

Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde*

EMANCIPATORY PRACTICES OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE: THE HOME VISIT AS AN INSTRUMENT OF HEALTH NEEDS ASSESSMENT

PRÁCTICAS EMANCIPADORAS DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: LA VISITA DOMICILIARIA COMO INSTRUMENTO DE RECONOCIMIENTO DE NECESIDADES DE LA SALUD

Celia Maria Sivalli Campos¹, Bárbara Ribeiro Buffette Silva², Deisi Cristine Forlin³, Carla Andréa Trapé⁴, Iara de Oliveira Lopes⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar as práticas emancipatórias de enfermeiros da Atenção Primária, com a finalidade de contribuir para o aprimoramento do cuidado em saúde. **Método:** Pesquisa social de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso. Foram entrevistados os enfermeiros de uma Unidade de Saúde da Família em São Paulo. **Resultados:** Identificou-se que a visita domiciliária, prática protocolar, ampliou seu escopo e identificou determinantes do processo saúde-doença, desencadeando na Unidade de Saúde da Família práticas emancipatórias. Essa ampliação ocorreu porque o projeto de cuidado intencionalizado ampliou o objeto tradicional dos serviços de saúde. **Conclusão:** Advoga-se que as diretrizes das políticas sociais ancorem projetos que tomem como finalidade o aprimoramento das necessidades de saúde e que o cotidiano do trabalho proporcione reflexão e discussão dos projetos de cuidado, para intencionalizar práticas que incidam nos determinantes do processo saúde-doença, tanto quanto nos resultados - a doença expressa no corpo individual.

DESCRIPTORIOS:

Visita domiciliária
Atenção Primária à Saúde
Enfermagem em saúde pública
Estratégia Saúde da Família
Prática de saúde pública
Necessidades e demanda de serviços de saúde

ABSTRACT

Objective: Identify nurses' emancipatory practices in primary care, to contribute to the improvement of health care. **Method:** A case study type social research of qualitative nature, in which nurses of a primary health care service unit in São Paulo were interviewed. **Results:** The home visit was identified as a nursing practice possible to be expanded in order to identify social determinants of health, triggering emancipatory practices in the service. This expansion occurred because the design of health care labour intended by the service team changed its focus from the traditional object of health services, the disease. **Conclusion:** First, it is advocated that social policies lead projects with the purpose of improving health needs. On the other hand, the daily labour needs to provide opportunities for reflection and discussion of healthcare projects, leading workers to propose labour-processes targeted to both the social determinants of health and people's illness.

DESCRIPTORS:

Home visit
Primary health care
Public health nursing
Family health strategy
Public health practice
Health services needs and demand

RESUMEN

Objetivo: Identificar las prácticas emancipadoras de enfermeras en Unidad de Salud Familiar fueron el objeto de este estudio. **Método:** La investigación social cualitativa tipo estudio de caso. Fueron entrevistados enfermeros de una Unidad de Salud Familiar en Sao Paulo. **Resultados:** Se identificó que la Visita Domiciliaria ha ampliado su alcance y identificado determinantes del proceso salud-enfermedad, lo que provocó en la Unidad de Salud Familiar prácticas emancipadoras. Esta expansión se produjo debido a que el diseño de la atención en propósito por la USF amplió el tradicional objeto de los servicios de salud. **Conclusión:** Se aboga que las directrices de las políticas sociales basen proyectos que tengan como fin el mejoramiento de las necesidades de salud y que el trabajo diario proporcione la reflexión y discusión de los proyectos de atención, para proponer prácticas que enfoquen en los determinantes del proceso salud-enfermedad, tanto cuanto en sus resultados - la enfermedad en el cuerpo individual.

