferece. Ambos são qualitativamente distintos entre si.

Por outro lado, a realidade confirma que existem várias formas de vinculação num sistema de saúde, que os vínculos podem ter distinções, podem ainda ter uma caráter fortemente paternalista e redutor das capacidades dos indivíduos como o infantilizante, opressor em um modelo que aqui chamaremos de *compassivo*.

De acordo com Verdi (2010, p.262), em algumas ações de promoção da saúde “existe um risco de expropriação da saúde em virtude de delegar ao profissional da saúde a definição dos problemas de saúde, a escolha das estratégias a seguir e as decisões a tomar, como se estas fossem decisões de valor puramente técnicos”. E não são. Deve-se entender o cidadão no sentido de usuário, sem ser incluído e aceito apenas como ser social assistido pelo Estado por meio de seus profissionais da área de saúde, mas instigando o direito e dever aos “atendidos” de participarem na construção do projeto SUS; só assim se estará fortalecendo a construção do SUS.

Considerando a discussão feita até este momento e, principalmente, os princípios de diretrizes da Política Nacional da Humanização (BRASIL, 2004), a busca pela construção de vínculos solidários em parceria com o usuário deve ser persistente. Nesse sentido, deve-se instigar a participação social pelo processo de “empoderamento” das pessoas e dos grupos. O SUS e a PNH indicam os caminhos possíveis para serem incorporados pelas equipes de saúde.

Zoboli e Fracoli (2007) chamam atenção para as desigualdades sociais como uma das condições que deixam os usuários vulneráveis; porém, o profissional de saúde deve pautar o cuidado baseado na

solicitude e na emancipação dos sujeitos e grupos, para isso os vínculos que buscamos estão *baseados na nova promoção da saúde, ou solidários*, como os explicitados acima.

3.5 DIFERENTES VISÕES SOBRE VÍNCULO

Na área da Saúde, podemos perceber dois modelos de vinculação dos profissionais de saúde com os usuários, pois os vínculos podem ser: *paternalistas/compassivos* ou *co-produtivos de sujeitos/ solidários/ libertador*.

Tais práticas em saúde “podem propiciar a participação da comunidade/usuários, mas restrita a orientações dadas pelos profissionais, ou abrangente e efetiva na gestão compartilhada dos serviços de saúde e de seu processo saúde-doença. Que em suma, podem ser fundadas pela imposição ou troca de saberes. Em termos educacionais, trate-se da educação bancária e educação libertadora ou co-produtiva”. (MOREIRA et al., 2007, p.510).

Caponi (2000), no seu livro *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*, explica que, na lógica da compaixão piedosa, existe dissimetria entre quem assiste e quem é assistido. Podemos dizer, então que existe um modelo compassivo, segundo a autora, que exerce uma estratégia de poder, por reproduzir uma estratégia de racionalidade subordinante, que pode anular vínculos legítimos entre iguais.

Já, Paulo Freire (1987, p.19-20),

[...] define que a solidariedade é uma atitude radical que ao descobrir-se na posição de opressor, mesmo que sofra por este fato, não é ainda solidarizar-se com os oprimidos. Solidarizar-se com estes é algo mais que prestar assistência a trinta ou a cem, mantendo-os atados, contudo, à mesma posição de dependência. Solidarizar-se não é ter a consciência de que explora é “racionalizar” sua culpa paternalistamente. A solidariedade, exigindo de quem se solidariza, que “assuma” a situação de com quem se solidarizou, é uma atitude radical.

Para tanto, o autor enfatiza a necessidade de uma educação libertadora e problematizadora para o alcance da solidariedade e autonomia dos homens, com decodificações de informações e conscientização baseada na argumentação razoada.

A crítica é no sentido da estratégia de poder ser repensada, pois redes de compromisso e corresponsabilidade ficam cada vez mais difíceis para serem alcançadas, além da existência do caráter individualista e competitivista e culpabilizante, apesar de identificar-se nas ações muitos dos condicionantes de saúde, porém, por muitas vezes, normativo dos indivíduos.

Há necessidade de participação construtiva e consultiva de todos os atores sociais envolvidos, tais como usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde ou gestores, devendo a solidariedade ser edificada mediante "gestão compartilhada". Contudo, esse convite a formas democráticas de convivência está em desencontro com as formas hierárquicas de relacionamento vigentes numa sociedade tão vertical e estratificada como a nossa. Por outro lado, Traverso-Yépez (2007) aponta a pobreza não somente como pobreza de participação conjunta, mas como "pobreza de qualificação": além da falta de informação não se tem a característica, por muitas vezes, da construção conjunta.

Conforme Garrafa e Porto (2008, p.118),

O reconhecimento do direito coletivo a igualdade e pelo direito de indivíduo, grupos e segmentos precisam ter de incorporar o discurso da cidadania, não se restringindo as garantias asseguradas pelo estado (...). "Os direitos coletivos dizem respeito à diferença entre o simples existir e o viver, relacionando as condições para a manutenção da existência a qualidade de vida".

De acordo com Caponi (2000), a dependência e a submissão aos saberes redutores são reforçadas, sem muitas vezes serem questionadas. Assim, a miséria e o sofrimento deixam de ser obstáculos que devem ser superados já que solidariedade/empoderamento/autonomia têm potencial para agir nos condicionantes. O pensamento político é representativo de muitos pontos de vista, possibilitando o modelo de vínculos solidários, onde a possibilidade de crítica perante a participação e a construção conjunta gerariam vínculos mais simétricos. Essa possibilidade leva os diversos saberes a serem compartilhados e analisados.

É nesse ponto que a humanização também acontece: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede

SUS, na produção da saúde, implicando mudanças de cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a participação mais ativa dos atores do sistema de saúde por meio do controle social, incentivando práticas de promoção à saúde.

Igualmente, a PNH enfatiza a importância de incluir os trabalhadores na reinvenção de seus processos de trabalho, sendo, na medida do possível, agentes ativos das mudanças no serviço de saúde, incluindo usuários e suas redes sócio familiares nos processos de cuidado para ampliação da corresponsabilização no que diz respeito à saúde (BRASIL, 2013).

Como foi comentado anteriormente, a Carta de Ottawa, já apontava a importância da participação ativa dos cidadãos em todos os ordenamentos sociais. Então, a participação ativa da população é destacada como meio essencial para operacionalizar a saúde ou os condicionantes de saúde.

Assim, a promoção à saúde deve investir na formação integral do cidadão. Em nível local, pode-se partir das necessidades de saúde que possam ser identificados, tais como a informação e a disseminação dos processos de empoderamento, necessários para as tomadas de decisões políticas pertinentes às diversas áreas condicionantes da saúde.

O processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumir um maior controle dos fatores socioeconômicos e ambientais, bem como os pessoais que afetem sua saúde, o princípio de empoderamento – processo que começa a nível micro das interações, familiares, individuais e sociais e vai até os níveis macro das políticas - e a participação social não devem estar separados quando se quer uma sociedade mais solidária. Esse processo é de médio a longo prazo, abrangendo uma relação para a construção de instituições democráticas.

No entanto, certos problemas éticos persistem quando se deve decidir entre iniciativas limitadas a certos grupos – caracterizados como "grupos de risco" – ou generalizadas para toda a população. Para Traverso-Yépez (2007) é difícil definir limites, quando se pretende respeitar a liberdade de ação das pessoas, não sendo à toa que as práticas de intervenção da saúde pública têm sido, muitas vezes, apontadas como formas de controle social que não emancipam as pessoas, mas sim, mantêm a continuidade do *status quo*.

Nesse sentido, Caponi (2000) discute que o nosso corpo virou objeto de manipulação, ao reduzir as práticas médicas em partes, o corpo não mais pertence ao indivíduo é objeto de saber e sendo assim,

sobre qualquer objeto pode-se fazer uso, inclusive para práticas repetidas e prescritivas; tanto de ajustes como de condutas. Se as pessoas são objeto, se as práticas não evoluem, se a sociedade não participa da criação das políticas públicas de saúde, então, pessoas coisificadas podem ser facilmente manipuladas.

Garrafa e Soares (2013) comentam que sua reflexão se sustenta na hipótese de que não existe ruptura absoluta entre políticas baseadas no modelo compassivo e aquelas propostas pelo utilitarismo clássico, mas sim uma continuidade. E para que exista solidariedade é indispensável repensar as políticas em uma perspectiva diferente do utilitarismo difuso que sustenta o atual modelo.

