



## Significado de viver saudável em uma comunidade socialmente vulnerável no Sul do Brasil\*

*The meaning of healthy living in a socially vulnerable community in southern Brazil*

*Significado de vivir saludable en una comunidad socialmente vulnerable en el sur de Brasil*

Marli Terezinha Stein Backes<sup>1</sup>, Dirce Stein Backes<sup>2</sup>, Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>3</sup>, Andreas Büscher<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender o significado de viver saudável para usuários, profissionais e gestores de uma equipe Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Pesquisa de natureza qualitativa, baseada na grounded theory. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com 25 participantes, dentre eles usuários, profissionais e gestores de uma equipe ESF, no período entre março e dezembro de 2009. **Resultados:** A coleta e a análise dos dados, conduzida de forma sistemática e comparativa, evidenciaram que o viver saudável pode ser caracterizado como um processo auto-organizador, intermediado pela atuação dos profissionais da equipe ESF, especialmente, pelo agente comunitário de saúde, por meio da criação de vínculos de confiança e estímulo às interações e associações comunitárias. **Conclusão:** Concluiu-se que o viver saudável é um fenômeno singular, complexo, interativo, associativo, político e social, conjugado pelo envolvimento ativo e participativo dos usuários e pelo engajamento efetivo e socialmente responsável dos profissionais, gestores e autoridades políticas instituídas.

**Descritores:** Pesquisa qualitativa; Comunidades vulneráveis; Enfermagem em saúde comunitária

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the significance of healthy living for users, professionals and managers of the Family Health Strategy (FHS) team. **Methods:** Research of a qualitative nature, based on grounded theory. For data collection, interviews were conducted with 25 participants, including users, professionals and managers of a FHS team, during the period between March and December, 2009. **Results:** The collection and analysis of data was conducted in a systematic and comparative manner, demonstrating that healthy living can be characterized as a self-organizing process, mediated by the action of the FHS team professionals, especially by the community health agent, through creation of bonds of trust and stimulation of interactions and community associations. **Conclusion:** We concluded that healthy living is a singular phenomenon, complex, interactive, associative, political and social, coupled with the active involvement and participation of the users and by the engagement of effective and socially responsible professionals, managers and established political authorities.

**Keywords:** Qualitative research; Vulnerable groups; Community health nursing

### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender el significado de vivir saludable para usuarios, profesionales y gestores de un equipo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, basada en la grounded theory. Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas a 25 participantes, entre ellos usuarios, profesionales y gestores de un equipo ESF, en el período comprendido entre marzo y diciembre de 2009. **Resultados:** La recolección y análisis de los datos, conducida de forma sistemática y comparativa, evidenciaron que el vivir saludable debe ser caracterizado como un proceso auto-organizador, intermediado por la actuación de los profesionales del equipo ESF, especialmente, por el agente comunitario de salud, por medio de la creación de vínculos de confianza y estímulo a las interacciones y asociaciones comunitarias. **Conclusión:** El vivir saludable es un fenómeno singular, complejo, interactivo, asociativo, político y social, conjugado por el involucramiento activo y participativo de los usuarios y por el compromiso efectivo y socialmente responsable de los profesionales, gestores y autoridades políticas instituídas.

**Descriptores:** Investigación cualitativa; Comunidades vulnerables; Enfermería en salud comunitaria

\* Estudo realizado em uma comunidade socialmente vulnerável, localizada na Região Central do Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>1</sup> Pós-graduanda (Doutorado) do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA – Santa Maria (RS), Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>4</sup> Doutor em Enfermagem no Institut für Pflegewissenschaft na Universität Bielefeld - Alemanha.

## INTRODUÇÃO

Cada indivíduo vivencia o viver saudável de forma singular. Para tanto, é preciso levar em conta fatores, como a história de vida do indivíduo, o contexto socioeconômico-cultural, as possibilidades interativas, dentre outros. No processo de viver saudável, além dos componentes orgânico-funcionais, estão presentes também elementos de ordem social e cultural, bem como aqueles de natureza subjetiva relacionados ao modo como cada indivíduo, em sua singularidade, processa os diferentes movimentos/eventos do dia a dia.