DESCRIPTORIOS:

Visita domiciliaria
Atención Primaria de Salud
Enfermería em salud publica
Estrategia de Salud Familiar
Práctica de salud pública
Necesidades y demandas de servicios de salud

* Extraído da dissertação "Práticas de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista: em pauta a participação social", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. ¹ Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ² Mestre em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ³ Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ⁴ Doutora em Ciências, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ⁵ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

As práticas emancipatórias realizadas por enfermeiros na Atenção Básica à Saúde são objeto deste estudo. Por práticas emancipatórias definem-se aquelas que possibilitam refletir sobre a origem dos problemas de saúde e os determinantes do processo saúde-doença. Essas práticas instrumentalizam os sujeitos a acessar direitos e a lutar por eles, incentivam valores de solidariedade e resgatam a condição humana como condição social, em contraposição ao sujeito como ser biológico⁽¹⁾. Práticas emancipatórias vêm sendo definidas dessa forma no processo de desenvolvimento de pesquisa sobre práticas de enfermagem.^(a)

A expressão *práticas emancipatórias* foi encontrada na literatura em saúde com a conotação de convocatória dos enfermeiros para a necessidade de participar do movimento crítico que propõe a superação dos modelos tradicionais de cuidado em saúde⁽²⁾.

No tocante às práticas de enfermagem, embora uma variedade de teorias, métodos e metodologias tenha sido desenvolvida⁽³⁾, e apesar de tentativas de formulação de métodos críticos no âmbito da academia, são dominantes os métodos clínicos baseados no padrão de normalidade do funcionamento do organismo. Uma vez que esses métodos são instrumentos de reconhecimento de necessidades para a proposição do cuidado, as práticas de enfermagem têm sido primordialmente dirigidas a disfunções de órgãos e sistemas⁽⁴⁾.

As práticas de saúde na Atenção Básica (AB), no Brasil, seguem as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sinalizada pelo Ministério da Saúde como estratégia para superar o modelo de atenção tradicional⁽⁵⁾. Uma de suas potencialidades estaria na possibilidade de reconhecer as condições de vida da população e, portanto, dos determinantes do processo saúde-doença, uma vez que prevê como meta a realização de práticas extramuros⁽⁶⁻⁷⁾.

No entanto, embora a ESF sinalizasse com a superação de práticas dirigidas a aspectos disfuncionais do corpo biopsíquico e a fenômenos característicos de fases do ciclo vital⁽⁸⁾, aquelas práticas continuam pautadas por ações programáticas e voltadas a fatores de risco de grupos prioritários⁽⁹⁻¹¹⁾. Coerentemente, as práticas dos enfermeiros têm incidido em aspectos clínicos do indivíduo^(7,9-12).

Todavia, as práticas tradicionais devem ser expandidas e alcançar as desigualdades sociais que impactam as condições de saúde. Práticas de enfermagem e de outros profissionais de saúde, quando incidem em determinantes sociais, promovem aprimoramento de inequidades e das condições de saúde⁽²⁾.

Contudo, há práticas previstas pela ESF que favorecem a identificação da heterogeneidade das necessidades de

saúde dos indivíduos, famílias e grupos sociais, possibilitando a implementação de práticas voltadas a elas.

Essa perspectiva tem sido a orientada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), via Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH). Esta indica que governantes, sociedade civil e academia desenvolvam ações articuladas, para incidir nos determinantes sociais, para reduzir inequidades sociais evitáveis e, conseqüentemente, doenças⁽¹³⁾. Falta de renda, trabalho inseguro, moradia inadequada são determinantes sociais geradores de inequidades em saúde⁽¹⁴⁾.

Esses determinantes estão na base da distribuição desigual das doenças e têm relação direta com a condução que o Estado propõe para a distribuição justa e equitativa de acesso às riquezas socialmente produzidas, por meio das políticas sociais⁽¹⁵⁾.

Revisões sistemáticas relacionaram o aprimoramento de condições de saúde de populações, com ações ampliadas, do âmbito do indivíduo para o do coletivo, incidindo em determinantes sociais⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Uma delas associou emprego e renda ao aperfeiçoamento do bem-estar social e à equidade, aprimorando as condições de saúde⁽¹⁶⁾. Outra relacionou trabalho flexibilizado com condições de saúde e bem-estar de trabalhadores formais⁽¹⁷⁾. Outras revisões associaram determinantes sociais de saúde a condições de vida⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Uma delas associou a urbanização de favelas com melhora de padrões de saúde dos moradores⁽¹⁸⁾ e outra as melhores condições de moradia a interferências na dinâmica estabelecida entre pobreza e precárias condições de saúde⁽¹⁹⁾.

