

PROMOÇÃO DA SAÚDE: concepções que permeiam o ideário de gestores do Sistema Único de Saúde

Carine Vendruscolo

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Letícia de Lima Trindade

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)/Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)

Karen Cristina Jung Rech

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Lucimare Ferraz

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)/Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)

Ivete Maroso Krauzer

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

PROMOÇÃO DA SAÚDE: concepções que permeiam o ideário de gestores do Sistema Único de Saúde

Resumo: O artigo busca identificar as concepções teórico-filosóficas que permeiam o ideário de gestores da saúde, estabelecendo a sua aproximação com a Promoção da Saúde (PS). As informações foram produzidas mediante entrevistas semiestruturadas com 12 gestores da Macrorregião Oeste de Santa Catarina, as quais foram transcritas na íntegra e analisadas com base na proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo (2010). Emergiram as categorias: Promoção da Saúde como Qualidade de Vida; Promoção da Saúde como Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde como Educação em Saúde. Ressalta que os gestores compreendem a PS como um dispositivo para a qualidade de vida, construído a partir das políticas públicas, com foco nas ações intersectoriais e/ou de prevenção das doenças, tendo o Agente Comunitário de Saúde como elemento potencializador das atividades junto aos indivíduos e coletividades, por meio da educação em saúde. A Carta de Ottawa permeia a concepção dos gestores, contudo, retoma-se a importância da qualificação destes sujeitos para a consolidação de um modelo de saúde social e participativo, que contribua para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e fortalecimento da PS.

Palavras-chave: Promoção da saúde, qualidade de vida, gestão em saúde, trabalho em saúde, Sistema Único de Saúde.

HEALTH PROMOTION: concepts that pervade the ideals of the Unified Health System managers

Abstract: The article sought to identify the theoretical and philosophical ideas that permeate the ideals of health managers, establishing their approach with health promotion (HP). The information was produced by semi-structured interviews with 12 managers of West Macro-region of Santa Catarina, which were transcribed and analyzed based on the proposed operative for Minayo's qualitative data analysis (2010). Categories emerged: Health Promotion and Quality of Life; Health Promotion and Disease Prevention and Health Promotion and Health Education. Managers understand the PS as a device for life quality, built from public policies, focusing on intersectoral, and / or of disease prevention and Community Health Agent as a catalyzing activities element by the individuals and collectivities, using health education. The Ottawa Charter permeates the managers design, however, incorporates the importance of the qualification of these people for the consolidation of a social and participatory health model, which contributes to the Unified Health System development and strengthening of the HP.

Key words: Health promotion, life quality, health management, health work, Unified Health System (hereby SUS).

Recebido em: 14.04.2014. Aprovado em: 15.01.2015.

1 INTRODUÇÃO

O ideário da Promoção da Saúde (PS) se traduz em expressões simbólicas da atualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas, as políticas públicas saudáveis, a intersetorialidade, as cidades saudáveis e outros (CZERESNIA; FREITAS, 2009). Após os anos 1970, acirrou-se a ideia de que a saúde estaria interligada com fatores determinantes intrínsecos e extrínsecos ao processo saúde-doença, relacionada com condições e modos de vida, considerando-se a PS como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e o meio ambiente, rompendo com o modelo biomédico. Nessa perspectiva, a qualidade de vida é tomada como um determinante da saúde, sofrendo influência da evolução social, ambiental, econômica e política de diversos países (BUSS, 2000).

O termo PS ressurgiu nas últimas décadas, em países industrializados, sobretudo no Canadá, questionando a eficiência da assistência curativa e a alta diversidade tecnológica. Nesse sentido, a Carta de Ottawa, elaborada na *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em 1986, afirmou a importância da temática e sinalizou a influência de elementos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, conceituando a PS como um

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (BRASIL, 2001a, p. 11).

