

Kênia Lara Silva^IRoseni Rosângela de Sena^{II}Stephanie Marques Moura
Franco Belga^{III}Paloma Morais Silva^{IV}Andreza Trevenzoli Rodrigues^V

Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas

Health promotion: challenges revealed in successful practices

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os avanços e desafios para a promoção da saúde em práticas exitosas nas áreas da saúde, educação, cultura, assistência social e esporte-lazer.

MÉTODOS: Estudo qualitativo com dados obtidos da análise em profundidade que incluiu observação participante e entrevista com gestores, coordenadores, profissionais e participantes de 29 práticas indicadas como exitosas para a promoção da saúde, em seis municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, 2011. As variáveis de estudo foram concepção, dimensão, disseminação e oportunidade de acesso identificadas nas práticas, orientada pela análise de conteúdo temática.

RESULTADOS: Observou-se indefinição conceitual e metodológica a respeito da promoção da saúde apresentada por objetos e finalidades contraditórios. As práticas se diferiram quanto à dimensão, disseminação e oportunidade de acesso, determinadas pela articulação intersetorial e investimento político e financeiro.

CONCLUSÕES: A focalização das práticas em públicos vulneráveis, limites do financiamento e parceiras intersetoriais foram identificados como desafios para a promoção da saúde.

DESCRITORES: Promoção da Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Educação em Saúde. Assistência Social. Atividade Motora. Cultura. Pesquisa Qualitativa.

^I Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem Materno infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Bolsista de Iniciação Científica. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^V Unidades de Terapia Intensiva. Hospital Julia Kubtschek e Hospital Odilon Behrens. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Kênia Lara Silva
Escola de Enfermagem – UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 Sala 508 Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: kenialara17@gmail.com

Recebido: 15/10/2012

Aprovado: 26/9/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To examine successful practices of health promotion in health, education, culture, welfare and sport, leisure, identifying the elements of success and challenges in the field.

METHODS: A qualitative study with data obtained from in-depth analysis that included participant observation, interviews with managers, coordinators, professionals and participants from 29 practices reported as successful for promoting health in six municipalities of the metropolitan region of Belo Horizonte, MG, Southeastern Brazil, in 2011. The variables of the study were concept, dimension, dissemination and ease of access, identified in practices guided by content analysis.

RESULTS: The results indicate a conceptual and methodological uncertainty about health promotion as evidenced by conflicting objects and contradictory purposes. The practices differ in size, coverage and ease of access, determined by inter-sector coordination and political and financial investment.

CONCLUSIONS: We identified challenges to health promotion focusing on vulnerable populations, limits to financing and intersectoral partnerships.

DESCRIPTORS: Health Promotion. Health Public Policy. Health Education. Social Assistance. Motor Activity. Culture. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Há evidente preocupação quanto à mudança dos hábitos de vida da população brasileira nas últimas décadas, de modo que reduza a vulnerabilidade em adoecer, as incapacidades crônicas e a morte prematura dos indivíduos. A saúde da população é o resultado dos modos de organização da sociedade na qual está inserida. O aparato biomédico não é capaz de modificar os determinantes desse processo.^{2,14,a}

Com a evolução das práticas assistenciais e do modelo de atenção que orienta a prestação de serviços, a definição do termo saúde vem sofrendo alterações que se adaptam ao contexto histórico, político e social em que uma determinada população está inserida. O conceito utilizado e com maior aceitação é a concepção ampliada de saúde como resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, exigindo do Estado que assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas que garanta sua efetivação.²

A promoção da saúde como dimensão de uma política de saúde compõe discursos ideológicos desde a década de 1970, ganhando forma e expressão em 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção

da Saúde, no Canadá.¹³ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os programas, as políticas e as atividades que são executados baseando-se nos princípios de concepção holística, intersectorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade como características da promoção de saúde em 1998.²⁰

O movimento da promoção da saúde propõe-se a superar os vazios do modelo biomédico, articulando toda a sociedade em prol da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo. Entretanto, constitui desafio superar o modelo tradicional e hegemônico na construção de um paradigma sanitário que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e das coletividades nos modos de vida, bem como as expressões singulares e subjetivas na determinação da saúde e da doença.¹⁴

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi publicada em 2006, a partir da qual se induz o desenvolvimento de várias práticas em todas as esferas do governo. No âmbito municipal, cabe à gestão implementar as diretrizes da Política Nacional em consonância com outras diretrizes definidas no âmbito nacional e em conformidade com a realidade local.