Diante das práticas voltadas a desigualdades em saúde, destaca-se o potencial do trabalho do enfermeiro^(15,20), especialmente as voltadas à instrumentalização da população para o cuidado, na dimensão individual e coletiva, e às voltadas aos determinantes, às condições sociais que estão nas raízes das inequidades em saúde, mediante uma abordagem crítica de cuidado que possibilite compreender o contexto das desigualdades sociais e que proponha o enfrentamento a elas, por meio da análise e defesa de políticas sociais⁽¹⁵⁾.

Tomou-se a prática do enfermeiro como trabalho, que segundo Marx⁽²¹⁾ é a atividade humana, pretendida e intencionalizada desde o princípio (finalidade do trabalho), para transformar um objeto em um produto, mediante instrumentos e a ação humana. O processo de trabalho extingue-se no produto, que responderá às necessidades humanas que o geraram. Portanto, existe circularidade entre processos de trabalho e as necessidades que o geraram.

Definem-se necessidades de saúde como necessidades de reprodução social⁽²²⁾ dos sujeitos das classes sociais. Ou seja, as necessidades de saúde têm suas raízes nas desiguais inserções dos sujeitos nas formas de trabalhar e nas conseqüentes condições de vida (determinantes

^(a) Projeto FAPESP: Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas de enfermagem na Atenção Básica (Processo 11/23634-0).

sociais do processo saúde-doença); portanto, são heterogêneas⁽⁴⁾. Dessa forma, o resultado, a doença ou agravo manifestam-se desigualmente no corpo desses sujeitos⁽²³⁾.

Uma vez que as práticas em saúde são trabalho, há circularidade entre processos de trabalho em saúde e necessidades de saúde, e consubstancialidade entre os elementos do processo de trabalho e as necessidades. Os produtos do trabalho em saúde são respostas a necessidades, que por sua vez são as disparadoras de processos de trabalho em saúde⁽²²⁾.

Portanto, compreende-se que na AB a finalidade dos processos de trabalho é o aprimoramento das necessidades de saúde dos indivíduos e famílias dos diferentes grupos sociais de um determinado território. Para isso, devem tomar como objeto as necessidades de saúde no âmbito das raízes dos problemas, não apenas nos resultados do processo saúde-doença, encaminhando a política pública de saúde na direção do direito universal⁽⁴⁾.

Com essa compreensão tomou-se como pressuposto que na Unidade de Saúde da Família (USF) seriam encontradas práticas emancipatórias realizadas por enfermeiros, em resposta a necessidades de saúde.

A partir dessas considerações, o objetivo deste estudo foi identificar práticas emancipatórias de enfermeiros da AB, com a finalidade de contribuir para o aprimoramento do cuidado em saúde.

MÉTODO

Pesquisa social de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso⁽²⁴⁾. A USF deste estudo, localizada na Supervisão de Saúde do Butantã, da Coordenadoria de Saúde da região Centro-Oeste, do município de São Paulo, foi intencionalmente escolhida por ter sido a primeira USF dessa Supervisão a ter implantada a ESF, com a totalidade das equipes e também por ser sabidamente uma USF que tem proposta de gestão participativa e comprometida com a discussão e o desenvolvimento de projetos terapêuticos alinhados à finalidade de aprimorar as condições de saúde da população adscrita.

As participantes foram oito enfermeiras entrevistadas no segundo semestre de 2012. As entrevistas foram guiadas por questões voltadas à descrição pormenorizada das práticas realizadas por elas no cotidiano do trabalho. Essas entrevistas foram transcritas e os depoimentos foram analisados à luz das categorias analíticas trabalho/processo de trabalho em saúde e necessidades de saúde.

O estudo deriva de pesquisa sobre o trabalho do enfermeiro, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo nº 1104/2011) e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer nº 037/12). As participantes foram identificadas pela letra E, seguida do número da entrevista, para garantir o anonimato, conforme resolução 466/2012.