A partir de então, diferentes eventos voltados para a saúde mundial reconhecem a PS um novo paradigma de atenção à saúde, especialmente discutido nas Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a Conferência de Ottawa, como as de Adelaide, Sundsvall, Santa Fé de Bogotá, Port of Spain, Canadá, Jacarta, México, Bangkok, entre outras (HEIDMANN et al., 2006).

No Brasil, também em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório

configurou-se como base para proposta do SUS, e retomou o conceito ampliado de saúde e a necessidade de estratégias de fortalecimento da PS. No contexto brasileiro, a efetivação da PS é associada às políticas sociais, com vistas a reduzir o adoecimento e promover a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010). Nesse contexto, emerge a Política Nacional de Atenção Básica, considerada como

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

A PS, no âmbito da Atenção Básica (AB), passa a ser orientadora das políticas públicas brasileiras, mas também, como produto social, deve ultrapassar o setor da saúde, necessitando de ações intersetoriais que visem o conhecimento das questões/problemas sociais e busquem suas soluções (BRASIL, 2006). Portanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010, p. 17) reafirma o compromisso da gestão do SUS com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços, tendo como objetivo:

[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Contudo, essas estratégias enfrentam dificuldades frente à marcante presença do modelo biomédico, *hospitalocêntrico*, que historicamente, vem orientando os serviços e a formação dos

profissionais de saúde no país, o que impõe limites para os avanços na mudança do modelo tecno-assistencial vigente.

Paralelo a todas essas regulamentações e, ao tomar-se a intersectorialidade, no âmbito do SUS, é exigido aos gestores municipais de saúde a responsabilidade sobre a divulgação e implementação de ações de PS, envolvendo a comunidade no processo decisório, apoiando as experiências de educação, entre outras, que possam contribuir com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001a). A regionalização do SUS, nessa perspectiva, constitui a estratégia prioritária do Ministério da Saúde (MS) para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização (BRASIL, 2001b).

Com base em tais pressupostos, esse estudo objetivou identificar as concepções teórico-filosóficas que permeiam o ideário de gestores da Macrorregião Oeste de Santa Catarina, no sul do Brasil, estabelecendo sua aproximação com a PS. Ainda, o estudo teve como objetivo específico apresentar um perfil dos gestores que foram sujeitos da pesquisa.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO CAMPO DE DISPUTAS

Em 1974, o Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, Marc Lalonde, publicou um documento com o título *Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses*, no qual relata mudanças no setor saúde, objetivando minimizar os riscos e melhorar o acesso da população à saúde. Como consequência desse documento, que passou a ser conhecido como *Informe Lalonde* (LALONDE, 1974), aconteceu a Conferência de Alma Ata (1978) – Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária. O *Informe Lalonde* abordou as principais causas de doenças da sociedade canadense e verificou que estas estavam ligadas à biologia humana, estilo

de vida e meio ambiente, e que, no entanto, a concentração de recursos ocorria na organização da assistência à saúde.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em novembro de 1986, no Canadá, aprova a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Essa aponta para um modelo sanitário ampliado que incorpora como determinantes da saúde os fatores ambientais, sociais, políticos, econômicos, comportamentais, biológicos e médicos (CARTA..., 2002).

A Carta de Ottawa define PS como

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (CARTA..., 2002).

Em 1988, foram apontados e incorporados ao documento cinco campos de ação prioritários para a PS: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; fortalecimento da ação comunitária (*empowerment*); desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública.

Esses campos tendem a superar a visão individualista e corretora de comportamentos individuais, considerada responsável por uma condição saudável, ainda que tanto o modelo preventivo como a PS possuam uma origem comum, que é o propósito da vigilância e o controle. Na prevenção, esses estão voltados aos riscos de adoecer e na promoção se focalizam nos comportamentos que são favoráveis à saúde (VERDI; CAPONI, 2005).