Considerando os diferentes fatores envolvidos no cotidiano e imaginário dos indivíduos e famílias, pode-se inferir que o entendimento de viver saudável não é um processo simples ou fácil de ser decifrado, sobretudo quando associado à vulnerabilidade social. Tal conceito relaciona-se a um processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos, indivíduos ou comunidades fragilizadas, jurídica ou politicamente na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania<sup>(1,2)</sup>.

Sob esse enfoque, o conceito de saúde, bem como o de viver saudável, precisa, gradativamente, ser ampliado no sentido de compreender as múltiplas dimensões determinantes e condicionantes que integram o processo saúde-doença<sup>(3)</sup>. Vários estudiosos ampliam o conceito de viver saudável<sup>(4-7)</sup>, ao atribuírem um significado não apenas racional e objetivo ao processo saúde-doença, mas também uma dimensão social, emocional, econômica e espiritual, associada a fatores, tanto internos como externos que interferem no imaginário real e concreto dos indivíduos.

Tendo em vista os múltiplos fatores e dimensões subjacentes à saúde e/ou ao viver saudável, o desafio de desenvolver ações de cuidados interdisciplinares, nas quais o diálogo e a negociação são a chave propulsora, mostra-se fundamental. Essa construção é, particularmente, importante para a efetiva implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o cuidado integral constitui-se em um dos principais pilares que fundamentam o Sistema Único da Saúde (SUS)<sup>(8-10)</sup>. A construção interdisciplinar refere-se tanto à organização integrada e articulada dos serviços, em seus distintos níveis de atenção quanto à perspectiva de compreender o indivíduo como sujeito singular e multidimensional – protagonista de sua própria história<sup>(11,12)</sup>.

Como estratégia de reformulação do sistema de saúde, com foco na atenção básica, a ESF constitui-se em uma importante iniciativa, capaz de facilitar o acesso aos serviços de saúde e ampliar as possibilidades interativas e associativas. Somente com a expansão da ESF e sua reorientação política como estratégia, será possível enfatizar propostas como a territorialização, a vigilância em saúde, o acolhimento, o vínculo, as ações programáticas,

a oferta organizada, entre outras<sup>(13,14)</sup>. Importantes passos foram dados em relação à participação social, à integralidade e à universalidade em saúde. Contudo, as condições sociais de desigualdade, nas quais vive grande parte da população brasileira, constituem-se em um agravante, que repercutem diretamente no viver saudável dos indivíduos, sobretudo dos grupos sociais vulneráveis.

O cuidado integral, articulado às reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades apresenta-se, nesse sentido, como um recurso importante, capaz de contribuir para a ampliação do conceito de saúde e/ou do viver saudável, além de possibilitar elementos para a consolidação da ESF. Sendo assim, o presente estudo tem como questão de pesquisa: Qual é o significado de viver saudável para os usuários, profissionais e gestores de uma equipe de ESF, mais específico em uma comunidade socialmente vulnerável?

Para tanto, buscou-se a fundamentação teórica em algumas ideias de pensamento complexo. Nascido na França, em 1921, e reconhecido mundialmente nos meios acadêmicos e científicos como um dos pensadores mais importantes da atualidade, Edgar Morin – autor do pensamento complexo – tem se dedicado, dentre outros temas, à investigação e sistematização de uma epistemologia da complexidade. Assim, considera necessário um modo de pensamento complexo para a construção de um conhecimento multidimensional, em consonância com a complexidade da realidade. Propõe uma reforma no pensamento, no sentido de integrar a humanidade e o cosmos, em uma visão que não seja linear e reducionista, mas totalizadora e integradora, considerando as qualidades das partes e do todo simultaneamente, bem como suas relações, interações e associações<sup>(15,16)</sup>.

O viver saudável, sob esse enfoque pode/deve ser entendido como um fenômeno complexo, cuja compreensão implica aceitar suas múltiplas dimensões, interações e associações, pela abstração dos dados em níveis mais abrangentes, bem como o reconhecimento das condições do meio em que o ser humano está inserido e no qual vivencia concretamente o viver com ou sem saúde<sup>(12,17)</sup>. Pressupõe atribuir novos significados às práticas em cuidado/saúde, pela apreensão do uno e do múltiplo, do local e do global. Dito de outro modo, significa apreender o viver saudável, como um processo singular e multidimensional que não pode ser apreendido e definido como algo objetivo, estático ou como um fim em si mesmo.