Enquanto cidadãos(ãs) e profissionais da saúde deve-se procurar defender a solidariedade como um bem social, assim como a definiu Berlinguer (1993, p. 35):

[...] a solidariedade poderia tornar-se uma condição de sobrevivência e permitir, talvez, implantar sobre bases materialistas uma ética da ciência, de técnica, de convivência, pois esse princípio sempre teve raízes nas famílias, nas classes, nas etnias e agora tende-se a expandir-se no sentido temporal em direção a gerações futuras.

Ao referir-se à relação saúde e autonomia, Berlinguer (1996, p.124) diz que “saúde não é um bem único mas nobre”, quando afirma que a “melhor medicina para a sociedade” não apenas prescreve, mas também escuta o paciente, conseguindo não só informações, mas a participação ativa dos doentes no processo terapêutico, porque estuda as condições nas quais se desenvolvem as doenças, apontando as causas à sociedade, contribuindo, assim, desde seu próprio âmbito, para modificar os comportamentos e as “situações insalubres, sem intervir nos deveres alheios ou nas livres escolhas pessoais”. Assim,

[...] a autonomia de um indivíduo pressupõe, junto com sua liberdade, a capacidade de aproveitá-la tendo a sua disposição tanto conhecimento quanto condições psicofísicas adequadas. Essa não pode valer como regra geral, mas é amplamente reconhecido que a saúde é um fator que quase sempre favorece a livre escolha e a participação comunitária. (BERLINGUER, 1996, p.111).

Nesse caso, o autor faz referência aos indivíduos como “titulares de direitos”, referindo-se a eles como “responsáveis pelos deveres que se impõem – para a saúde e para qualquer outra aspiração”. Desse modo, o

[...] reequilíbrio entre direitos e deveres e o reconhecimento da contribuição de outros elementos, além do Estado, tende a dar-lhes maior aplicação. Mas essa atualização não tira o valor de ter sido proclamado como direito básico [...]; realmente contribui na ampliação da esfera de direitos humanos e para estabelecer relações de solidariedade entre os cidadãos [...]. (BERLINGUER, 1996, p. 74-5).

O direito de cidadania pressupõe o atendimento pelo Estado, através de políticas públicas capazes de realmente incluir as comunidades.

Nessa direção, Verdi (2002, p.178), explica que a reorientação dos serviços de saúde parte da premissa de que ao setor saúde cabe desenvolver um papel que transcenda a mera responsabilidade de prover serviços assistenciais à população, buscando superar o modelo biomédico. Os serviços na área da saúde, além de prestarem assistência médica, devem estar abertos à concepção de promoção da saúde, no sentido de favorecer o diálogo e a ação intersetorial entre a saúde e os setores sociais, econômicos, políticos e ambientais.

Contudo, a responsabilidade da cidadania entre essas ações intersetoriais, desempenhadas pelos profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, os políticos e as autoridades públicas, deve possibilitar contribuições imprescindíveis para a prática da promoção à saúde e, conseqüentemente, para a maior participação social (BUSS, 2000).

A partir dessas disposições legais, Verdi e Caponi (2005) alertam que, para redescobrir a saúde como um valor, são necessárias mudanças nas práticas profissionais, inclusive, chamando a atenção para a necessidade de reflexão sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores da área de saúde como agentes promotores da melhoria da qualidade de vida da população. Para uma sociedade mais justa e democrática, dirigidos pelo olhar da bioética cotidiana, é preciso uma sociedade mais solidária, para isso é necessário partir da transposição do discurso para a prática (VERDI, 2002).

3.6 GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA POTENCIALIDADE

Como uma das formas de atendimento e vinculação que os profissionais podem oferecer ao usuário do SUS, nos centros de saúde, é o agrupamento de pessoas que se reúnem para ter um suporte promotor da dignidade humana, tendo sempre como norte a melhoria na dignidade de vida, visando a capacitação da comunidade para se organizar em relação aos seus interesses. E assim poder superar os vazios do modelo biomédico (SILVA *et al.*, 2014).

Os grupos de promoção à saúde (GPS) são organizados, normalmente,

por meio de mútuas representações internas e sob a influência de micro e macro-determinantes. Seus objetivos são construídos de forma contínua a fim de potencializar as capacidades dos sujeitos, e conduzir mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia e ao enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis/desnecessários (SANTOS *et al.*, 2006, p.347).

Ainda conforme Santos *et al.*, (2006), a metodologia dos GPS, no contexto do SUS, se diferencia segundo as (1) “intervenções por meio de Grupos Terapêuticos”, enquanto atuações que objetivam a “melhoria de patologias específicas dos indivíduos”, (2) das “ações preventivistas”, que trata das condutas individuais de autocuidado e; (3) das oficinas para a promoção e cidadania, na medida em que “se autodefinem como distintas dos Grupos Terapêuticos pela ênfase nos aspectos lúdicos dos encontros”.

Outro aspecto importante refere-se ao alcance político que os GPS proporcionam, permitindo aos homens e às mulheres, através do “resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal, e deste para um outro mais amplo, o social” (SANTOS *et al.*, 2006, p.348).

Portanto, ainda segundo Santos *et al.*, (2006), as ações dos grupos se fundamentam na nova concepção de Estado e nas respectivas políticas públicas, uma vez que são concebidas como “iniciativas do Estado e da população organizada capaz de tomar decisões de maneira autônoma”. Assim, os usuários, inclusive os profissionais de saúde, podem exercer seus direitos à cidadania, desenvolvendo a consciência em relação à melhoria da sua vida no que concerne ao seu direito à vida em condições legítimas de dignidade como pessoa humana e como elemento participativo da construção social e política do país.

Os GPS, ao atuarem no campo comunitário, abrem possibilidades para as ciências da saúde e do ser humano, horizontes que vão além do simples objetivo de combater as doenças dos indivíduos. Estes deverão acrescer à sua tarefa a preocupação com a própria identidade da pessoa humana na busca do grau mais elevado possível de saúde física, mental e social para si e para a sociedade em que vivem. Trata-se da aprendizagem cidadã destacada por Morin (2004 apud SANTOS et al., 2006, p.348): “A educação deve contribuir para a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar cidadão”.

4 METODOLOGIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo está apoiado na perspectiva qualitativa. Para tal, usaremos revisão de literatura que de acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), é uma síntese capaz de criar uma ampla visão sobre o conhecimento. Sendo escolhida a Revisão Sistemática da Bibliografia, pois essa sintetiza estudos primários para responder a uma pergunta específica, através de estudos de fontes de informações bibliográficas e eletrônicas. E para fundamentar o tema, foram incluídos artigos/pesquisas relevantes. Para o maior alcance do objetivo que é compreender a produção de vínculos nos grupos de promoção da saúde na Atenção Básica, usaremos a Revisão Integrativa.

Mendes, Silveira e Galvão (2008), dizem que para tal, serão necessárias algumas etapas. No geral, são necessárias 6 etapas.

Na primeira etapa, de acordo com o processo de revisão integrativa se inicia com a definição do problema e a formulação de uma hipótese. No caso do presente estudo:

- Como é descrita, nos estudos científicos, a constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica, a partir de uma revisão integrativa da literatura?

Souza, Silva e Carvalho (2010), afirmam que a Elaboração da Pergunta Norteadora, determina quais as informações serão coletadas de cada estudo selecionado.

Na Segunda Etapa, após a escolha do tema e formulação da Questão de pesquisa, se inicia a busca na base de dados. Esses devem incluir todos os estudos encontrados e, após deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta.

A base de dados consultada foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: “promoção da saúde” ou “promoção à Saúde” ou “promoção de saúde” e “atenção primária” ou “atenção básica” ou “estratégia de saúde da família” ou “saúde da família“ e “Grupos”: (tw:(promoção da saúde)) OR (tw:(promoção a

saúde)) OR (tw:(promoção de saúde)) AND (tw:(atenção primária)) OR (tw:(atenção básica)) AND (tw:(estratégia de saúde da família)) OR (tw:(saude da família)) AND (tw:(grupos)) AND (instance:"regional")

Desses, foram estabelecidos, estudos que tivessem sido realizados no Brasil, e tivessem textos inteiros. (tw:(promoção da saúde)) OR (tw:(promoção a saúde)) OR (tw:(promoção de saúde)) AND (tw:(atenção primária)) OR (tw:(atenção básica)) AND (tw:(estratégia de saúde da família)) OR (tw:(saude da família)) AND (tw:(grupos)) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND país_afiliacao:(("^iBrasil^eBrasil^pBrasil^fBrésil"))

Quando colocados os filtros de textos disponíveis e país de filiação, ficaram 36 resultados.

