

O COMPROMISSO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM BREVE ENSAIO SOBRE O CUIDADO COM O TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

The Social Commitment of Primary Health Care: A Brief Essay on Territorial Care in the Family Health Strategy

Iago Brilhante Souza

Especialista, Uninassau psiagosouza@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3047831336898267>, <https://orcid.org/0009-0009-3897-8446>.

DOI: <https://doi.org/10.37157/fimca.v12i2.1127>

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a prática da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando seu compromisso social, a territorialização do cuidado e a influência dos determinantes sociais da saúde. Trata-se de uma revisão narrativa que discute o papel da comunidade na organização das ações em saúde, a importância da educação popular e permanente e os desafios enfrentados pelos profissionais diante das contradições sociais e econômicas presentes nos territórios. A pesquisa resgata contribuições da crítica médico-social latino-americana e da epidemiologia crítica, enfatizando a determinação social do processo saúde-doença. Entre os resultados, destaca-se que a efetividade da APS depende da integração entre serviços de saúde, organizações sociais e movimentos comunitários, bem como do reconhecimento das desigualdades estruturais, incluindo o racismo, o capitalismo e outras formas de opressão. Conclui-se que a prática da APS deve ir além do enfoque clínico, assumindo uma postura crítica e engajada diante das demandas sociais, políticas e econômicas, buscando promover a equidade, a justiça social e a participação comunitária na saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Determinantes Sociais da Saúde, Compromisso Social, Educação Popular em Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze Primary Health Care (PHC) through the Family Health Strategy (FHS), emphasizing its social commitment, territorialization of care, and the influence of the social determinants of health. This narrative review examines the role of the community in organizing health actions, the importance of popular and continuing education, and the challenges faced by professionals in addressing the social and economic contradictions present in the territories. The research draws on contributions from the Latin American social medicine critique and critical epidemiology, highlighting the social determination of the health-disease process. The findings indicate that the effectiveness of PHC depends on the integration between health services, social organizations, and community movements, as well as the recognition of structural inequalities, including racism, capitalism, and other forms of oppression. It concludes that PHC practice must go beyond a clinical approach, adopting a critical and engaged stance toward social, political, and economic demands to promote equity, social justice, and community participation in health.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Social Determinants of Health, Social Commitment, Popular Health Education.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funciona como ordenadora do cuidado em saúde, ou seja, atua na dimensão da vigilância em saúde no território e na utilização dos recursos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para gerenciar o cuidado em saúde. Tendo em vista isso, a Estratégia de Saúde da Família é composta por profissionais que atuam diretamente no território e nas condições de saúde deste, enfatizando a Integralidade, a Longitudinalidade, a Continuidade e a Participação Comunitária (Harzheim, 2011).

A comunidade, no contexto da Atenção Primária à Saúde, exerce grande protagonismo no estabelecimento de formatos de cuidado, mesmo que as condições de formação dos profissionais ainda sejam bastante direcionadas ao cuidado clínico individualizado (Machado, 2007). Na perspectiva da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) atribui-se a todos os profissionais a identificação de recursos e parcerias para programar as ações de cuidado em saúde (BRASIL, 2006).

Enquanto necessário, essas parcerias e recursos se organizam em atores sociais, como associações de bairro, movimentos sociais e líderes religiosos ou comunitários, que podem participar ativamente da formulação de estratégias de cuidado no território. As atualizações na política da atenção primária costumam reiterar, com frequência, as intervenções comunitárias e a determinação social em saúde, além da resolutividade presente nesse modelo de atuação (Macerata; Soares; Ramos, 2014).

A partir disso, entendem-se as premissas do território e da territorialização, a partir de Milton Santos (2006), que se organiza como um termo carregado de múltiplos significados, assim como o conceito de “comunidade”. Em suma, o território é dinâmico,

vivo e não se limita ao espaço geográfico, mas também se entende como as características sociais, raciais, culturais, econômicas e epidemiológicas da população adscrita a este território.