RESULTADOS

As entrevistadas tinham entre 30 e 40 anos, eram enfermeiras há oito anos, em média, e nesse período tinham trabalhado majoritariamente na AB. Cinco delas haviam concluído especialização em Saúde Coletiva ou Saúde da Família, uma o mestrado acadêmico, uma o doutorado e uma estava concluindo o doutorado.

No trabalho cotidiano na USF, as enfermeiras relataram o desenvolvimento preponderante de práticas previstas pela ESF, predominantemente voltadas a aspectos clínicos individuais (coleta de exames laboratoriais; consulta de enfermagem; acolhimento; visita domiciliar (VD); grupos de educação em saúde; vigilância epidemiológica; atividades administrativas e supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde). Entretanto, verbalizaram a possibilidade de ampliação dessa perspectiva, como expressa o excerto de entrevistas abaixo.

O PSF acho que consegue entrar na vida das pessoas de uma maneira diferente do que só (...) faz a consulta e vai embora. Porque a gente conhece a família inteira, a gente sabe onde ela mora, sabe como ela vive, sabe onde ela trabalha. Então não é só a doença, tem a oportunidade de fazer as pessoas melhorarem de vida ou buscarem essa melhoria (E7).

Um aspecto importante de ser abordado diz respeito ao fato de que na USF deste estudo observou-se que as várias modalidades de reuniões com a equipe configuravam-se como espaços para discussão, reflexão e sistematização de processos de trabalho, para incorporar as necessidades sociais de saúde no objeto hegemônico - a doença. As reuniões eram também espaços de formação e aprimoramento de práticas dos trabalhadores, com vistas ao aprimoramento de condições de saúde da população atendida pelas equipes, como descrito a seguir.

A gente procura não só fazer um monitoramento do território, conhecer os agravos mais prevalentes, as incidências, fazer as notificações, tomar medidas de manejo dos casos, mas também buscar fazer planejamento para ações preventivas, discussão, reflexão sobre como as doenças emergem no coletivo e procurar organizar todo esse coletivo para o enfrentamento dessas situações. (...) A gente procura agir nos determinantes que (...) propiciam algumas doenças (E8).

Esse processo desdobrava-se na discussão das finalidades e dos elementos envolvidos no processo de trabalho das equipes, como evidencia o excerto a seguir.

(...) Refletir sobre o processo de trabalho, dar um respiro para a gente parar e pensar onde é que o nosso trabalho se insere, as políticas públicas se inserem, o referencial determinação social do processo saúde-doença se insere, a saúde do trabalhador... (...) a gente vai repensando nossas práticas a partir do que é discutido lá (...). Então é para compreensão do processo de trabalho, estamos tentando fugir da alienação (...), esse é objetivo principal (E6).

Em outra perspectiva, neste estudo evidenciou-se a VD realizada por enfermeiras como instrumento de identificação de necessidades de saúde. Coerentemente à finalidade ampliada do projeto de atenção da USF, esse instrumento possibilitou implementação de práticas que extrapolaram o âmbito individual, para incidir nos determinantes sociais do coletivo de moradores, conforme expressa o seguinte depoimento.

Tem os casos (...) que a gente vai cuidar individualmente, mas a gente tenta pensar em cima das questões do território, não pensar só na doença mesmo (...). A primeira vez que teve enchente a gente foi na casa das pessoas para ver como é que estava e tinha a preocupação com a leptospirose, (...) mas seria meio cínico [a gente] chegar na casa das pessoas e – ah! limpa com água sanitária... e ir embora. Então a gente achava que a UBS [Unidade Básica de Saúde] poderia contribuir mais. A gerente sempre apoiou esse movimento, fazendo reunião com a população e tentando se organizar (...) (E4).

A partir dessas VD, essa USF passou a apoiar reuniões da população para participar com os moradores na organização e reivindicação coletiva de ações de prevenção das enchentes, junto a instâncias do governo municipal, como expressa o próximo depoimento.