Destes 36 resultados, foram selecionados os textos em que continham, pesquisas realizadas com Grupos, ou com profissionais que realizavam grupos.

Dos estudos encontrados, foi tomado o cuidado de tirar os repetidos, sendo que havia apenas um repetido. Ficaram então 35 textos. Desses, os que foram apenas selecionados os estudos realizados em Grupos; restaram 15 textos, que foram analisados p o presente estudo.

Para a Terceira Etapa, de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), onde devem existir uma definição de informações a serem extraídas. Essa, geralmente abrangendo sujeitos, os objetivos, a metodologia empregada, resultado e principais conclusões. Criamos uma tabela, que se encontra abaixo, caracterizada, que demonstra a ordem dos artigos utilizados para o estudo.

A Quarta Etapa, de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características do estudo. Para, Mendes, Silveira e Galvão (2008), equivale a análise de dados; e deve ser usada a avaliação crítica, para responder à questão de pesquisa; porque a questão é importante; (a metodologia, os sujeitos; e o que a questão de pesquisa responde).

A Quinta Etapa, para Souza, Silva e Carvalho (2010), é a síntese dos re-sultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico, pela interpretação do autor, salientado por suas conclusões.

Na Sexta Etapa, a final, Mendes, Silveira e Galvão (2008), referem que a revisão integrativa deve incluir informações suficientes para o leitor avaliar a pertinência do estudo. Deve conter a descrição das etapas, e os principais resultados encontrados. Para diminuir os vieses, para isso explicação clara do procedimento é necessário.

5 RESULTADOS

Os Resultados desta Dissertação estão descritos no Artigo apresentado na Parte II.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde e da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 16, n. 1, p. 319-25, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida**: ética, ciência e saúde. Salvador: APCE, 1993. 218 p. (Saúde em Debate, 57).

_____. **Ética da saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-36, maio-ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 19 maio 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Presidência da República. Lei nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a, p.18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990b, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed.; 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria–Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº 648/GM/2006, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de março de 2006a, Seção 1, p.71. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política

Nacional de Humanização. **HumanizaSus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed.; 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso: 06 mar. 2013.

_____. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). **Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização – PNH [Folheto]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul. Enferm. [online]**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciê. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia Saúde da Família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Rem: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte (MG), v. 17, n. 4, p. 864-72, out./dez. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro (RJ), v. 16, n. 12, p.4643-52, dez. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>>. Acesso: 26 fev. 2013.

CAPONI, S. **Da compaixão a solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-46, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>>. Acesso: 26 fev. 2013.

CARNEIRO, D. G. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a promoção da segurança alimentar e nutricional na Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir de uma experiência educativa. **Rev. APS**, Juiz de Fora (MG), v. 13, n. 4, p. 510-17, out./dez. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (CONASS). Nota Técnica N. 18/14, de 28 de outubro de 2014. Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2014/01/NT-18-2014-Politica-de-Promoc%CC%A7a%CC%83o-da-Sau%CC%81de.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

COSTA, E. M.; RABELO, A. R.; LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara (SP), v. 35, n. 1, p. 81-8, 2014.

COSTA, R. C.; RODRIGUES, C. R. F. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. APS**, Juiz de Fora (MG), v. 13, n. 4, p. 465-75, out./dez. 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e

promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

ESCORES, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 323-64.

_____; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 279-322.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1119-42, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a04v20n4.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 25-58.

FLISCH, T. M. P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. **Interface (Botucatu) [online]**, Botucatu (SP), v. 18, Supl. 2, p.1255-68, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1255.pdf>> Acesso em: 12 maio 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1987. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/files/PedagogiadoOprimido.pdf>> Acesso em: 12 maio 2015.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na atenção básica à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. -(Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS; v. 2). p. 105-16.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética de intervenção considerações

sobre economia e mercado. **Bioética**, v. 13, n. 1, p. 111-23, 2008.

Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96/91>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____; SOARES, S. P. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. **Bioethikos**, São Paulo (SP), v. 7, n. 3, p. 247-58, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/105/1809.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-72, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a16v43n2.pdf>>. Acesso: 26 fev. 2013.

GORAYEB, R.; BORGES, C. D.; OLIVEIRA, C. M. Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. **Psicol. Ciênc. Prof. [online]**. Brasília (DF), v. 32, n. 3, p. 674-85, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a12.pdf>>. Acesso: 26 fev. 2013.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: na analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Info. Libr. J.**, v. 26, n. 2, p. 91-108, jun. 2009. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora (MG), v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc. [online]**, São Paulo (SP), v. 21, n. 4, p.884-94, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2014.

KERBER, N, P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-12,

abr.-jun. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/12.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 7 de ago. 2016.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V, P.; MACHADO, M. F. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-64, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2014.

MOREIRA, J. et al. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Contrapontos**, Itajaí/SC, v. 7, n. 3, p. 507-21, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/920/775>>. Acesso: 14 maio 2015.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo (SP), v. 43, n. 3, p. 455-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6910.pdf>>. Acesso: 14 maio 2015.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação a saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Rev. Interface (Botucatu) [online]**, Botucatu (SP), v. 18, Supl. 2, p. 1389-400, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1389.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. **Carta de Ottawa.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, I, Ottawa (Canadá), Novembro de 1986. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. **Declaração de Adelaide.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, II, Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/declaracao-de-adelaide/>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. **Declaração de Sundsvall.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, III, Sundsvall, Suécia, 9 a 15 de Junho de 1991. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. **Declaração de Jacarta.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, IV, Jacarta, República de Indonésia, 21-25 de Julho de 1997. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/h_pr_jakarta_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. **Declaração do México.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, V, Cidade do México, México, 5 de junho de 2000. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. **Carta de Bankock:** Para a promoção da saúde em um mundo globalizado. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VI, Bankock, Tailândia, 5 a 11 de agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

_____. **Conferência de Nairobi.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VII, Nairobi,

Kenya, 26 a 30 de Outubro de 2009. Disponível em:
<file:///C:/Users/Clivia/Downloads/bulletin-n1-pt.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2014.

_____. **Declaração de Helsinque:** sobre saúde em todas as políticas. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, VIII, Helsinque, Finlândia, 10 a 14 junho de 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%AAncia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saude**, Fortaleza (CE), v. 26, n. 3, p. 358-64, jul./set. 2013.

RETICENA, K. O. et al. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 107-13, abr./jun. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo (SP), v. 40, n. 2, p. 346-52, abr. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>. Acesso em: 05 out. 2014.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção à saúde: princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)[online]**, Botucatu, v. 7, n. 12, p.101-22, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo (SP), v. 48, n. 1, p. 76-85, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0076.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

SILVA, M. A. et al. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm. [online]**, Curitiba (PR), v. 11, n. 2, p. 143-9, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6856/4870>>. Acesso em: 22

ago. 2015.

SIQUEIRA, J. E. A arte do cuidado. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Orgs.). **Bioética Clínica**. São Paulo: Gaia, 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein [online]**, São Paulo (SP), v. 8, n. 1, Pt. 1, p. 102-6, 2010. <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 07 de ago. 2016.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)[online]**, Botucatu, v.11, n. 22, p. 223-38, maio./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

UCHOA, A. C. 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 [online]**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1061-76, 2011.

VERDI, M. **Da Hausmannização às cidades saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do Século XX**. 2002. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84371/190193.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 jun. de 2014.

_____. Interfaces entre bioética e políticas públicas: a propósito dos conflitos éticos envolvendo a promoção da Saúde. In: CAPONI, S. et al (Orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. 2. ed. Palhoça/SC: Ed. Unisul, 2010. p. 255-64.

_____; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf>> Acesso: 12 Abr. 2014.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de política de saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2013. p. 59-88.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **O mundo da Saúde [online]**, São Paulo (SP), v. 30, n. 2, p. 312-17, abr./jun. 2006. Acesso em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/incorporacao_valores.pdf> Disponível em: 08 maio 2013.