No final dos anos 1970, surgiu um movimento crítico em relação ao paradigma biomédico tradicional que concebia a doença como um fenômeno puramente biológico e individual. Esse questionamento ocorreu em um contexto social em que a medicina enfrentava diversos desafios para compreender e explicar as causas dos principais problemas de saúde emergentes nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e o câncer (Laurell, 1983).

Essa crítica concentrou-se especialmente na abordagem positivista do modelo da história natural da doença, que via o adoecimento de forma simplista e biologicista. A corrente médico-social propôs uma visão alternativa, baseada na compreensão da relação entre os processos sociais e biológicos, sob a perspectiva da 'determinação'. Essa abordagem buscou explicar a produção das doenças em nível coletivo, ampliando a compreensão da causalidade e destacando os determinantes sociais da saúde (Laurell, 1983; Breilh, 1991).

Na prática dos cuidados em saúde, assim como na formação, há muitos déficits na articulação das intervenções profissionais com as características da comunidade e do território. A insegurança dos profissionais, somada à falta de preparo para a organização do trabalho comunitário, torna, por vezes, a Atenção Primária uma dimensão de serviços ambulatoriais, com pouca resolutividade e acesso (Heidemann, Wosny & Boehs, 2014). Este estudo articula-se como uma revisão narrativa sobre o trabalho comunitário na Atenção Primária à Saúde, considerando

o conceito de compromisso social e sua aplicabilidade na análise da Estratégia de Saúde da Família.

TERRITÓRIO, CONTRADIÇÕES SOCIAIS E O PAPEL DA ESF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O cuidado na Atenção Primária à Saúde adquire uma determinada constância, tendo em vista que um dos construtos que o determinam é a longitudinalidade, que, em tese, refere-se à continuidade e à consistência do cuidado em saúde ao longo da vida das pessoas. Diante disso, entende-se que a ESF acompanha as famílias na comunidade desde a infância, passando pela juventude e a idade adulta, até a velhice, intervindo nos cuidados em saúde a partir dos determinantes do Ciclo da Vida (Mendes, 2018).

No entanto, esses determinantes se organizam em várias dimensões, incluindo as condições de trabalho e as desigualdades econômicas e educacionais. A partir dos anos 1980, a busca pelo lucro no contexto da crise capitalista, impulsionada pela lógica do consumo e da globalização, contribuiu para a piora das condições de vida das camadas trabalhadoras. Nesse cenário, Breilh (1991) destaca o desenvolvimento da epidemiologia crítica latino-americana, que examina como os modos de vida historicamente estabelecidos influenciam a saúde das pessoas, considerando fatores como a estrutura de propriedade, os padrões de acumulação, as políticas estatais e as dinâmicas culturais.

A articulação e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil baseia-se diretamente nessa interpretação da determinação social da saúde no território, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se organizou no tema “Saúde: Direito de todos e dever do Estado”. Deste modo, o entendimento em saúde de um determinado território também é uma aproximação aos déficits sociais deste construto e ao modelo socioeconômico no qual está inserido (Pettres e Da Ros, 2018).

Seria precipitado afirmar que o atributo da Participação Popular está concretamente articulado na Estratégia de Saúde da Família, em suas dinâmicas de cuidado em nível nacional, tampouco poderíamos afirmar que os profissionais estão preparados e munidos de recursos para isso. Um trabalho a partir do e para o território não envolve meramente o conteúdo da procura da comunidade em suas demandas de saúde, mas suas condições de vida e de reprodução da vida, tendo em vista as propostas de promoção, prevenção ou mesmo de segurança social (Costa et al, 2020).

O conteúdo dessa vigilância em saúde exige diretamente uma articulação extra-muros, além de um diagnóstico situacional e histórico da comunidade, tendo em vista a necessidade de programar o cuidado em condições de saúde. Pedrosa (2008) discute o compromisso social da ESF enquanto analisa os textos dos anais do III Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde, discutindo a questão da educação para a construção da gestão participativa no SUS.