O ideário da PS, numa perspectiva socioambiental, sobrepõe à perspectiva comportamentalista da década de 1970, ilustrada no Informe Lalonde (1974), introduzindo conceitos e uma nova linguagem sobre a saúde, apontando caminhos para uma vida saudável (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Nesse sentido, a PS vem sendo entendida, nas últimas décadas, como uma estratégia para enfrentar

os múltiplos problemas de saúde que acometem as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma ampla concepção do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) preconiza, não só o envolvimento dos gestores das esferas municipal, estadual e federal, nas estratégias de implementação de ações de PS, como também impõe responsabilidades a cada esfera, com vistas à qualidade de vida e redução das vulnerabilidades dos coletivos. A Política mantém o foco em ações como incentivo à alimentação saudável, à realização de atividade física, ao controle do tabagismo, sem, contudo, perder de vista ações que estimulem a cultura da paz e a redução da violência no trânsito, intrafamiliar, entre outras; o movimento por ambientes saudáveis, o estímulo ao incremento de capacidades em desenvolvimento sustentável, e a promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, nas diversas dimensões (demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural), como instrumento de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, cabe destacar que é possível que haja uma confusão sobre os contextos originais que envolvem o conceito de PS. Em um ambiente com melhor grau de cidadania e bem-estar social, como é o caso do Canadá, o discurso dos cinco campos de ação faz mais sentido, uma vez que apenas o cuidado clínico é limitado e tem alto custo, apesar de acessível. A versão comportamentalista da PS, por outro lado, tem sido mais difundida no Brasil, pois converge como o modelo biomédico de atenção à saúde, centrado em práticas individuais, as quais eram ditas *preventivas* e, atualmente, são chamadas *saudáveis*. Soma-se a isso, as raízes preventivistas e epidemiológicas da PS, nas quais, operacionalmente falando, o *estilo de vida saudável*, não raro, confunde-

se com *comportamentos redutores do risco de doenças* (TESSER, et al., 2011). Desse modo, seria, de certa maneira, ingênuo, esperar que estratégias mais politizantes da PS a transformem em um novo paradigma.

3 METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como de natureza qualitativa, pois permitiu desvelar processos sociais pouco conhecidos e a revisão de conceitos e categorias no decorrer do processo investigativo (MINAYO, 2010).

Os sujeitos da pesquisa foram gestores dos 26 municípios que integram a Comissão Intergestores Regional (CIR) da Macrorregião Oeste de Santa Catarina. Utilizou-se, como critério de inclusão, ser gestor de saúde em um dos municípios da região de interesse. Para a definição do total de sujeitos utilizou-se o critério de saturação dos dados. Com base nesses critérios participaram da pesquisa 12 gestores municipais da Macrorregião investigada.

A produção e registro das informações ocorreram por meio de entrevistas semiestruturadas, com base em um roteiro de perguntas abertas, realizadas mediante aquiescência dos sujeitos, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Ao revelar os discursos dos participantes, seus nomes, bem como dos municípios de origem foram preservados por meio da utilização da letra G, seguida pelo número de ordem da entrevista. As informações foram coletadas entre os meses de fevereiro e julho de 2013.

Os dados foram analisados com base nas três etapas da Análise de Conteúdo de Minayo (2010): pré-análise; exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação. Emergiram como categorias centrais do estudo: Promoção da Saúde como qualidade de vida; Promoção de Saúde como prevenção de doenças; Promoção da Saúde como Educação em Saúde.

Cumprido destacar que, uma vez obtida

a permissão das instâncias envolvidas para a aplicação da pesquisa, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), via Plataforma Brasil e obteve parecer favorável, sob o número 159.194/2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos gestores participantes do estudo (**Quadro 1**), observou-se que houve predomínio do sexo masculino (10 – 38%). A média de idade foi de 44 anos. O tempo na gestão na saúde foi, em média, dois anos, o que os caracteriza como gestores jovens no ofício. Esse fato também pode estar relacionado a problemas de cunho político-eleitoreiro, com impacto na continuidade administrativa e na capacidade técnico-gerencial, necessárias à construção de políticas públicas.