(...) A equipe de vigilância, junto com alguns usuários que procuraram o posto, começou a organizar um processo que depois se ampliou na equipe de vigilância, que procurou através da organização dessas pessoas, desse coletivo, enfrentar essa situação. Chamar o poder público, para tomar providências. (...) Uma ação a médio e longo prazo, de trabalhar essa comunidade para conseguir mudar essa situação que afeta a população inteira do bairro (E8).

As práticas desenvolvidas nessa USF, na exemplaridade da VD e reuniões dos trabalhadores, culminaram com a compreensão dos moradores e trabalhadores da Unidade sobre o direito à saúde e as políticas sociais, e com a mobilização para reivindicar esses direitos. Pode-se afirmar que constituem práticas emancipatórias.

A contribuição da USF à mobilização popular se deu através da disponibilização do espaço, da divulgação dos encontros e da proposição da metodologia das reuniões. Esta última visava garantir a possibilidade de fala a todos, aprofundar a compreensão das causas do problema e auxiliar na definição dos encaminhamentos para as próximas ações. Outros equipamentos sociais foram incorporados ao processo, como expressam os depoimentos a seguir.

(...) A gente instituiu esse grupo de discussão [com trabalhadores do serviço de saúde e moradores] e foi chamar outras pessoas, envolvendo inclusive a escola, com jovens da escola (...); e aí nesse grupo formado por trabalhadores, alunos da escola, coordenadora da escola e usuários, foi-se escrevendo cartas, se juntando documentos, fotos e foi encaminhado ao subprefeito, sobre o córrego (E6).

(...) [Esse trabalho] conseguiu associar também outros setores, como as escolas e tudo o que foi conquistado com esse movimento. Então a gente conseguiu muitas coisas (...). A gente colocou o bairro na pauta (E8).

A mobilização em torno das questões do córrego favoreceu a reivindicação de atendimento de outras necessidades de saúde, como a iluminação das vias públicas e um parque linear.

Essa experiência permitiu que os moradores contassem com a mobilização social como instrumento para melhorar as condições do território. O papel de mediação, inicialmente exercido pela USF, também era exercido pelos moradores, conforme atesta o seguinte excerto.

Uma das coisas que a gente pensa é em uma ação emancipatória, não queríamos que a população ficasse dependente dos outros para fazer reunião, dependente da gente para ir na subprefeitura. No começo era assim, mas agora eles já fazem reunião sozinhos, a gente participa de algumas. Eles já conseguem ir na subprefeitura por conta própria. Eles só contam para a gente que foram (E8).

Por fim, observou-se que, a partir de um projeto de gestão do cuidado que tomou como finalidade o aprimoramento das condições de saúde de moradores do bairro, foi desenvolvido um processo de trabalho que tomou como objeto necessidades de saúde.

DISCUSSÃO

Nos depoimentos, as enfermeiras demonstraram a compreensão de que os instrumentos tradicionalmente voltados a aspectos clínicos devem incorporar-se a outros, se a intencionalidade for alcançar objetos mais ampliados – as condições de vida e trabalho da população, determinantes do processo saúde-doença.

O instrumento por si só não amplia o produto do trabalho; ele é coerente com a finalidade do processo de trabalho, que determina o recorte do objeto⁽²²⁾, o que vai ser transformado.

Portanto, as práticas em saúde serão ampliadas se a finalidade do trabalho identificar-se com o aprimoramento de necessidades de saúde dos grupos sociais e o objeto ampliar-se para essas necessidades. Logo, ampliar a perspectiva programática da ESF significa incorporar essa finalidade à gestão do cuidado dos grupos sociais da área de abrangência da USF.

Nessa perspectiva, para se alcançar a ampliação das práticas é necessário um constante processo de discussão sobre a finalidade do trabalho, pois é a partir da apreensão da finalidade do processo de trabalho que o trabalhador consegue intencionalizar sua ação. Ou seja, que consegue recortar o objeto que irá transformar a partir da utilização dos instrumentos eleitos, respondendo à necessidade que o gerou⁽²²⁾. Verificou-se por meio das falas que

os espaços de reunião do serviço são muito potentes no que diz respeito à discussão sobre o processo de trabalho.