Das problemáticas apontadas por Pedrosa, citado anteriormente, a questão do distanciamento dos campos populares da formação em saúde configura um obstáculo central desse processo. O que distancia, concomitantemente, a educação popular do que se entende como educação permanente em saúde, que, segundo Ceccim (2005), é uma abordagem educacional que visa promover o desenvolvimento contínuo e aprimoramento dos profissionais de saúde ao longo de suas carreiras. Ao contrário da formação inicial, que ocorre antes do ingresso na prática profissional, a Educação Permanente em Saúde é contínua ao

longo de toda a vida profissional e é uma estratégia de comunicação e capacitação entre a Atenção Primária e os demais pontos da rede.

Stotz, David e Bornstein (2007) contribui para a discussão reiterando que a educação popular possivelmente seja a proposta mais concreta e estruturante de promover a participação comunitária e o trabalho na comunidade. Na APS, a Educação Popular em Saúde se torna uma estratégia fundamental de cuidado com o território, pois coloca em prática uma visão ampla e participativa do processo saúde-doença. Ao invés de apenas diagnosticar e tratar doenças, os profissionais de saúde que adotam essa abordagem buscam compreender os determinantes sociais da saúde e promover ações que fortaleçam a autonomia e a capacidade de mobilização das comunidades.

Uma das principais características dessa abordagem é o reconhecimento dos espaços de interseção entre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sociedade como estratégias potenciais para ampliar a democracia participativa. Esses espaços de encontro, onde usuários, gestores e trabalhadores da saúde interagem, não apenas democratizam as decisões relacionadas à saúde, mas também fortalecem os laços comunitários e estimulam a coletividade na busca por soluções aos desafios enfrentados (Sousa, 2014).

Diante disso, cabe formular aqui a premissa de uma ESF que exerça compromisso social. O conceito de compromisso é discutido por Freire (2018) como uma tomada de decisão ou uma consciência por parte de um sujeito ou de um ator social que possa, de diversas formas, guiar ou conduzir suas ações diante de uma determinada questão, problemática ou contradição. Um compromisso social implicaria, diante do contexto da saúde, assumir a necessidade ou demanda de um determinado território que se associe à qualidade de vida, à capacidade de reprodução social e aos determinantes sociais de saúde dessa comunidade.

Um marco na discussão sobre o Compromisso Social, é a elaboração de Lane (1984) sobre a profissão da psicologia, ampliando a problemática para além da questão da elitização da psicologia, discutindo também a necessidade da atuação voltada para a transformação social do mundo real, um exemplo direto, objetivo e concreto disso, seria a atuação dos profissionais de psicologia na política de assistência social. No contexto apresentado, o Compromisso Social da Psicologia surge como uma resposta às influências políticas e ideológicas históricas que moldaram a profissão no Brasil, desde sua institucionalização até os movimentos de ruptura e resistência aos saberes hegemônicos.

Ele se manifesta como uma postura crítica em relação às práticas tradicionais da psicologia, que muitas vezes foram utilizadas para legitimar estruturas de poder e controle social. É a partir desse conceito que compreendemos um Compromisso Social na Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista que, como analisa Breilh (1991) o contexto dos saberes em saúde, acompanha ou mantém esses tradicionalismos e repertórios reducionistas de interpretação

No campo das ciências biológicas e da saúde organizam-se com frequência métodos e conceitos bastante frágeis na dimensão dos cuidados em saúde, sobretudo quando precisamos entender o adoecimento e a saúde como fenômenos coletivos, em sua interconexão e determinação social/biológica (Breilh, 1991). Não são recentes nem poucas as tentativas das políticas de saúde de articular uma rede de saúde na qual a atuação seja voltada ao cuidado a partir das determinações sociais. A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família são exemplos diretos destas tentativas, mesmo que com suas inúmeras fragilidades.

Nos apontamentos de Mendes (2018), as definições e conceitos de Atenção Primária à Saúde são diversos e se dão em razão de que em cada país, região ou continente diferenciam-se seus níveis de desenvolvimento histórico, econômico e social, além das divergências de interpretação das diferentes escolas do pensamento sanitário. Organizam-se, então, três interpretações principais de APS: a atenção primária seletiva, a APS como nível primário da rede de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde.