_____. A vulnerabilidade, bioética e enfermagem em saúde coletiva. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida (SP): Ideias & Letras; São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 139-57.

PARTE II

ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO CIENTÍFICO: VÍNCULO NOS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA

VÍNCULO NOS GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA

Clivia Beltrame Vasconcelos¹
Marta Inez Machado Verdi¹

1. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Clivia Beltrame Vasconcelos

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Pública

Campus Universitário - Trindade

CEP 88040-970: Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

E-mail: kikabeltrame@hotmail.com

RESUMO

O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica acerca da produção de vínculos nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica, buscando identificar os tipos de vínculo estabelecidos, as potencialidades e fragilidades nesse processo. Foram recuperados a partir dos critérios de localização e seleção, 15 artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os dias 04 a 10 junho de 2016. Em geral, os artigos analisados apresentaram metodologias diferenciadas, com estudos de abordagens do tipo quantitativos e qualitativos. Bem como as técnicas de coleta de dados também foram variadas. Os participantes dos estudos foram profissionais de saúde, gestores ou usuários. No processo de análise dos 15 artigos selecionados a fim de responder à questão de pesquisa, foram identificadas subcategorias que sistematizadas transformaram-se em 4 categorias: Vínculo construído no processo de trabalho; Vínculo e suas diferentes visões; Entre o individual e coletivo – possibilidades para a promoção da saúde; Vínculo: promoção da saúde e educação em saúde. Conclusão:

Foi possível identificarmos nos estudos, que ainda predomina uma concepção biologicista do ser humano. Esse modelo de saúde contempla ações, predominantemente, reabilitadoras, curativas e preventivas, com enfoque na doença de caráter individual, fragmentada. Também é possível perceber uma fase transicional, do modelo, nas práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas, porém diante dos problemas de saúde individual, esse ainda se desenrola timidamente nas atividades coletivas de grupo.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Atenção Básica. Saúde da Família. Grupos.

ABSTRACT

Group activities are part of the assignments of multidisciplinary teams of Primary Care as a key device for the promotion of health and autonomy, the subjects' active participation, favoring the bond formation between health professionals and users. In this regard, the objective of this study was to review the scientific literature about producing bonds in health promotion groups developed in primary care in order to identify the types of bond established, the potential and weaknesses in the process. A systematic review of the literature was performed, in which were retrieved, as of the location and selection criteria, 15 articles in the Virtual Health Library between the days 4 and 10 of June 2016. In general, the articles analyzed presented distinct methodologies, with studies of quantitative and qualitative approaches. As well as data collection techniques that were also varied. The study participants were health professionals, managers and users. In the review process of the 15 selected articles were identified 4 categories: Bond built in the work process; Bond and its different views; Between individual and collective - possibilities for health promotion; health promotion and health education. It was possible to identify in the studies, which still dominates a biologicist concept of the human being. This health model features actions, predominantly, rehabilitative, curative and preventive, focusing on the individual nature of the disease, fragmented. It is also possible to notice a transitional phase, of the model, in the collective practices aimed to enhance the autonomy and the well-being of people, however in face of the individual health problems, this still timidly unfolds in the group collective activities.

Keywords: Health Promotion. Primary Health Care. Family Health. Groups.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde vem sendo entendida como um processo político e inovador, pois a partir da reformulação dos conceitos de saúde e Estado, possibilita a recondução das práticas de saúde considerando a qualidade de vida e a cidadania (BUSS, 2000). É importante destacar que no sentido de superar o predomínio do modelo centrado na enfermidade, as várias conferências e declarações acerca da promoção da saúde têm se constituído em potencializadoras do novo modelo de abordagem positiva da saúde (BRASIL, 2002).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), convocou a Primeira Conferência Internacional sobre cuidados Primários, ocorrida na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão. Deste encontro, surgiu um documento paradigmático para a Atenção Primária à Saúde, a Declaração de Alma-Ata. Tal declaração estabelece a saúde como direito humano, requerendo para isso a ação organizada dos Estados e da sociedade civil, para aumentar a capacitação dos indivíduos e das comunidades para melhor qualidade de vida, garantindo o direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (OMS, 1978).

A partir disso, o Brasil começou, desde a década de 80, a desenvolver uma série de tentativas para reestruturação de seu modelo de saúde, investindo em Atenção Básica à Saúde (ABS), visando à reorganização do modelo de atenção, até então de caráter fortemente “hospitalocêntrico”. Nessa perspectiva, passou-se a construir um novo modelo para uma atenção mais próxima das famílias, criando o vínculo cotidiano entre as pessoas e os profissionais de saúde a fim de facilitar e fortalecer dimensões relacionais no cuidado e, por fim, melhorar a saúde dos brasileiros (BRASIL, 2006b).

Um dos pilares para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos 25 anos, tem sido a Atenção Básica (AB) como reorientador do modelo de atenção à saúde. Conforme Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a AB é considerada como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada do sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção à pessoa e não à enfermidade no decorrer de todo o tempo, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro nível do sistema. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma lógica curativa, desintegrada para uma promocional, integrada com outros níveis de

atenção. É uma estratégia flexível, caracterizada pelo contato do usuário com a equipe de saúde, que garanta uma atenção integral e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos capazes de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não descriminalize grupos humanos.

Através do Programa de Saúde de Família (PSF), posteriormente Estratégia de Saúde de Família (ESF), a atenção básica tornou-se uma ação marcada pela centralidade na pessoa, nas famílias, nas coletividades, em resumo, no integral e não no individual. Isso significa a equipe de saúde assumir a responsabilidade pelo cuidado da população inserida em um recorte territorial chamado “área de abrangência” (BRASIL, 2006a).

O trabalho com base em um território definido constitui-se como uma diretriz essencial do SUS, promovendo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade desse cuidado, através da vinculação dessas populações às suas equipes de saúde. Conforme Zoboli e Fracoli (2006), a qualidade e precisão da confiança e o respeito aos indivíduos, para maior protagonismo e autonomia, pode ser alcançado quando existe a incorporação de determinados valores e atitudes ao trabalho das equipes como proteção e promoção da dignidade das pessoas e esses valores poderiam até intensificar a dedicação e empenho das mesmas equipes.

Campos (2007) explica que a condição básica para construção de vínculo está na capacidade de uma equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde dos que vivem sob sua área de abrangência. Assim, o papel do profissional de saúde é possibilitar essa mútua tarefa, estimulando a capacidade das pessoas de refletirem sobre sua condição de saúde. O autor sugere ainda formas para envolver a comunidade na produção de saúde através de grupos.

Como uma atribuição das equipes da ESF, o trabalho em grupo, além de ser uma alternativa para as práticas individuais, é um dos principais dispositivos para a promoção da saúde e da autonomia, pela participação ativa dos sujeitos. Segundo Furlan e Campos (2012), os grupos incluem o aprendizado subjetivo de novas formas de lidar com os problemas, ações mais educativas que curativas, gerar integração na comunidade e favorecer as ações de redes de cuidado. Os grupos de promoção da saúde, ainda podem favorecer o aprimoramento de todos os envolvidos, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença.

Entretanto, esse tipo de prática ainda não está consolidado no âmbito da APS, percebendo-se que a maioria das experiências focalizam ações preventivas e curativas, individualizantes.

Considerando a possibilidade de os grupos de promoção da saúde servirem tanto à manutenção do status quo, quando baseados em ações preventivas, quanto à transformação social, quando fundamentados em ações de promoção da saúde, no empoderamento e autonomia dos sujeitos, esse estudo busca responder a seguinte pergunta de pesquisa:

- Como é descrita, nos estudos científicos, a constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica?

Nesse sentido, este estudo objetiva revisar a literatura científica acerca da produção de vínculos nos grupos de promoção da saúde desenvolvidos na Atenção Básica, buscando identificar os tipos de vínculo estabelecidos, as potencialidades e fragilidades nesse processo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistematizada do tipo qualitativa, com abordagem integrativa (GRANT; BOOTH, 2009), cuja pesquisa foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), bases que integram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O levantamento dos dados foi realizado no período de 04 a 10 de junho de 2016, utilizando como termos de busca “promoção da saúde” ou “promoção à Saúde” ou “promoção de saúde” e “atenção primária” ou “atenção básica” ou “estratégia de saúde da família” ou “saúde da família” e “Grupos”: (tw:(promoção da saúde)) OR (tw:(promoção a saúde)) OR (tw:(promoção de saúde)) AND (tw:(atenção primária)) OR (tw:(atenção básica)) AND (tw:(estrategia de saúde da familia)) OR (tw:(saude da familia)) AND (tw:(grupos)) AND (instance:"regional").