Partindo-se da circularidade entre necessidades e trabalho em saúde, a ampliação das práticas é possível a partir da identificação da heterogeneidade das necessidades de saúde.

Ações em determinantes sociais promovem equidade em saúde. Para isso, é imprescindível o reconhecimento das desigualdades sociais dos grupos que compõem o território⁽¹⁵⁾.

A VD é um instrumento que permite esse reconhecimento. Na USF é uma prática protocolar, hegemonicamente realizada nos moldes da educação higienista, apontada na literatura como uma prática coercitiva e controladora⁽²⁵⁾. Autores ainda associaram a VD ao modelo prussiano alemão de controle, em que o poder que vem de esferas centrais, do Estado, extrapola a privacidade das famílias⁽²⁶⁾.

Por outro lado, as entrevistadas relataram que a partir das VD identificaram-se diversas questões do território, resultando, por meio de reuniões com a população, na participação de trabalhadores da USF na organização e reivindicação coletiva de ações de prevenção das enchentes, junto a instâncias do governo municipal.

Portanto, a VD é um instrumento de trabalho com dupla dimensão. É instrumento para reconhecimento de necessidades de saúde no âmbito do coletivo e para cuidado em saúde na dimensão de indivíduos e famílias.

Para o reconhecimento do objeto desse processo, necessidades de saúde, a VD foi o instrumento primordial. A partir dessa apreensão, instrumentos que alcançassem a complexidade do objeto da atenção foram mobilizados, como as ações intersetoriais e as práticas emancipatórias que deram origem à mobilização e à participação social de moradores do bairro.

Para o cuidado a indivíduos e famílias, a VD foi utilizada pela enfermeira para a realização de orientações e procedimentos relacionados aos cuidados necessários para a prevenção de leptospirose, determinada pelas características condições de reprodução social a que estavam submetidos os sujeitos daquele grupo social.

O resultado foi a melhoria de aspectos relacionados às residências e ao bairro (limpeza do córrego, projeto de construção de parque linear, pavimentação e iluminação de ruas), mobilização e fortalecimento da participação social, evidenciando o desenvolvimento de práticas emancipatórias desenvolvidas por enfermeiros desta USF.

A partir desse estudo de caso pode-se apreender que práticas emancipatórias possibilitam

refletir sobre a origem dos problemas de saúde, superando ações que incidem no âmbito dos problemas já instalados, para atingir determinantes do processo saúde-doença (...) instrumentalizam os sujeitos dos grupos sociais a

acessar direitos e a lutar por eles, (...) incentivam valores de solidariedade, (...) resgatam a condição humana como condição social, em contraposição à naturalização do sujeito como ser biológico⁽¹⁾.

O trabalho do enfermeiro, por ter centralidade no cuidado, é o que tem mais possibilidade de coordenar práticas para reduzir disparidades sociais⁽²⁰⁾.

Com essa finalidade é imprescindível que o trabalho em saúde mobilize os sujeitos - trabalhadores e moradores do território, para reflexão e questionamento das inequidades sociais, à luz da estrutura socioeconômica que beneficia a manutenção do status quo, o que possibilita que determinantes sociais sejam incorporados ao objeto do trabalho⁽²⁷⁾ e que novos instrumentos de caráter emancipatório aprimorem as condições de reprodução social⁽²⁸⁾, que estão nas origens das necessidades de saúde⁽⁴⁾.

As enfermeiras têm potencial para liderar processos de mobilização, já que estão presentes no dia a dia dos usuários do serviço de saúde, fazendo a intersecção entre a dimensão individual e coletiva, com vistas a diminuir inequidades em saúde⁽¹⁵⁾.

Nessa perspectiva, a prática clínica se torna uma plataforma para a prática social de promover a cura e a proteção da saúde, pois as intervenções no indivíduo não atingem as raízes das desigualdades. Ampliar o escopo de práticas da enfermeira, incluindo indivíduos e famílias, instrumentaliza os grupos sociais a tomarem decisões e fazerem escolhas no âmbito do coletivo⁽²⁰⁾.