Na intenção de discutir o compromisso social da APS, destacamos a interpretação da APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde, por ser mais próxima do que se propõe: um sistema universal e integrado de saúde pública. Esta interpretação reconhece-se como um meio exclusivo de otimizar todos os recursos do sistema para atender às necessidades, demandas e representações da população. Isso envolve integrar a APS como componente essencial e coordenador central de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Saltman, Rico e Boerman, 2006).

Mendes (2018) discute que para que a APS seja eficaz como estratégia, deve cumprir suas três funções principais: resolução de problemas, comunicação e responsabilização. A resolução de problemas implica que ela deve atender a mais de 90% das necessidades de saúde da população. A função de comunicação envolve coordenar os fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes de saúde. A responsabilização requer conhecimento íntimo da população local, gestão populacional e responsabilidade econômica e de saúde.

Urge chamar a atenção para o que se entende como conhecimento direto do território, um fator essencial para que se entenda o adoecimento nessa comunidade, identificando as contradições e problemáticas sociais que determinam o adoecimento nessa comunidade que, em diversos contextos, estará desassistida, esquecida ou deslegitimada pelas correlações de força do poder público e pelos interesses mais radicais do próprio capitalismo.

Encontramos esse tipo de análise em Engels (2008) sobre a classe trabalhadora inglesa e suas condições de saúde, e em como essas condições de saúde, que, de diversas formas, eram problemáticas, agudizaram-se pelas condições precárias e problemáticas de trabalho necessárias ao desenvolvimento capitalista na Inglaterra. O autor (2008) destaca essas problemáticas também a partir da necessidade de que os trabalhadores inseridos nas fábricas possam organizar-se como classe para a melhoria das condições de vida e de trabalho.

Breilh (1991) também aponta a premissa de que, com o desenvolvimento do capitalismo, a cidade é a continuação da fábrica, com suas contradições de exploração e de superexploração. Ampliado ao nosso contexto de discussão e aos problemas contemporâneos de condições de trabalho em sua lógica produtiva, o território é também a continuação das contradições da comunidade e vice-versa, sejam essas contradições sociais, políticas, econômicas, todas associam-se às condições diretas de trabalho.

Dito isso, o território é uma expressão concreta das contradições enraizadas na sociedade, refletindo os aspectos econômicos, sociais e, principalmente, o modo de produção dominante. Essas contradições estão intrinsecamente ligadas às condições de trabalho, ampliando-se para abranger questões sociais, políticas e econômicas. Assim, o território é tanto o resultado quanto o palco das lutas e desafios enfrentados pela comunidade em um contexto de desenvolvimento capitalista, em que a cidade se

estende como continuação da fábrica, incorporando as dinâmicas de exploração e superexploração. Porque o conhecimento do território implica conhecer suas especificidades, inseridas no contexto abstrato das contradições sociais que determinam as condições de vida de um povo ou nação.

Para que possamos dar um exemplo para essa argumentação e, tomando a elaboração de Gonzalez (2020) como forma, o fenômeno do racismo se organiza em todas as particularidades da sociedade, circunscrito à história do Brasil, à história das formações jurídicas, à história do desenvolvimento econômico e à história das ciências. Tendo isso em vista, há a compreensão de que o racismo estrutural determina todas as instâncias da formação da sociedade brasileira, manifestando-se nas silenciosamente e não apenas na dimensão do individual, e que esse fenômeno é determinante direto, vitimizando e adoecendo as camadas racializadas da população brasileira, e que isso acontecerá sistematicamente em todas as regiões do território brasileiro.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família importa que esse determinante seja percebido e compreendido em sua totalidade, para que possam ser compreendidos também outras questões associadas a isso, como o adoecimento mental em razão do Bullying em crianças e adolescentes, as experiências de famílias negras em bairros majoritariamente brancos, as condições de trabalho da população negra em um determinado território, os resquícios do processo de exclusão social nas esferas urbanas, ou mesmo a violência policial com a população negra.