A busca nas bases de dados possibilitou a recuperação de 142 artigos para análise. De acordo com os critérios de exclusão, foram excluídos inicialmente 123 artigos por não focarem estudos no Brasil ou não haver texto completo disponível. Na sequência, foram eliminados mais 4 artigos por não tratarem de trabalhos em grupo, restando assim 15 artigos incluídos para leitura e análise, conforme apresentado no fluxograma da Figura 01.

Foram incluídos artigos originais, em língua portuguesa, sem restrição do período de publicação, que abordassem a temática do

estudo.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.

RESULTADOS

Ao analisar os artigos incluídos nesse estudo, inicialmente, observou-se as suas características gerais como objetivos e metodologia (Quadro 1). Os quinze artigos analisados apresentaram metodologias diferenciadas, com estudos de abordagens do tipo quantitativos e qualitativos. As técnicas de coleta de dados também foram variadas, dentre as quais se destacaram: questionários, entrevistas, observação participante e grupos focais. Os participantes dos estudos foram profissionais de saúde, gestores ou usuários.

Quadro 01 – Distribuição dos artigos segundo título, autor, objetivo e metodologia.

N	Título artigo	Autores/ Ano	Objetivo	Metodologia
1	Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde	Ferreira Neto e Kind (2010)	Conhecer e avaliar as práticas de grupo, como instrumento de promoção da saúde, desenvolvidas por Equipes de Saúde da Família (ESF) nos nove distritos sanitários de Belo Horizonte.	Tipo de estudo: qualitativo Participantes: gerentes, profissionais e usuários de UBS. Coleta de dados: Entrevista, grupo focal e observação participante. Período coleta: maio de 2007 a agosto de 2008 Análise dados: análise temática
2	A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família	Horta <i>et al.</i> , (2009).	Discutir a prática de grupos na ESF como uma das possibilidades da Promoção da Saúde	Tipo de estudo: exploratório-descriptiva de abordagem qualitativa. Participantes: 28 profissionais da ESF Coleta de dados: entrevista com roteiro semi-estruturado. Período da coleta: não mencionado Análise dos dados: Análise do discurso
3	Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família	Costa e Rodrigues, (2010).	Identificar a percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família, localizada na zona Leste de São Paulo.	Tipo de estudo: exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. Participantes: pessoas que frequentam/ram grupo na UBS (pintura, canto, caminhada, idosos ,hipertensão/diabetes e gestantes) Coleta de dados: entrevista Período da coleta: junho 2009 Análise dos dados: análise temática
4	Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social	Silva et al., (2006).	Analisar se o trabalho com grupos, nesse contexto, se constitui como espaços geradores ou potencializadores de participação da comunidade e controle social do serviço.	Tipo de estudo: pesquisa exploratório-descriptiva. Participantes: profissionais de oito Unidades de Saúde da Família (USF) de Cuiabá. Coleta de dados: entrevista Período da coleta: março a julho de 2005 Análise dos dados: análise a partir das categorias grupo, participação e trabalho de enfermagem

Continua...

N	Título artigo	Autores/ Ano	Objetivo	Metodologia
Continuação				
5	Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HiperDia	Reticena et al., (2015).	Compreender como o idoso avalia as atividades do HiperDia	Tipo de estudo: pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa. Participantes: idosos do programa HiperDia. Coleta de dados: grupos focais. Período da coleta: novembro a dezembro de 2013. Análise dos dados: análise temática de conteúdo.
6	Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica	Camargo, Anjos e Amaral, (2013).	Levantar as ações de atenção primária à saúde do portador de HAS relatadas pela equipe de saúde da família com ênfase nas intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro.	Tipo de estudo: descritivo Participantes: profissionais da ESF. Coleta de dados: entrevista Período da coleta: não mencionado Análise dos dados: análise de conteúdo
7	Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?	Flisch et al., (2014).	Analisar percepções e experiências em Educação em Saúde de 166 profissionais de equipes de Saúde da Família de Contagem (MG, Brasil).	Tipo de estudo: transversal e descritivo. Participantes: 166 profissionais da ESF. Coleta de dados: questionário Período da coleta: ano de 2011 Análise dos dados: análise descritiva com uso do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0)
8	Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária	Costa, Rabelo e Lima, (2014).	Analisar as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos realizadas pelo profissional farmacêutico desenvolvidas em grupos de usuários de uma Unidade de Saúde da Família.	Tipo de estudo: descritivo transversal Participantes: usuários de grupos de gestantes e de idosos Coleta de dados: diário de campo e questionário Período da coleta: dezembro de 2011 a janeiro de 2012 Análise dos dados: análise estatística
9	Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde	Reis e Vieira, (2013).	Compreender as demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde, no município de Fortaleza-CE	Tipo de estudo: qualitativo Participantes: 13 terapeutas ocupacionais do NASF Coleta de dados: grupo focal Período da coleta: março 2011 Análise dos dados: análise temática
Continua...				

N	Título artigo	Autores/ Ano	Objetivo	Metodologia
Continuação				
10	Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento	Kanno, Bellodi e Tess, (2012).	Investigar as dificuldades e as formas de enfrentamento referidas por profissionais de equipes da ESF frente às demandas médico-sociais apresentadas pelos usuários em seu cotidiano de trabalho.	Tipo de estudo: abordagem qualitativa Participantes: 68 profissionais de 3 USF Coleta de dados: grupo focal e entrevista Período da coleta: outubro de 2008 a janeiro de 2009 Análise dos dados: análise temática
11	Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional	Gorayebe, Borges e Oliveira, (2012).	Retratar a experiência de psicólogos do Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade em Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto, SP.	Tipo de estudo: descritivo Participantes: psicólogos do NASF Coleta de dados: não mencionado Período da coleta: não mencionado Análise dos dados: não mencionado
12	Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira	Campos et al., (2011).	Avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira (Campinas – SP)	Tipo de estudo: avaliativo de abordagem qualitativa Participantes: dois grupos pela técnica de cluster Coleta de dados: grupo focal e entrevista Período da coleta: não mencionado Análise dos dados: comparativa
13	Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte	Uchoa et al., (2011).	Avaliar a satisfação do usuário quanto ao cuidado do Programa de Saúde da Família (PSF) de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte.	Tipo de estudo: etnográfico, estudo de caso Participantes: 60 usuários Coleta de dados: 4 grupos focais Período da coleta: outubro a dezembro de 2007 Análise dos dados: análise de conteúdo
14	O agente comunitário de saúde e a promoção da segurança alimentar e	Carneiro et al., (2010).	Discutir a experiência de formação de ACS de uma ESF em Segurança Alimentar e Nutricional, evidenciando os	Tipo de estudo: relato de experiência Participantes: ACSs Coleta de dados: oficinas Período da coleta: maio a setembro de 2008
Continua...				

N	Título artigo	Autores/ Ano	Objetivo	Metodologia
Conclusão				
	nutricional na estratégia saúde da família: reflexões a partir de uma experiência educativa		conhecimentos produzidos nessa incursão educativa.	Análise dos dados: não mencionado.
15	Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico	Nascimento et al., (2009).	Avaliar práticas de saúde bucal coletiva de dois modelos de atenção à saúde familiar	Tipo de estudo: qualitativo Participantes: 58 cirurgiões-dentistas da ESF (24 de Curitiba e 34 de Campinas) Coleta de dados: grupo focal Período da coleta: agosto a outubro de 2006 Análise dos dados: hermenêutica- dialética.

O quadro 2 mostra os principais resultados observados nos estudos analisados, destacando-se as diferentes concepções de promoção da saúde, bem como a respectiva prática educativa em grupo, além de possibilitar identificar as fragilidades e potencialidades da atividade desenvolvida em grupo.

Quadro 02 – Distribuição dos artigos segundo título, autor, ano de publicação e principais resultados.