O **Quadro 1** permite identificar o predomínio dos homens no cargo, com formações diversas, em maior frequência fora da área da saúde, bem como a maioria sem experiência prévia na gestão. Outras pesquisas enfatizam a importância da experiência dos gestores, com vista à compreensão da multiplicidade de suas ações e das inter-relações que existem entre as várias áreas de coordenação e atuação, ressaltando os gestores municipais como representantes políticos que disputam um determinado projeto de organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado no seu território (PIMENTA, 2013).

4.1 Promoção da saúde como qualidade de vida

Na busca do ideário dos gestores sobre PS, observou-se que os sujeitos entrevistados demonstraram certa homogeneidade nas respostas

Quadro 1 - Perfil dos gestores da Macrorregião Oeste de SC participantes do estudo

Gestor entrevistado	Sexo	Formação	Idade	Tempo de gestão	Curso de formação na área	Experiência anterior na área da saúde
G1	Masc	Graduação em Administração	42	8 anos	Sim	Não
G2	Masc	Graduação em Administração	52	3 anos	Sim	Sim
G3	Masc	Graduação em Ciências Contábeis	35	11 meses	Não	Não
G4	Fem	Pós-graduação em Saúde Pública	29	1ano e 8 meses	Não	Sim
G5	Fem	Pós graduação em Ciências Ambientais e Sexualidade Humana	48	2 meses	Sim	Não
G6	Masc	Ensino Médio / Agricultor	47	4 anos e 3 meses	Não	Não
G7	Masc	Ensino Médio / Agricultor	55	6 meses	Sim	Não
G8	Masc	Tecnólogo em Sistema de Informação	43	2 meses	Não	Não
G9	Masc	Ensino superior incompleto	32	6 meses	Não	Não
G10	Masc	Tecnólogo em massoterapia e educação física	31	2 meses	Não	Sim
G11	Masc	Curso técnico em enfermagem	51	7 meses	Não	Sim
G12	Masc	Pós-graduação em história	57	4 anos e 5 meses	Sim	Não

Fonte: Elaborada pelos autores (2013).

ao tratar do tema, associada às estratégias voltadas à *qualidade de vida*. Esta, por vezes, vem atrelada às boas condições de saúde. Nessa direção, observou-se que os gestores consideram a relação entre PS e os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como retomam a intersectorialidade como inerente ao paradigma da PS, como revelam as falas:

A Promoção de Saúde acontece quando é melhorada a qualidade de vida da população, por meio, de ações intersectoriais da administração pública, e de atividade, como por exemplo, o saneamento básico, trânsito da cidade [...]. (Informação verbal)¹.

Promoção de Saúde é um conjunto de políticas públicas, que incentivam o trabalho multidisciplinar. Entende que ausência de doença é uma concepção errônea [...] e compreende que promover saúde é propiciar qualidade de vida, que pode ser atingida por alguns requisitos, como: ter emprego, moradia digna, lazer e participar de atividades saudáveis [...] um conjunto de políticas que sejam integradas a outras áreas [...]. Se faz isso envolvendo as demais secretarias, e nós no município temos várias ações articuladas entre a assistência social, educação, cultura e esporte. (Informação verbal)².

A abordagem apresentada pelos gestores reconhece as políticas públicas e a intersectorialidade como significativas na determinação do processo saúde-doença, considerando os aspectos socioambientais. Isso implica na valorização das condições de vida e saúde dos indivíduos e populações, tendo como pré-requisitos básicos para a saúde, a maior justiça social, a equidade, o saneamento, a educação, a paz, a moradia, entre outros, com vistas à garantia de modos dignos de vida (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A Carta de Ottawa também sinaliza para ações de PS voltadas à adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente

ligados à saúde. Entretanto, como estratégia para minimizar os diversos problemas de saúde da população, a PS leva em conta o processo de capacitação da comunidade e de participação social, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, aspectos pouco lembrados nas falas dos sujeitos (BRASIL, 2001a).