Como processo dinâmico, singular e auto-organizador, o viver saudável alcança a complexidade do ser humano. Compreender esse processo, baseado na aquisição de saberes e competências, pautado na convicção de um novo referencial que dá conta das intersubjetividades, interações e dinamicidades, abre espaços para novas formas de pensar e agir em cuidado/saúde, capazes de reconhecer e valorizar tanto o envolvimento ativo dos

usuários, como o engajamento efetivo dos profissionais, gestores e os diferentes setores sociais.

A partir do exposto, o presente estudo teve por objetivo compreender o significado de viver saudável para os usuários, profissionais e gestores da saúde de uma equipe ESF, mais específico em uma comunidade socialmente vulnerável.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD caracteriza-se por um processo sistematizado de coleta e análise de dados, com o objetivo de gerar uma teoria que tenha significado na área sob investigação. Diferentemente de outros métodos, a amostra teórica não é definida anterior à coleta de dados<sup>(18,19)</sup>.

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista individual. No total, a amostra teórica constituiu-se de 25 entrevistas, realizadas entre março e dezembro de 2009, com usuários (n=12), profissionais de uma equipe ESF (n=08) e gestores da saúde (n=05), de uma comunidade socialmente vulnerável, localizada na Região Central do Rio Grande do Sul, Brasil. A comunidade, com aproximadamente, 24 mil habitantes, apresenta-se vulnerável tanto do ponto de vista social como econômico, político, ambiental e de saúde.

As entrevistas foram conduzidas, tanto com os usuários como com os profissionais da ESF e gestores, com base nas seguintes questões norteadoras: o que significa para você viver saudável? Quais os elementos que interferem no viver saudável? Como você percebe a atuação da ESF? Os participantes foram encorajados também a relatarem suas expectativas e dificuldades em relação à inserção em uma comunidade socialmente vulnerável.

O primeiro grupo de participantes, escolhido pelos pesquisadores foi composto por usuários cadastrados na equipe ESF, que foram selecionados por meio de sorteio de prontuários, localizados na unidade básica de saúde local. Na sequência, foi formado um novo grupo, composto por profissionais da equipe ESF, diretamente envolvidos no cuidado dos usuários sorteados no primeiro grupo. Por fim, foi formado um grupo de gestores da saúde, considerando-se como critério de inclusão, a gestão de serviços da ESF na região delimitada para o estudo. Dentre os entrevistados, encontravam-se: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde e usuários da saúde. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e, a seguir, transcritas pelos pesquisadores.

A coleta e a análise de dados foi realizada de forma sistemática e comparativa, conforme prevê o método. A cada entrevista, os dados foram transcritos e realizada a revisão minuciosa do texto. Na sequência, deu-se início à identificação das unidades conceituais. Os dados fo-

ram codificados linha por linha, comparados entre si e designados em categorias. Na etapa seguinte, as pesquisadoras escolheram uma categoria da codificação aberta – primeira etapa da codificação – e colocaram-na como tema central, comparando-a com as demais categorias. Na fase seguinte, também chamada codificação axial, os dados foram agrupados em novas formas, buscando expandir e compactar a categoria central com base nas conexões teóricas<sup>(19)</sup>.

Depois de esclarecidos os objetivos e a proposta do estudo, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), sob o número 333/2008.

Para manter o sigilo das informações, os participantes da pesquisa foram identificados, ao longo do texto, pela letra “U” (usuários), letra “P” (profissionais) e letra “G” (gestores), seguida de um número correspondente à fala.

## RESULTADOS

Os dados analisados sistematicamente e comparativamente resultaram em cinco categorias, quais sejam: Viver saudável associado às condições básicas de sobrevivência; Viver saudável relacionado às oportunidades de inclusão e participação; Viver saudável associado às possibilidades interativas e associativas; Viver saudável associado às articulações políticas e sociais e o Viver saudável relacionado às estratégias de reorientação do modelo de saúde. Este processo, como um todo, evidencia que o viver saudável constitui-se em um fenômeno singular, complexo, interativo, associativo, político e social, conjugado tanto pelo envolvimento ativo e participativo dos usuários - atores sociais, como pelo engajamento efetivo de profissionais, gestores e autoridades políticas instituídas na realidade concreta dos indivíduos, famílias e comunidades.