Título artigo	Autores/Ano	Principais resultados do estudo
Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde	Ferreira Neto e Kind, (2010).	Identificada a dificuldade da replicação dos grupos de promoção à saúde, pois cada equipe, grupo e comunidade tem seu próprio jeito para criar um grupo de acordo com a realidade local. Necessidades de trocar experiências entre as UBS podem gerar estratégias para a multiplicação e intensificação.
A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família	Horta et al., (2009).	Os grupos como principal ação de promoção da saúde e esses como racionalizadores do trabalho, ainda dirigidos a demandas específicas.
Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família	Costa e Rodrigues, (2010).	Observou-se tendência e valorização das práticas de atendimento clínico-individual. Sobre os grupos, as opiniões foram positivas, destacando-se o grupo de caminhada em relação à participação e conhecimento.
Continua...		

Título artigo	Autores/Ano	Principais resultados do estudo
Continuação		
Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social	Silva et al., (2006).	Os enfermeiros realizam grupos com os recortes programáticos vigentes na prática da saúde pública tradicional. Os grupos se reduzem à informação coletiva sobre doenças e tratamento e se consolidam como estratégia assistencial, enquanto a dimensão de empoderamento para o exercício da cidadania é reduzida.
Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HiperDia	Reticena et al., (2015).	Os idosos percebem ações do HiperDia como fonte de orientação e esclarecimento acerca de sua saúde, estimulando a mudança de hábitos. E associam o acesso a consultas e medicamentos às atividades educativas, sendo este o principal motivador para sua participação.
Estratégia Saúde da Família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica	Camargo, Anjos e Amaral, (2013).	O foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno. As intervenções devem sustentar-se no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde, doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade.
Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?	Flisch et al., (2014).	Foi constatada a necessidade de processos de educação permanente para os profissionais e implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.
Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária	Costa, Rabelo e Lima, (2014).	A inserção do farmacêutico na Atenção Primária, considerando as características de um espaço multidisciplinar e a adequação de metodologias participativas, minimiza uma prática tecnicista e o individualismo profissional.
Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde	Reis e Vieira, (2013).	Os terapeutas ocupacionais sensibilizaram as equipes para ações conjuntas mediante atividades de promoção da saúde a grupos prioritários e criaram espaços de planejamento para a construção da integralidade da atenção. Entende-se que diversidades e especificidades inerentes ao território estão relacionadas às necessidades, e o cotidiano comunitário, juntamente com os tensionamentos no campo, contrapõe-se à lógica do trabalho em equipe, implicando em fragilidade das ações dos apoiadores.
Continua...		

	Título artigo	Autores/Ano	Principais resultados do estudo
	Conclusão		
0	Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento	Kanno, Bellodi e Tess, (2012).	No enfrentamento das dificuldades, destacam-se as estratégias coletivas, especialmente as reuniões de equipe e apoio matricial, nas quais há troca de experiências, conhecimentos e apoio compartilhado. Os resultados indicam que as dificuldades referidas podem deixar os profissionais da ESF em situação de vulnerabilidade, tal como os usuários por eles atendidos.
1	Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional	Gorayebe, Borges e Oliveira, (2012).	Promoção de Saúde na Comunidade pode contribuir para uma formação adequada de psicólogos que pretendem atuar na área da Atenção Básica.
2	Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira	Campos et al., (2011).	Detectou-se um papel estratégico do agente comunitário de saúde para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população. As práticas de promoção à saúde ainda não estão consolidadas.
3	Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte	Uchoa et al., (2011).	Evidenciou satisfação pela ampliação do acesso; melhoria da qualidade; vínculo; acolhimento e visita domiciliar. O motivo de insatisfação foi a presença descontinua das equipes e a falta de centros de saúde. Ações de promoção e controle social eram praticamente inexistentes.
4	O agente comunitário de saúde e a promoção da segurança alimentar e nutricional na estratégia saúde da família: reflexões a partir de uma experiência educativa	Carneiro et al., (2010).	Os momentos educativos compartilhados com os ACSs demonstraram ser essenciais para estimular a construção de um vínculo capaz de elevar o compromisso e favorecer a análise crítica da realidade comunitária e de trabalho.
5	Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico	Nascimento et al., (2009).	Houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais nas duas cidades.

No processo de análise dos 15 artigos selecionados a fim de responder à questão de pesquisa, foram identificadas subcategorias que sistematizadas transformaram-se em 3 categorias: Vínculo e suas

diferentes visões; Entre o individual e coletivo: possibilidades para a promoção da saúde; Vínculo: promoção da saúde e educação em saúde.

Vínculo construído no processo de trabalho

Ao analisar a constituição de vínculo entre profissionais e usuários nos artigos selecionados, foi possível perceber diferentes motivações que impulsionaram a realização de atividades de modo coletivo, em grupo. Algumas motivações podem ser interpretadas como positivas que buscavam transformar o processo de trabalho no sentido de qualificar a atenção à saúde.

Nesse sentido, foram apontadas questões relativas à organização do serviço que influenciam a implementação de grupos, destacando-se a prática de grupo como estratégia para atender o excesso de demanda espontânea. Outros estudos já mostraram que a motivação principal para os grupos de promoção da saúde se relacionava com o esforço de transformação das práticas de saúde tradicionalmente centradas na doença, ou ainda como forma mais participativa e dialógica no processo de cuidado em saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2010; HORTA et al., 2009).

Por outro lado, percebeu-se também que tradicionalmente os grupos são formas de transmissão de informações inerentes à atenção baseada no saber científico, pois a atenção à saúde ainda está baseada num modelo onde o cuidado é dependente de saberes técnicos especializados para a saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2010). São muitas as fragilidades advindas desse modelo, tais como a manutenção de uma relação de poder transversal, onde os saberes são instrumentos para a hierarquia. Isso se dá através de ações como a preservação de palestras, ou ainda “palestras-dialogadas” fundamentadas no referencial biologicista de enfoque preventivista, que visa a mudança de comportamentos individuais. Atividades em grupo utilizadas para marcação de consultas ou transcrição de receitas têm sido muito frequentes na atenção básica, o que reduz o potencial educativo nesse nível de atenção. Esse modelo dificulta sobremaneira o processo de construção da autonomia, pois torna-se um recurso de conservação de uma hegemonia ainda presente de caráter curativo, preventivo do mecanismo consulta-medicação (FERREIRA NETO; KIND, 2010; HORTA et al., 2009; COSTA; RODRIGUES, 2010; SILVA et al., 2006; RETICENA et al., 2015; CAMARGO, ANJOS; AMARAL, 2013.)

Ao referir-se à relação saúde e autonomia, o bioeticista Berlinguer (1996, p.124) diz que “saúde não é um bem único, mas nobre”, quando afirma que a “melhor medicina para a sociedade” não

apenas prescreve, mas também escuta o paciente, conseguindo não só informações, mas a participação ativa dos doentes no processo terapêutico. Assim, o cuidado se fundamenta nas condições nas quais se desenvolvem as doenças, apontando as causas ligadas à sociedade, contribuindo desde seu próprio âmbito, para modificar os comportamentos e as “situações insalubres, sem intervir nos deveres alheios ou nas livres escolhas pessoais”.

Vínculo e suas diferentes visões

Nos diferentes estudos analisados, percebeu-se que a prática de grupos na APS, ocorre com diferentes conformações, o que influencia para que os vínculos também se construam de formas diferentes. Foi possível perceber o vínculo entre usuários e profissionais, bem como entre usuários. Em geral, os estudos apontam o grupo como positividade, referindo a prática grupal como um ambiente de sociabilidade e acesso aos serviços (HORTA et al., 2009; UCHOA et al., 2011), onde existe espaço para os usuários estabelecerem laços de amizade e de solidariedade (FERREIRA NETO; KIND, 2010).

Sobre essa questão, Brunello et al., (2010) mencionam que as relações entre profissionais e usuários se caracterizam como um possibilitador de conhecimento dos reais problemas das populações, um facilitador de vínculos para que ambos busquem juntos as soluções para os problemas e melhorias dos serviços de saúde.

A prática de grupos tem se constituído num espaço potencial para a diminuição do uso de medicamentos pela rede de apoio que surge através desses grupos, contribuindo para a estabilização das doenças crônicas, a satisfação dos usuários e o próprio fortalecimento desses vínculos pelas ações de cuidado, convivência, afetividade, solidariedade que surgem pela troca que a experiência proporciona (FERREIRA NETO; KIND, 2010; HORTA et al., 2009, COSTA; RODRIGUES, 2010).