Na AB brasileira, no entanto, a prática de participação institucionalizada pelas diretrizes da política social em saúde tem se mostrado favorecedora de associação com uma prática fiscalizatória, que incentiva interesses individuais, que não representam necessariamente o do coletivo⁽⁸⁾.

Essa perspectiva equivocada reduz as necessidades de saúde a necessidades de serviços de saúde, numa lógica em que o usuário fica identificado como consumidor e não como sujeito de direitos, *que pode lutar por algo, se mobilizar, se organizar para definir o que quer e como quer as políticas sociais*⁽²⁹⁾. A participação em saúde só é efetivada quando a população se mobiliza, organiza e luta pelo acesso a direitos, com vistas à igualdade social⁽⁸⁾, e, para concretizar as intervenções, os enfermeiros necessitam desenvolver uma abordagem crítica de cuidado, que possibilite compreender o contexto das desigualdades e enfrentá-las por meio da análise e defesa de políticas públicas⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Os processos de trabalho em saúde que permitem a leitura da realidade a partir da apreensão das condições de saúde como resultado das relações sociais e da concepção de saúde como direito favorecem o desenvolvimento de práticas emancipatórias. No que diz respeito aos trabalhadores de saúde, permitem que intencionalizem a

finalidade de seu trabalho e, na perspectiva dos sujeitos dos grupos sociais, moradores do território, esse processo permite que se apropriem dos processos de fortalecimento e de desgaste a que estão submetidos.

Este estudo pretende contribuir para o aprimoramento das práticas do enfermeiro na AB, na exemplaridade de práticas emancipatórias - como a VD e as reuniões de discussão com a equipe e com moradores do bairro.

REFERÊNCIAS

1. Campos CMS. Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas do enfermeiro na Atenção Básica [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.
2. Bekemeier B. "Upstream" nursing practice and research. *Appl Nurs Res.* 2008;21(1):50-2.
3. Mckenzie R. The personal must be the political: how and why. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14(3):223-5.
4. Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.* São Paulo: Manole; 2013. p. 265-92.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília; 2007.
6. Martins AR, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(12):2279-95.
7. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):424-9.
8. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em Saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2010;20(4):1227-43.
9. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):533-9.
10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):669-81.
11. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadoras. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: relatório final Aracajú [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2009 [citado 2014 Mar 19]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/aracaju.pdf>
12. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras na Atenção Básica. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):470-8.
13. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper. In: *World Conference on Social Determinants of Health; 2011 Oct 19-21; Rio de Janeiro, Brazil* [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2014 Mar 19]. Available from: <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-paper-EN.pdf>
14. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva; 2007 [cited 2014 Mar 19]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/en/
15. Reutter L, Kushner KE. Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nurs Inq.* 2010;17(3):269-80.
16. Pega F, Carter K, Blakely T, Lucas PJ. In-work tax credits for families and their impact on health status in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD009963.
17. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD008009.
18. Turley R, Saith R, Bhan N, Rehfuess E, Carter B. Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1):CD010067.
19. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2): CD008657.
20. Smith GR. Health disparities: what can nursing do? *Policy Polit Nurs Pract.* 2007; 8(4):285-91.
21. Marx K. *O capital: crítica da economia política.* São Paulo: Nova Cultural; 1988.
22. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.* São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores, Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992. (Cadernos CEFOR, 1 – Série textos).

23. Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxism as a theoretical and methodological framework in collective health: implications for systematic review and synthesis of evidence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 19];47(6):1403-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf
24. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1991.
25. Ribeiro CJ. Problematizando o instrumento visita domiciliar. *Soc Debate*. 2010; 16(1):209-21.
26. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciê Saúde Coletiva*. 2005;10(2):333-45.
27. Blakeman P, Ford L. Working in the real world: a review of sociological concepts of health and well-being and their relation to modern mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(6):482-91.
28. Souza DO, Silva SEV, Silva NO. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". *Saúde Soc*. 2013;22(1):44-56.
29. Silva GGA, Egydio MVRM, Souza MC. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? *Saúde Debate*. 1999;23(53):37-42.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo financiamento desta pesquisa (processo no. 2011/23634-0).