Em suas falas, os entrevistados evidenciaram, que o viver saudável não se traduz em um processo dado ou estático ou como algo que pode ser comprado, repassado ou transferido de um sistema para o outro. O viver saudável, de outro modo, é fruto de conquistas pessoais, familiares e comunitárias, que envolvem um conjunto de fatores existenciais, emocionais, sociais, políticos, ambientais, dentre outros que, por sua vez, envolvem responsabilidades e articulações intersetoriais. Nessa direção, o viver saudável envolve a participação ativa e participativa dos usuários e o engajamento efetivo dos profissionais da saúde na realidade das comunidades. Envolve, igualmente, o desenvolvimento de políticas sociais, econômicas e de saúde inclusivas e resolutivas, no sentido de ampliar as oportunidades e potencializar os recursos e competências dos indivíduos, como protagonistas da própria história. De acordo com os profissionais, no entanto, as políticas sociais e de saúde são, ainda, fortemente marcadas pelo assistencialismo.

*As políticas sociais e de saúde deixam muito a desejar. O que eu vejo, é uma política assistencialista. O governo dá o peixe e não ensina a pessoa a pescar... tenho direito à bolsa família. Então, por que eu vou me esforçar pra melhorar as condições de vida, melhorar a educação para os meus filhos? No PSF, inclusive, acho que existe muito assistencialismo (P1).*

Nos resultados, ficou evidente também que a organização, reorganização e/ou auto-organização do cotidiano pessoal, familiar e comunitário para um viver mais saudável, só será possível pela contínua negociação e articulação dos diferentes atores e setores sociais, responsáveis pelas ações integradas e integradoras em cuidado/saúde. As estratégias de negociação e integração expressam-se nas visitas domiciliares dos profissionais, nas associações comunitárias e/ou de moradores, nas atividades grupais e educativas e nas manifestações coletivas, dentre outras.

De modo geral, os usuários salientaram a importância das relações e interações sociais para o viver saudável, ao mencionarem que no anonimato —, “*trancados em casa*”, acabam se incomodando com os filhos e com os vizinhos, se limitando-se à rotina doméstica e não raramente adoecendo. Outros, no entanto, mencionaram a falta de estímulo para “*sair de casa e interagir com vizinhos e amigos*”. Percebem, portanto, que precisam de um estímulo externo, ou seja, de uma mediação, capaz de instigar a auto-organização. Nesse sentido, tanto o agente comunitário de saúde quanto as visitas dos estudantes universitários foram citados como fontes de estímulo, conforme evidencia a fala a seguir:

*A gente fica muito feliz quando vem o agente de saúde ou os alunos da Universidade fazer as visitas... a gente começa a conversar outras coisas e parece que melhora o ânimo. Agora já comecei participar dos encontros de vivência... hoje sou outra pessoa (U9).*

As usuárias, de modo geral, demonstraram que seu dia a dia é cansativo e solitário, isto é, motivado pela ordem do fazer doméstico. Deixaram transparecer, ao mesmo tempo, certa acomodação e alienação à realidade existencial, familiar e comunitária. Pouco se desafiam e/ou são desafiadas para buscar o novo, o diferente e o aleatório.

A fala dos usuários é confirmada na fala dos agentes de saúde, ao enfatizarem que seu trabalho, sobretudo nas visitas domiciliares, é valorizado e reconhecido pelos usuários. Percebem que sua prática transforma e é transformada, mesmo que seja somente pela escuta ativa ou a simples troca de informações. Os agentes de saúde entendem que sua principal intervenção com os usuários é compreender e acolher as necessidades do momento e transformá-las em desafios. Além do vínculo profissional, os agentes comunitários, bem como os demais profissionais da equipe ESF, constituem-se em uma referência para os diferentes movimentos/eventos individuais, familiares e comunitários. Refletem igualmente que, além de uma ação pontual e linear, o profissional da saúde necessita de uma atitude solidária e contextualizada da realidade dos usuários, independente das condições em que se encontra.