Ainda nessa perspectiva, os gestores apontam para a necessidade de lançar mão de algumas ferramentas de gestão, como o planejamento, para assim *atender bem* a população, promovendo sua saúde:

[...] programar, tem que ter uma programação e um estudo social para a gente programar durante o mês, durante a semana, fazer um planejamento de saúde [...] quanto mais bem atendido o pessoal, se promove melhor a saúde. (Informação verbal)³.

As atribuições da gestão no SUS precisam ser desenvolvidas com base na legislação do Sistema, prevendo o cumprimento de seus princípios e diretrizes, especialmente: a participação social; o uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e na orientação programática; e a resolubilidade dos serviços, em todos os níveis da assistência, por meio da organização de fluxos de referência e contra-referência e do estabelecimento de ações conjugadas, na perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 1990). Visando garantir coerência com esses princípios, os gestores parecem considerar o planejamento, como estratégia que propõe identificar e intervir sobre problemas de saúde da população, cuja delimitação resulta de negociação e consenso entre distintos modos de entender a saúde (TEIXEIRA, 1995).

4.2 Promoção da saúde como prevenção de doenças

Os gestores também compreendem a PS como sinônimo de *prevenção de doenças*, como se observa nos relatos a seguir:

A Promoção da Saúde se caracteriza em prevenção, proteção e recuperação, enfatizando a prevenção da saúde [...] espaço que ocorre por meio de ações envolvendo as equipes de Saúde da Família, que levantam informações das maiores necessidades de cada área específica por cada Agente Comunitário de Saúde [...]. (Informação verbal)⁴.

[...] entendo como prevenção mesmo, prevenir para não deixar acontecer [...] tentar fazer promoção e não a parte curativa [...]. (Informação verbal)⁵.

Promoção da saúde eu acho que é melhoria no atendimento, na satisfação dos pacientes [...] talvez prevenir doenças, como a ideia da Atenção Básica [...]. (Informação verbal)⁶.

Tal concepção destaca a necessidade das ações em saúde buscarem fortalecer processos que evitem riscos individuais ou ligados ao território e à moradia, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e convergindo com a necessidade dos usuários do SUS.

Ao tomar a prevenção como ato de evitar dano ou mal, ou precaver-se, as ações nesse âmbito são orientadas a evitar o aparecimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Inclusive, a base do discurso preventivo tem como objetivo controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Neste sentido, os planos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informações científicas e de recomendações normativas sobre as mudanças de hábitos (BUSS, 2009).

Para Caponi (2009, p. 75), compete aos programas de saúde coletiva a criação de estratégias de prevenção capazes de evitar riscos desnecessários. Contudo, esses precisam considerar também a necessidade de políticas de PS, como impulso para trabalhar *em favor de*, permitindo o

envolvimento dos sujeitos, a fim de superar suas condições e capacidades básicas, na direção da qualidade de vida.

Entretanto, cabe salientar que a perspectiva individual predominou nas considerações dos sujeitos, ao referirem a PS como ações voltadas ao sujeito, com pouco resgate da inserção da comunidade, família e de seu modo de vida. Esse aspecto e a retomada da prevenção de doenças na concepção da PS, também foram observados em outros estudos (VENDRUSCOLO; VERDI, 2011; TESSER et al., 2011; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011), que discutem tal noção como decorrente do atual momento de transição de modelos assistenciais no Brasil.

As concepções orientadas por tal perspectiva também levam a refletir sobre suas possíveis origens, ao considerar-se o modelo conhecido como História Natural da Doença (LEAVELL; CLARK, 1978). Este aborda a PS como um dos elementos do nível primário de atenção da medicina preventiva, o que faz supor que os gestores com formação na área da saúde, ou mesmo aqueles que possuem alguma experiência na área da saúde, ancoram suas impressões em tais pressupostos.