Não se espera que equipes de estratégia de saúde da família possam corrigir déficits que dizem respeito às próprias formações sociais e históricas do modo de produção capitalista, tampouco que tenham poder de romper com as problemáticas do racismo, do machismo e das desigualdades sociais do território, mas que a atuação desses profissionais possa lidar com essas problemáticas admitindo a posição da comunidade no embate social entre as classes, que possa conhecer, articular-se e atuar com os movimentos e organizações sociais locais, na intenção de cumprir as premissas que fundamentam a criação do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões apresentadas neste estudo sobre a prática da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua articulação com as características dos territórios e comunidades, é possível destacar que a efetividade da APS depende não apenas da qualidade dos serviços prestados, mas também da capacidade dos profissionais de compreender e atuar sobre os determinantes sociais da saúde.

O reconhecimento do território como expressão das contradições sociais e econômicas, aliado à compreensão das interseções entre a saúde e as desigualdades estruturais, é fundamental para uma abordagem contextualizada e centrada nas necessidades das comunidades atendidas.

Nesse contexto, o enfrentamento do racismo estrutural, das desigualdades socioeconômicas e de outras formas de opressão torna-se uma prioridade para a promoção da saúde e a construção de sociedades mais justas e inclusivas. Isso requer uma postura crítica e engajada por parte dos profissionais de saúde, que precisariam se comprometer com a transformação das condições de vida e trabalho das populações atendidas.

É crucial que os profissionais de saúde reconheçam e compreendam as dinâmicas de exclusão, discriminação e violência presentes nos territórios em que atuam. Além disso, é essencial que haja uma articulação efetiva entre os serviços de

saúde e as organizações e movimentos sociais locais, visando uma abordagem mais ampla e participativa no enfrentamento das demandas e desafios enfrentados pela comunidade.

Os profissionais de saúde, como construção social da Atenção primária, desempenham um papel importante na promoção da justiça social, na defesa dos direitos humanos e na busca por uma saúde mais equitativa e inclusiva. Isso requer um compromisso ativo com a transformação das condições de vida e trabalho das comunidades, reconhecendo suas experiências e saberes como fundamentais para uma prática de saúde mais democrática e efetiva.

Portanto, ressaltamos a necessidade de uma abordagem crítica e engajada na prática da APS, que vá além do tratamento de doenças e considere as múltiplas dimensões da saúde e do bem-estar das pessoas e das comunidades. Essa abordagem requer uma reflexão constante sobre as relações de poder e as estruturas sociais que moldam as condições de vida e saúde das populações, buscando sempre promover a justiça, a equidade e o respeito à diversidade

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Pactos pela Saúde, v. 4). Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/1234/56789/313>
- BREILH, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: **Editora UNESP: Hucitec**, 1991.
- COSTA, I. L. de O. F.; TRINDADE, C. B. dos S.; CHAVES, E. C. R.; FERREIRA, I. P.; LIMA, S. B. de A.; COSTA, F. B. da; MENDONÇA, M. H. R. de; NETO, R. L. da S. A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3622-e3622, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3622>
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 161-168, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/161-168/pt>
- ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. **Boitempo Editorial**, 2008.
- FREIRE, P. Pedagogia do compromisso: América Latina e educação popular. **Editora Paz e Terra**, 2018.
- GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2020.
- HARZHEIM, E. Atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. **Brasília: OPS**, 2011. P. 45-54, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18458>
- HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. de M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3553-3559, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>
- MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
- MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 919-930, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0210>
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018.
- PEDROSA, J. I. D. S. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, v. 11, n. 3, 2008. Disponível em: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A16%3A4003648/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A37300336&crl=c&link_origin=scholar.google.com
- PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018. <https://doi.org/10.63845/at23pg62>
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: **Global**, 1983, p. 133-158.
- LANE, S. T. M. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. **Psicologia social: o homem em movimento**, v. 13, p. 10-19, 1984.
- SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde. OMS. **Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas**, 344p, 2006.
- SANTOS, M. Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: **Record**, 2006.
- SOUSA, F. R. Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1568-1568, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0406>
- STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, Vera Joana. Educação popular em saúde. In: **Educação e saúde**. 2007. p. 35-70.