*É escutar, partilhar saberes... tu sai de lá, aquela mulher já é outra. Às vezes, a gente fica 3 horas ouvindo queixas. O que estava incomodando, era alguma coisa que ela precisava contar para alguém. Precisamos ser mais ouvidores do que falantes. Tem gente que sai da casa só para o grupo... (P5).*

Na compreensão dos gestores de saúde, é preciso investir na formação e qualificação dos profissionais que atuam na ESF. Reconhecem que a ESF é um processo que precisa ser construído com a família — responsável pela sua auto-organização, no sentido de reconhecer as singularidades e conjugar os diferentes saberes e culturas envolvidos no processo. Reconhecem problemas estruturais e organizacionais na ESF e percebem que a equipe profissional apresenta dificuldades interdisciplinares, enfatizando que o cuidado em saúde precisa ser ampliado, pela compreensão de novos significados, isto é, pela reorientação do modelo de saúde com base em referenciais mais abertos e flexíveis. Nessa perspectiva, questionam: como preparar os profissionais da saúde para uma atuação mais ampliada e flexível, capaz de valorizar e contemplar as diferentes culturas e contextos? Como preparar os profissionais da saúde para uma compreensão mais ampliada do conceito de saúde?

Nessa direção, os gestores salientaram que o viver saudável constitui-se em um processo singular, interativo e dialógico, construído por meio da integração das incertezas, da desordem e do aleatório, bem como pela articulação dos diferentes saberes, contextos e realidades de vida, conforme expressa a fala:

*Como mudar e estimular a questão do viver saudável se cada um tem a sua cultura? Como dizer que o meu jeito é o certo e do outro está errado? Às vezes a gente vive alguns embates, porque achamos que nós somos os certos. É preciso conjugar o saber profissional com o saber da família. O cuidado ainda é fragmentado. A ESF é algo que deve ser construído com a família (G2).*

Os entrevistados, especialmente os profissionais da saúde, entendem que é preciso despertar para o novo, isto é, despertar para uma nova cultura e/ou abordagem em saúde, por meio de estratégias que instiguem uma nova organização, auto-organização ou reorganização familiar e comunitária. Percebem, que o agente comunitário de saúde, por meio do acolhimento e do vínculo de confiança estabelecidos nas “*rodas de chimarrão*” ou nas conversas informais, possibilita maior compreensão das necessidades familiares e comunitárias. Mas, para que isso aconteça, o agente de saúde precisa estar devidamente instrumentalizado, no sentido de lidar estrategicamente com as diferentes situações com as quais se depara no dia a dia, sobretudo, em comunidades socialmente vulneráveis. Enfatizam, ainda, que o agente de saúde constitui-se, nesse processo, em um elemento agregador e instigador, capaz de subsidiar a integração do todo às partes, como as partes ao todo.

*Eles criam uma empatia que a gente não consegue entender. O agente é aquele elo e tem uma empatia e recepção das famílias. Eles criam uma cadeia interativa com as famílias e alimentam isto com*

*o chimarrão e conversando. A gente no centro não consegue isto. A gente não conversa com os vizinhos e não se tem tempo para nada. Eles conseguem fazer esta integração (P7).*

Tanto os profissionais como os gestores da saúde apontaram para a necessidade da criação de uma cultura de corresponsabilização coletiva, na qual os usuários são atores ativos e participativos e os profissionais mediadores de um novo saber, sem, contudo, impor seus saberes e verdades instituídas, mas, capazes de integrar e conjugar o saber profissional ao saber popular. Sob esse enfoque, remetem para a autoreflexão, motivada por referenciais capazes de ampliar o processo de viver humano, o processo de trabalho e, acima de tudo, a compreensão do singular, do diferente e do multidimensional.

*É preciso motivar os trabalhadores e usuários para a corresponsabilidade. Todos precisam se sentir parte de uma rede. Tudo é uma grande engrenagem, uma grande teia. Todos precisam participar do planejamento e precisam ser ouvidos. Muitas vezes nos achamos muito poderosos, com as nossas verdades e temos dificuldades para entrar na realidade da família. É preciso saber potencializar as coisas boas do outro e construir juntos (G5).*

O viver saudável, de acordo com os significados atribuídos, faz parte de uma engrenagem complexa e sistêmica, na qual coexistem diferentes saberes, culturas e interesses, mas que precisam convergir para a corresponsabilidade criativa e participativa, e a compreensão do ser humano como protagonista de sua própria história.