Ainda em relação aos discursos, sobre o envolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesse processo, pesquisas (TESSER et al. 2011; CONILL, 2008) referem que a atuação das equipes de ESF é fundamental no desenvolvimento das ações políticas de PS, principalmente no âmbito local e municipal. Espera-se das mesmas uma atuação no território, como enfoque familiar e comunitário, bem como a abordagem e a resolução de problemas psicossociais e socio sanitários, como forma de garantir a qualidade da atenção à saúde. Neste contexto, os gestores também sinalizam o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como elemento diferencial para efetivação das estratégias de PS:

Promoção porque eles [os ACS] participam lá na casa da pessoa, eles vão trazer problemas de saúde, se a

... pessoa está tomando medicamento certo ou se não está, se fez o exame certo. Tem uma ligação direta, porque têm lugares que nem tem telefone [...]. (Informação verbal)⁷.

Nesta perspectiva, autores (TESSER et al., 2011, p. 4312) problematizam a PS centrada nos ACS, os quais vivem em imersão na comunidade, o que traz uma dificuldade, pois eles são os menos escolarizados e profissionalizados, e, portanto, os menos empoderados nos serviços. Isso faz pensar sobre a necessidade de maior qualificação destes trabalhadores para o exercício da atividade como

[...] empoderadores sociais, para além de uma função de mediadores culturais e agentes de capilarização comunitária do cuidado clínico-preventivo.

Assim, a PS precisa ser eminentemente interdisciplinar para que os ACS sejam amparados e exercitem coletivamente tal campo de cuidado e intervenção.

No âmbito do SUS, por vezes se tem discutido o papel da ESF na promoção e prevenção da saúde, sinalizando, frequentemente, que a demanda espontânea possa atrapalhar o desempenho das equipes da ESF no sentido de realizar essas ações. No entanto, pondera-se que esse tipo de demanda resulta em agendas hipertrofiadas, centradas em atividades programáticas, na contramão de um acesso que poderia ser facilitado e voltado ao cuidado à saúde por parte das equipes da ESF (NORMAN, 2013).

No contexto da PS, são vários os desafios e perspectivas em relação às responsabilidades das equipes de ESF, os quais necessitam ser amplamente discutidos, sobretudo, envolvendo os gestores dos serviços. Cumpre destacar que a Política Nacional de AB assume como responsabilidade:

[...] coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando

as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2012, p. 21).

Os achados fazem refletir ainda, acerca do potencial de aproximação entre o prescrito e o real, no desenvolvimento de ações com foco na PS, tencionadas no cotidiano do trabalho em saúde, pelos recursos disponíveis e pelo preparo dos gestores e trabalhadores do sistema de saúde.

4.3 Promoção da saúde como educação em saúde

Destacou-se, ainda, em relação ao ideário dos gestores, a importância das atividades de *educação em saúde*, como estratégia de prevenção/promoção, como é visível nos discursos:

Promoção da Saúde é prevenção de doenças, é levar uma vida saudável, através da educação em saúde. (Informação verbal)⁸.

Promoção da saúde é prevenir doenças, por meio de ações feitas antes da população ser acometida pelo agravo, é realizar educação em saúde com uma equipe multiprofissional. (Informação verbal)⁹.

[...] é promover saúde, ir em busca dos problemas antes de acontecer, porque quando acontecer a doença [...] é tratar saúde, tratar doença [...] palestrar não é para doentes, é para todo o mundo. (Informação verbal)¹⁰.

Na Carta de Ottawa, a educação em saúde integra parte importante do entendimento de PS. O documento abrange cinco estratégias de ação para a PS, a saber: reorientação dos serviços de saúde; políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à

saúde; reforço da ação comunitária (*empowerment*) e desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais. Neste contexto, cumpre destacar a educação como elemento central para alcançar o empoderamento social (BRASIL, 2001a, p. 12).

De acordo com a Carta de Ottawa, por meio do empoderamento, a PS procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne aptos a viver a vida em seus distintos ciclos, além de manejar as limitações estabelecidas por eventuais agravos. Essas ações podem ser realizadas em distintas estruturas, na escola, domicílio, trabalho, entre outros (BRASIL, 2001a; CARVALHO; GASTALDO, 2008). Deste modo, é importante destacar que o conceito de empoderamento na PS, ancora-se em uma compreensão da temática do poder que se articula à tradição da ciência e da filosofia política moderna, a qual

[...] não se mostra capaz de responder aos desafios postos pelos processos micropolíticos de adestramento, disciplinamento e de manutenção do instituído. (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2037).