As fragilidades identificadas em relação a esses vínculos são observadas através da continuidade da imposição de saberes transversais e o enfoque clínico individual (FERREIRA NETO; KIND, 2010; UCHOA et al., 2011), ou ainda, grupos para marcação de consultas ou trocas de receitas medicamentosas, em resumo, intervenções fisiopatológicas de caráter reduzido, do mecanismo consulta-medicação (FERREIRA NETO; KIND, 2010; HORTA et al., 2009, COSTA; RODRIGUES, 2010; CARMARGO, ANJOS; AMARAL, 2013). Essas fragilidades impossibilitam o estabelecimento de trocas de saberes, convivência, afetividade, solidariedade e construção de autonomia entre

os participantes. Sobre essa questão, Traverso-Yépez (2007, p.230) chama atenção para a evocação dos problemas sociais identificados como "modos de viver", que deixam de refletir sobre como e porque eles aparecem, as suas formas de se reproduzirem, por conseguinte, impossibilitando operacionalizar qualquer tipo de ação.

Conforme Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008), isso implica uma responsabilização dos profissionais quanto ao uso de determinadas propostas terapêuticas. Os profissionais devem estabelecer relações claras com a comunidade e usuários, tanto no consultório como nos agrupamentos de pessoas. É a ligação existente entre profissionais e usuários que faz com que o vínculo criado entre eles tenha tanta importância e faz com que a relação se torne humanizada.

Entre o individual e o coletivo: possibilidades para a promoção da saúde.

Os artigos analisados nesta revisão também evidenciaram a existência de uma diferenciação entre a prática coletiva e o atendimento individual, embora ambos sejam entendidos como processo de cuidados em saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2010; HORTA et al., 2009; COSTA; RODRIGUES, 2010).

No âmbito individual, o atendimento em consultório, sem dúvida, é necessário, porém quando se trata de consulta em grupos, é percebido o mesmo modelo; consulta-medicação, transmissão de saber de caráter prescritivo, sem a devida criação conjunta, se reforça o estigma da oferta clássica de atendimento, fragmentado (FERREIRA NETO; KIND, 2010; NASCIMENTO et al., 2009).

Por outro lado, como aspecto positivo no desenvolvimento de grupos foi observado um deslocamento da compreensão das práticas coletivas com foco na patologia/doença (SILVA et al., 2006) para um foco mais integral de conjunturas e modos de vida, resultantes dos determinantes sociais e consequentemente algumas demandas médico-sociais que interferem diretamente nas condições de saúde (KANNO, BELLODI; TESS, 2012).

Nesse sentido, Sícoli e Nascimento (2003) discutem três principais identificadores dos "paradigmas" no âmbito da saúde. No primeiro, os problemas "médicos" estão fundamentados na existência da doença e, por conseguinte, as ações se reduzem ao tratamento dos sintomas, à erradicação das doenças e à prevenção ao agravamento do processo. O segundo identificador, trata dos problemas de Saúde Pública, que envolvem a prevenção, baseando-se na indicação de comportamentos saudáveis. E o terceiro grupo identificador é o

responsável pelos problemas socioambientais, objetivando a criação de entornos físicos e sociais favoráveis à saúde e ao bem-estar dos indivíduos.

Vínculo, promoção da saúde e educação em saúde

No decorrer das leituras, podemos identificar, compreensões equivocadas do conceito promoção da saúde, por vezes confundindo com a prevenção de doenças, e com algumas práticas de recortes programáticos, a exemplo dos grupos para pessoas portadoras de doenças já estabelecidas como HAS e DM. (FERREIRA NETO; KIND, 2010; HORTA et al., 2009; COSTA; RODRIGUES, 2010).

Convém lembrar, como nos aponta Czeresnia (2003), que, semanticamente, o verbo promover significa dar impulso a, fomentar, originar e/ou gerar. Em relação à área da saúde, promover não se direciona a uma doença ou desordem específicas; sugere, antes, a transformação da vida e a abordagem intersetorial com a finalidade de aumentar o bem-estar geral. Ainda segundo a autora, promoção da saúde vai além de aplicações técnicas e normas específicas, fortalecendo a capacidade individual e coletiva para lidar com os condicionantes de saúde e capacidade de escolha.

A própria PNPS possui forte ênfase na dimensão participativa das práticas de saúde (CARNEIRO et al., 2010) com a ideia de que informação e participação no trabalho em saúde não são categorias excludentes, mas concomitantes e devem abarcar uma troca e construção coletiva de saberes e fazeres (FERREIRA NETO; KIND, 2010; UCHOA et al., 2011). Na mesma direção, estão as novas concepções de promoção de saúde presentes, por exemplo, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2012), com características Freirianas que impulsionam a problematização e valorização dos saberes populares, podendo ser forte aliada aos profissionais de diversas áreas (FLISCH et al., 2014).

Outra categoria encontrada, aponta diretamente para o campo da formação dos profissionais de saúde, ainda muito marcada pela maior valorização dos aspectos técnicos, particularmente do âmbito biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais (HORTA et al., 2009; GORAYEBE; BORGES; OLIVEIRA, 2012; UCHOA et al., 2011), a falta domínio da tecnologia para realizar grupos (SILVA et al., 2006). Observou-se também que as práticas de educação em saúde, em geral, são desenvolvidas de forma reprodutora, compreendendo uma continuidade de ações que já são conduzidas rotineiramente na Atenção Primária. Tais práticas educativas não estão fundamentadas nas

concepções pedagógicas, nem apoiadas nas diretrizes da PNEPS. Portanto, existe uma necessidade de formação e educação permanente dos profissionais da saúde para atuarem em práticas educativas participativas, emancipatórias (FLISCH et al., 2014).

Por outro lado, percebe-se nos artigos analisados uma dificuldade em se reproduzir alguns grupos de promoção em saúde, pois dependendo do lugar e contexto, não expressam ou têm a mesma eficácia ou efeito (FERREIRA NETO; KIND, 2009). Tais dificuldades se devem ou ao caráter singular da ação por trajetórias e tentativas, ou ainda por ser difícil reproduzir o engajamento dos profissionais e usuários. Contudo, a distância dos usuários no planejamento e a tomada de decisão das ações, podem reforçar a submissão dos usuários e falta de autonomia e empoderamento na sua participação nesse processo (HORTA et al., 2009; UCHOA et al., 2011), resultando em atividades práticas alienadas, engessadas e descontextualizadas da realidade local (REIS; VIEIRA, 2013).

Conforme Oliveira et al., (2014), uma das prerrogativas da ESF é a participação da comunidade, aliadas às equipes para identificação de prioridades e problemas de saúde, para o planejamento participativo local e avaliação e acompanhamento dos trabalhos. Porém, em função do modelo ainda priorizar ações assistenciais, é possível perceber que muitos grupos realizados na área de saúde, não têm o envolvimento da comunidade nas ações educativas das equipes de Saúde da Família. Portanto, é necessária a problematização dos saberes, pois esse pode instigar mudanças, já que a Educação Popular em Saúde pressupõe o conhecimento como produção histórico-social dos sujeitos, construído a partir do diálogo. A ação problematizadora impulsiona o conhecimento com base na vivência, pois o sujeito-prático transforma as experiências significativas do contexto vivido em conhecimento e cultura.

Ainda na perspectiva da promoção da saúde, Alves e Aertz (2011) discutem que as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da autonomia e da capacidade de escolha dos sujeitos. Trata-se da aprendizagem cidadã destacada por Morin (2004 apud SANTOS et al., 2006, p.348): “A educação deve contribuir para a autoformação da pessoa (ensinar a assumir a condição humana, ensinar a viver) e ensinar como se tornar cidadão”.

Outro aspecto importante observado em algumas experiências relatadas nos estudos trata da ancoragem na proposta de Círculo de Cultura de Paulo Freire (COSTA; RODRIGUES, 2010) como um modelo capaz de problematizar os condicionantes ou determinantes do

processo saúde-doença, e dessa forma favorecer a autonomia e o cuidado para o plano terapêutico, e assim propiciando a participação cidadã (CARNEIRO et al., 2010) e a mobilização da comunidade para a resolução de suas demandas (KANNO, BELLODI; TESS, 2012).