### **Reconhecendo e discutindo a complexidade do viver saudável**

A auto-organização ou (re)organização do cotidiano individual, familiar e comunitário é possível mediante processos dialógicos e da negociação contínua das ações de cuidado. Construir o processo de viver saudável, sob esse enfoque, implica a ampliação das relações, interações e associações profissionais e sistêmicas, impulsionadas pela interconexão do todo às partes, do uno ao múltiplo e vice-versa, para a qual nos remete a perspectiva da complexidade, entendida como um tecido formado por diferentes fios que se transformam em uma só coisa. Isto é, onde todos os fios entrecruzam-se e entrelaçam-se para formar a unidade da complexidade<sup>(20,21)</sup>.

O pensamento complexo, portanto, pede para negociar com as incertezas, dialogar com as adversidades e acolher a desordem como possibilidade para a criação de uma nova ordem<sup>(21-23)</sup>, isto é, uma nova organização. Significa dizer, que a desordem e a desorganização não podem ser apreendidas como fenômenos menos importantes, mas como possibilidades criativas para a construção de uma nova organização, desde que potencializadas as competências e os recursos dos próprios seres humanos - atores sociais, enquanto protagonistas do próprio processo de viver saudável.

Nessa direção, o pensamento complexo, é antagônico e complementar, contraditório e ambivalente, singular e múltiplo, unidade e diversidade, local e global, sustentado por um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo<sup>(22)</sup>. Logo, constitui-se em um processo potencializador de novas possibilidades interativas e associativas, necessárias para a auto-organização do viver saudável, independente das situações em que o ser humano, família ou comunidade se inserem.

Nessa perspectiva, os diferentes fios do processo de viver saudável precisam ser tecidos conjuntamente, a fim de garantir o vitalismo e o dinamismo do cuidado integral e integrador em saúde, mesmo que em condições socialmente vulneráveis, relacionadas com a exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação<sup>(2,7)</sup>. As práticas de saúde precisam, gradativamente, ir além das ações pontuais e assistencialistas, isto é, devem desenvolver estratégias intersetoriais, capazes de emancipar o ser humano como sujeito da ação e reação.

A complexidade posiciona-se diante de perguntas e não de respostas, diante de questionamentos e não de encaminhamentos prontos, de desafios e não de quadros estabelecidos<sup>(22)</sup>. Para tanto, são inevitáveis o diálogo e a negociação, no sentido de promover a corresponsabilização dos diferentes atores sociais. Em outras palavras, significa dialogar com os usuários – sujeitos que vivem o cotidiano em uma realidade vulnerável, muitas vezes, marginalizada pela cegueira do saber científico.

Por caracterizar-se como um movimento singular, dinâmico, interativo e associativo, o viver saudável demanda necessariamente uma dimensão dialógica e reflexiva por parte dos diferentes atores e setores envolvidos no processo, sobretudo dos grupos em situações socialmente vulneráveis. Nesse sentido, o processo saúde-doença necessita, gradativamente, superar as fronteiras disciplinares propostas pelo pensamento simplificado e avançar em direção ao cuidado integral e integrador do cuidado/saúde. Precisa ir além da simples somatória dos fios/partes e alcançar níveis mais elevados de integração e articulação dos saberes, a fim de compor uma rede complexa de interações, alimentada pelas múltiplas dimensões que envolvem a dinâmica do viver saudável<sup>(24)</sup>.

Determinar o viver saudável baseado em um processo singular, interativo e associativo, significa produzir um conhecimento complexo em saúde, a fim de alcançar a compreensão do cuidado da vida humana, como um fenômeno que transcende as ações pontuais e de caráter emergencial ou assistencialista. Significa compreender o ser humano como um ser complexo, capaz de continuamente auto-organizar-se e/ou reorganizar-se pela dinâmica do estar vivo. Significa, em suma, considerar as dimensões de vulnerabilidade resultantes do entrecruzamento de comportamentos e vivências individuais

e subjetivas, bem como das condições sociais, políticas, econômicas e culturais, articuladas às ações de promoção e educação para a saúde.

## CONCLUSÕES

O viver saudável, de acordo com os significados atribuídos pelos usuários, profissionais e gestores da saúde, faz parte de uma engrenagem sistêmica, interativa e associativa, na qual não existem verdades absolutas nem mesmo respostas simples de serem decodificadas. Existem, todavia, perguntas que só são compreendidas, à medida que apreendermos o ser humano como um ser complexo e o viver saudável como um processo singular e multidimensional.