Recém lançada no âmbito do SUS, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde reafirma o compromisso com os princípios universalidade, equidade e integralidade, assim como a efetiva participação popular no Sistema, ao propor práticas político-pedagógicas transversais às ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, valorizando os saberes populares. Para tanto, orienta-se pelos princípios do diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013).

Além da educação popular, os gestores trazem ao debate a educação em saúde, como estratégia para qualificação da equipe multiprofissional. Tais achados remetem à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que

vem ganhando destaque no conjunto das iniciativas do Ministério da Saúde para a qualificação da AB, fortalecimento da ESF e do SUS. Contudo, observa-se que a educação em saúde, por vezes, está ancorada em uma visão bancária (FREIRE, 2005), em que a palestra ganha papel de destaque, numa perspectiva individual, claramente centrada na transmissão unidirecional de conteúdos.

Nessa perspectiva, cabe destacar ainda, uma das diretrizes da Política Nacional de PS, que incentiva a divulgação das iniciativas voltadas à PS para profissionais da saúde, gestores e usuários do sistema de saúde, considerando metodologias mais participativas, bem como, o saber popular (BRASIL, 2010).

A PS, para os participantes do estudo, além de ser compreendida como uma derivação da prevenção, ainda sinaliza fortemente com a tomada de comportamentos/conduitas individuais, como alimentar-se bem ou fazer exercícios. As falas dos gestores a seguir elucidam tais aspectos:

Promoção da saúde é prevenir agravos e doenças na área da saúde, através de ações como atividade física e palestras. (Informação verbal)¹¹.

Compreende promoção da saúde como prevenção de doenças, e que a Promoção da Saúde poderia ser alcançada, por meio, da qualidade de vida principalmente em relação alimentar e de atividade física. (Informação verbal)¹².

Esses achados, de um lado, confirmam o que se apresenta no campo de ação para o desenvolvimento de habilidades pessoais mencionadas na Carta de Ottawa (BRASIL, 2001a). A Política Nacional de Promoção da Saúde também adverte para tais cuidados, operando, sobretudo, a partir de ações voltadas à diminuição de riscos e à prevenção de doenças. No entanto, cumpre destacar que a Política conserva uma interpretação do tema, centrada em ações fragmentadas e de cunho predominantemente individual, o que vai de encontro aos pressupostos discutidos no Canadá.

Os gestores demonstraram que consideram os aspectos da PS, embora haja em seus discursos a influência do modelo biomédico tradicional. Tal ideário, por vezes sugere a confusão entre os termos PS e prevenção de doenças, e apontam para uma visão educativa centrada em transmissão de conhecimentos, na qual a figura do ACS é bastante solicitada. Assim, convém destacar a importância de empoderar os usuários, os demais membros das equipes de saúde e os gestores em relação às bases epistemológicas que sustentam a PS (TESSER, et al., 2011), voltando-se para a luta social e política pela construção do SUS, em consonância com o desejo social, político e institucional pela construção do acesso e qualificação da assistência.

Nesse sentido, a literatura (PIMENTA, 2013) destaca a necessidade da construção de coletivos comprometidos com a produção do cuidado e com a gestão democrática, capaz de criar e desenvolver dispositivos capazes de criar espaços permanentes de discussão e reflexão sobre o trabalho e a gestão.

5 CONCLUSÃO

A percepção dos gestores da Macrorregião investigada aponta para a familiaridade com o conceito de Promoção da Saúde. Contudo, eles tendem a focar aspectos muito mais operativos da PS do que, efetivamente, teórico-filosóficos. Seu ideário associa a PS às estratégias para alcançar qualidade de vida, por meio de investimentos em políticas públicas saudáveis e que tenham foco nas ações intersetoriais. Essa noção é, por vezes, enfraquecida pela frágil aproximação entre PS e prevenção de doenças, o que sugere a influência do modelo biomédico.