A promoção da saúde poderia possibilitar uma formação de competências e habilidades para a vida, por meio do *empowerment*, que é uma relação de poder horizontalizada, os grupos poderiam ser, portanto uma forma de diálogo e aproximação sobre os aspectos referentes à sua realidade de vida e saúde, e que poderia propiciar sujeitos envolvidos socialmente (COSTA; RODRIGUES, 2010).

Nessa direção, Verdi (2002, p.178), explica que a reorientação dos serviços de saúde parte da premissa de que ao setor saúde cabe desenvolver um papel que transcenda a mera responsabilidade de prover serviços assistenciais à população, buscando superar o modelo biomédico. Os serviços na área da saúde, além de prestarem assistência médica, devem estar abertos à concepção de promoção da saúde, no sentido de favorecer o diálogo e a ação intersetorial entre a saúde e os setores sociais, econômicos, políticos e ambientais.

Em síntese, como apontam Sícoli e Nascimento (2003, p.104) as ações para a promoção da saúde, destinam-se a “mudanças sociais e fundamentam-se no trabalho comunitário, envolvendo medidas políticas”. Então, “a nova promoção à saúde ampliou o marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a instigar o compromisso político e a fomentar transformações sociais”. Existe a necessidade de novas práticas que induzam a superação do modelo biomédico individualizante e ainda redutor, e que provoquem as parcerias entre os diversos setores, contribuindo para a construção da nova promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, a Atenção Básica entendida como reorientadora do modelo de saúde adotado no Brasil, vem se constituindo num indutor de mudanças de modelo, de práticas e de ações, principalmente no que se refere a grupos. Porém, ainda persistem obstáculos, como a noção de certo e errado/saúde e doença na área de saúde.

Foi possível identificarmos nos estudos, que ainda predomina uma concepção biologicista do ser humano. Esse modelo de saúde contempla ações, predominantemente, reabilitadoras, curativas e

preventivas, com enfoque na doença de caráter individual, fragmentada.

Podemos dizer que existe uma continuidade do modelo, no que se refere aos vínculos e educação em saúde na APS. Nas ações educativas desenvolvidas a partir de grupos, podemos perceber pelo menos dois diferentes modos de vinculação dos profissionais de saúde com os usuários, um mais paternalista e outro mais solidário.

Segundo Moreira et al., (2007, p.510), as práticas em saúde podem produzir vínculos *paternalistas/compassivos* ou *coprodutivos de sujeitos/solidário/libertador*. Tais práticas,

[...] podem propiciar a participação da comunidade/usuários, mas restrita a orientações dadas pelos profissionais, ou abrangente e efetiva na gestão compartilhada dos serviços de saúde e de seu processo saúde-doença. Que em suma, podem ser fundadas pela imposição ou troca de saberes. Em termos educacionais, trate-se da educação bancária e educação libertadora ou co-produtiva.

Caponi (2000), no seu livro “*Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*”, explica que, na lógica da compaixão piedosa, existe dissimetria entre quem assiste e quem é assistido. Podemos dizer, então que existe um modelo compassivo, segundo a autora, que exerce uma estratégia de poder, por reproduzir uma estratégia de racionalidade subordinante, que pode anular vínculos legítimos entre iguais.

Já, Paulo Freire (1987), enfatiza a necessidade de uma educação libertadora e problematizadora para o alcance da solidariedade e autonomia dos homens, com decodificações de informações e conscientização baseada na argumentação razoada. Possibilitando o modelo de vínculos solidários, onde a possibilidade de crítica perante a participação e a construção conjunta gerariam vínculos mais simétricos. A Carta de Ottawa (OMS, 1986), já apontava a importância da participação ativa dos cidadãos em todos os ordenamentos sociais. Então, a participação ativa da população é destacada como meio essencial para operacionalizar a saúde ou os condicionantes de saúde.

Assim, a promoção à saúde deve investir na formação integral do cidadão. Em nível local, pode-se partir das necessidades de saúde que possam ser identificados, tais como a informação e a disseminação dos processos de empoderamento, necessários para as tomadas de decisões políticas pertinentes às diversas áreas condicionantes da saúde.

O processo de capacitação dos sujeitos e comunidades para

assumir um maior controle dos fatores socioeconômicos e ambientais, bem como os pessoais que afetem sua saúde, o princípio de empoderamento – processo que começa a nível micro das interações, familiares, individuais e sociais e vai até os níveis macro das políticas - e a participação social não devem estar separados quando se quer uma sociedade mais solidária. Esse processo é de médio a longo prazo.

Também é possível perceber uma fase transicional, do modelo, nas práticas coletivas voltadas para potencializar a autonomia e o bem-estar das pessoas, porém diante dos problemas de saúde individual, esse ainda se desenrola timidamente nas atividades coletivas de grupo.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde e da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 16, n. 1, p. 319-25, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. Portaria nº 648/GM/2006, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de março de 2006a, Seção 1, p.71. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 27 fev. 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). **Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul. Enferm. [online]**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia Saúde da Família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Remem. Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte (MG), v. 17, n. 4, p. 864-72, out./dez. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro (RJ), v. 16, n. 12, p.4643-52, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>>. Acesso: 26 fev. 2013.

CAPONI, S. **Da compaixão a solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CARNEIRO, D. G. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a

promoção da segurança alimentar e nutricional na Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir de uma experiência educativa. **Rev. APS**, Juiz de Fora (MG), v. 13, n. 4, p. 510-17, out./dez. 2010.

COSTA, E. M.; RABELO, A. R.; LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara (SP), v. 35, n. 1, p. 81-8, 2014.

COSTA, R. C.; RODRIGUES, C. R. F. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. APS**, Juiz de Fora (MG), v. 13, n. 4, p. 465-75, out./dez. 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1119-42, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a04v20n4.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

FLISCH, T. M. P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. **Interface (Botucatu) [online]**, Botucatu (SP), v. 18, Supl. 2, p.1255-68, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1255.pdf>> Acesso em: 12 maio 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1987. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/files/PedagogiadoOprimido.pdf>> Acesso em: 12 maio 2015.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na atenção básica à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. -(Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS; v. 2). p. 105-16.

GORAYEB, R.; BORGES, C. D.; OLIVEIRA, C. M. Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. **Psicol. Ciênc. Prof.** [online]. Brasília (DF), v. 32, n. 3, p. 674-85, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a12.pdf>>. Acesso: 26 fev. 2013.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: na analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Info. Libr. J.**, v. 26, n. 2, p. 91-108, jun. 2009. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora (MG), v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.** [online], São Paulo (SP), v. 21, n. 4, p.884-94, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2014.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto Enferm.** [online], Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-12, abr.-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/12.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2014.

MOREIRA, J. et al. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Contrapontos**, Itajaí/SC, v. 7, n. 3, p. 507-21, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/920/775>>. Acesso: 14 maio 2015.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo (SP), v. 43, n. 3, p. 455-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6910.pdf>>. Acesso: 14 maio 2015.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação a saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Rev.**

Interface (Botucatu) [online], Botucatu (SP), v. 18, Supl. 2, p. 1389-400, dez. 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1389.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS. Disponível em:
<<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

_____. **Carta de Ottawa**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, I, Ottawa (Canadá), Novembro de 1986. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saude**, Fortaleza (CE), v. 26, n. 3, p. 358-64, jul./set. 2013.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saude**, Fortaleza (CE), v. 26, n. 3, p. 358-64, jul./set. 2013.

RETICENA, K. O. et al. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte (MG), v. 19, n. 2, p. 107-13, abr./jun. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo (SP), v. 40, n. 2, p. 346-52, abr. 2006. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>. Acesso em: 05 out. 2014.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção à saúde: princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)[online]**, Botucatu, v. 7, n. 12, p.101-22, fev. 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

SILVA, M. A. et al. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm. [online]**, Curitiba (PR), v. 11, n. 2, p. 143-9, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6856/4870>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)[online]**, Botucatu, v.11, n. 22, p. 223-38, maio./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

UCHOA, A. C. 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 [online]**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1061-76, 2011.

ZOBOLI, L. C. P.; FRACOLLI, L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **O mundo da Saúde [online]**, São Paulo (SP), v. 30, n. 2, p. 312-17, abr./jun. 2006. Acesso em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/incorporacao_valores.pdf> Disponível em: 08 maio 2013.