Ao apelar para o conhecimento complexo, o processo do viver saudável aponta para os diferentes saberes, ou seja, aponta para a dimensão dialógica do saber profissional integrado e articulado ao saber popular. Nesse sentido, os profissionais que integram a equipe ESF desempenham um papel importante pela instrumentalização e mediação de novas oportunidades e possibilidades no processo de auto-organização do viver saudável. O saber profissional, todavia, deve prescindir do saber ou significado que cada ser humano, família e comunidade atribui a seu vivido, isto é, a seu viver saudável.

Profissionais da saúde/enfermagem podem/devem, portanto, serem considerados mediadores do processo de viver saudável pelo diálogo entre o cuidado formal e informal, pela ampliação das capacidades e possibilidades interativas, pela potencialização dos recursos dos próprios

usuários – atores sociais e, sobretudo, pela negociação contínua de ações estratégicas de cuidado, capazes de ampliar a rede de interações com os diferentes atores e setores sociais.

O viver saudável pode/deve ser caracterizado como um fenômeno singular, complexo, interativo, associativo, político e social, conjugado tanto pelo envolvimento ativo e participativo dos usuários – atores sociais, como pelo engajamento efetivo e socialmente responsável dos profissionais, gestores e autoridades políticas instituídas. É importante que pesquisadores, profissionais e estudiosos considerem o ser humano e família como protagonistas de sua própria história. Isto é, como sujeitos expostos a toda ordem de conflitos, incertezas, instabilidades e caos, mas capaz de continuamente organizar e reorganizar-se, apoiadas nas múltiplas interações, relações e associações familiares e sociais.

O viver saudável é um processo singular e complexo que vai além dos elementos de causa-efeito enfatizados pelo tradicional conceito saúde-doeça. Concluiu-se, portanto, que a construção do conhecimento sobre o viver saudável precisa, necessariamente, considerar as múltiplas dimensões e fatores que envolvem o viver a vida no dia a dia para cada indivíduo em particular, com base em seu contexto e realidade concreta.

## Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS pelo financiamento da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Resolução do Parlamento Europeu, de 17 de Junho de 2008, sobre o impacto da política de coesão na integração de comunidades e grupos vulneráveis (2007/2191(INI)) (2009/C 286 E/01). [citado 2012 Jan 21]. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:286E:0001:0005:PT:pdf>
2. Nichiata LY, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(5):923-8.
3. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7):1620-5.
4. Meirelles BH, Erdmann AL. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2005; 14(3):411-8.
5. Scherer M, Andrade S, Mello AL, Bonetti A. Healthy living and non-healthy living: the meaning for mature and active women. *Cad Saúde Colet (Rio J)*. 2007; 15(1):273-9.
6. Pelzer MT, Sandri JV. O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. *Rev Gaúcha Enferm*. 2002; 23(2):108-22.
7. Backes DS, Backes MS, Koerich MS, Baggio MA, Carvalho JN, et al. Significado de viver saudável para jovens que integram um projeto de inclusão social. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2009 [citado 2012 Jan 10]; 11(4):877-83. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a13.pdf>
8. Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. 2a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
9. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Affairs*. 2009; 28(4): 1127-35.
10. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):861-8.
11. Witt RR, de Almeida MC. Identification of nurses competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. *Public Health Nurs*. 2008; 25(4):336-43.
12. Backes DS. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
13. Paim JS, Vaitsman J, Moreira MR. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por Jeni Vaitsman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14(3):899-901.
14. Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-94.
15. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3a ed. Lisboa: Stória; 2001.
16. Morin E. A cabeça bem feita: reformar a reforma reforça o pensamento. 10a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.

17. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5-6):410-28.
18. Büscher A. Negotiating helpful action: a substantive theory on the relationship between formal and informal care [thesis]. Finland: University of Tampere, Department of Nursing Science; 2007.
19. Strauss A. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; 2000.
21. Morin E. Complexidade e ética da solidariedade. 3a ed. Porto Alegre: Sulina; 2002.
22. Morin E. Ciência com consciência. 10a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
23. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001; 323(7313):625-38.
24. Erdmann AL, Sousa FGM, Backes DS, Mello ALSF. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):180-5.