Dentre as limitações do estudo tem-se a impossibilidade de avaliar se e como as percepções destes sujeitos interferem em sua prática gerencial, bem como acerca das variáveis que interferem na ampliação ou restrição de sua concepção acerca do modelo assistencial preconizado a partir da PS.

No contexto da equipe de ESF o ACS é

reconhecido como elemento fundamental para o fortalecimento do elo com a comunidade e para a efetivação das ações de PS, compreensão que está latente no ideário dos gestores. Essas ações podem ser potencializadas por meio da educação em saúde, citada por muitos gestores como a estratégia de maior alcance junto à população, ainda que seja restrita, frequentemente, às palestras, fundamentadas na educação bancária, e submetidas às fragilidades do potencial do ACS, quando não congregado por sua equipe.

Desse modo, são necessários novos dispositivos que fomentem a gestão democrática no contexto do SUS e uma assistência comprometida com a PS como novas estratégias de ruptura com o modelo da queixa-conduta, voltada para a qualidade de vida da população.

Por fim, ressalta-se a importância da educação permanente para os gestores, considerando que, em muitos casos, eles não possuem formação na área da saúde, apresentam tempo de experiência restrito e diversas dificuldades na operacionalização da PS no contexto do SUS, na atualidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declarações e cartas**. Brasília, DF, 2001a.
- _____. _____. **Gestão Municipal de Saúde**. Brasília, DF, 2006.
- _____. _____. **Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- _____. _____. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01**: regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.116).

- _____. _____. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/11/2013&jornal=1&pagina=62&totalArquivos=168>>. Acesso em: 20 nov. 2013.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.
- _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-77, 2000.
- _____. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- CARTA de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. p. 19-27. (Série B – Textos Básicos em Saúde).
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl 2, p. 2029-40, 2008.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 7-16, 2008.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- FINKLER, M.; CAETANO, J.C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 11, p. 4481- 4492, 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto: enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.
- LALONDE, M. **A new perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.
- LEAVELL, H.; CLARK G. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Ltda do Brasil, 1978.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NORMAN, A. H. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p 153 -154, 2013.
- PIMENTA, A. L. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, sup.1, p. 29-45, 2013.
- TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 237-65.
- TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e

análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-306, jul./set. 2011.

VENDRUSCOLO, C.; VERDI, M. Promoção da Saúde: representações sociais de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde. **Sau e Transf Soc.** v. 2, n.1 p.108-15, 2011.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. **Texto e Contexto: Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

NOTAS

¹ Dados da entrevista com o G8.

² Dados da entrevista com o G5.

³ Dados da entrevista com o G7.

⁴ Dados da entrevista com o G1.

⁵ Dados da entrevista com o G4.

⁶ Dados da entrevista com o G9.

⁷ Dados da entrevista com o G2.

⁸ Dados da entrevista com o G11.

⁹ Dados da entrevista com o G12.

¹⁰ Dados da entrevista com o G6.

¹¹ Dados da entrevista com o G3.

¹² Dados da entrevista com o G10.

Carine Vendruscolo

Enfermeira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Letícia de Lima Trindade

Enfermeira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Programa de Mestrado em Ciências da

Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)
E-mail: letrindade@hotmail.com

Karen Cristina Jung Rech

Graduada em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
E-mail: karen_lua3@hotmail.com

Lucimare Ferraz

Enfermeira
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó)
E-mail: ferraz.lucimare@gmail.com

Ivete Maroso Krauzer

Enfermeira
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
E-mail: ivete.krauzer@udesc.br

Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Avenida Madre Benvenuta, 2007 - Santa Mônica, Florianópolis - SC
CEP: 88035-901

Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó

Avenida Senador Atilio Fontana, 591 E - Efapi, Chapecó - SC
CEP: 89809-000