^a Ministério da Saúde. Portaria n° 687 de 30 de março de 2006. Aprova a política nacional de promoção da saúde. *Diário Oficial Uniao*. 30 mar 2006.

Esse processo é permeado de desafios^{4-6,12,16,19,b} e as evidências de sucesso no campo da promoção da saúde podem orientar sua replicação em diferentes contextos. Associa-se a isso a necessidade de mostrar os avanços e desafios da promoção nas outras áreas das políticas sociais além do setor saúde.

Este estudo teve como objetivo identificar os avanços e desafios para a promoção da saúde em práticas exitosas de promoção da saúde das áreas da saúde, educação, assistência social, cultura e esporte-lazer.

MÉTODOS

Estudo qualitativo tendo a dialética como referencial. Ao sintetizar a questão qualitativa, a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais, que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores envolvidos, que lhe atribuem significados.¹⁰

O percurso metodológico do estudo compreendeu o mapeamento das experiências de promoção da saúde nas áreas de saúde, educação, cultura, assistência social e esporte e lazer de seis municípios que compõem a Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, no ano de 2011. Foram incluídos seis municípios, Baldim, Belo Horizonte, Contagem, Igarapé, Nova Lima, Santa Luzia, representantes de diferentes faixas populacionais, desde aqueles < 10.000 habitantes a municípios com população > 500.000 habitantes.

Foram realizadas entrevistas com gestores das áreas de estudo nos municípios que indicaram 29 práticas exitosas. Consideraram-se exitosas as práticas que impactassem positivamente na qualidade de vida da população, segundo os gestores no âmbito de sua gestão ou de setores afins. Foram realizadas observações, quando ocorreram entrevistas com coordenadores, profissionais e participantes das práticas.

As práticas foram classificadas quanto ao seu potencial para a promoção da saúde pelo seu caráter de inovação, reforma ou transformação. Todas as práticas indicadas apresentavam algum grau de avanço no que se refere a concepção, processos ou relações mobilizados no seu desenvolvimento. Assim, elas foram tomadas na sua totalidade como exitosas, ainda que em outros aspectos houvesse desafios para concretizar plenamente as premissas e princípios da promoção da saúde.

O tratamento dos dados foi ancorado na análise de conteúdo temática pela busca pelos significados manifestos e latentes presentes no material empírico.¹ A operacionalização da técnica foi realizada por meio da

leitura exaustiva e repetida do material empírico com a finalidade de apreender as ideias centrais. Isso possibilitou estabelecer as categorias empíricas do estudo.

A análise das práticas foi orientada pela discussão do seu potencial para a promoção da saúde frente às pelas categorias concepção, dimensão (oferta em pequena ou grande escala), disseminação (distribuição concentrada ou capilar) e oportunidade de acesso (universais ou focalizadas). Essas categorias foram pareadas com a vinculação das práticas a projetos e programas governamentais, o que permitiu a análise quanto ao financiamento e articulação intersetorial.

Os resultados foram organizados em uma matriz mostrando os elementos comuns entre as práticas que permitiram caracterizá-las como de sucesso, bem como os aspectos que demarcam desafios para a promoção da saúde nos diferentes setores das políticas sociais.

A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 0456.0.203.000-09). Os sujeitos foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Houve diversidade de práticas consideradas exitosas e potentes para promoção da saúde. Práticas diversificadas, com enfoque sobre os determinantes sociais e com amplitude de acesso conviviam com outras em que a oferta era de pequena escala e cujo foco era a prevenção de agravos e riscos. Foram identificadas práticas disponibilizadas em espaços sociais centralizados nos municípios, direcionadas para públicos vulneráveis com segmentação de acesso e outras com abrangência considerada capilar por oportunizarem o acesso em diferentes territórios dos municípios (Tabela).

As práticas exitosas no setor saúde estavam relacionadas a atividades físicas, práticas corporais, grupos de educação e oficinas terapêuticas. As práticas de atividade física desenvolvidas em espaços públicos e praças dos municípios 1 e 2, com oferta em grande escala e com capilaridade em todas as regiões dos municípios destacaram-se nesse setor.

As práticas no setor educação incluíram oficinas com a família, discussão da diversidade de gênero e sexual, oferta de alimentação balanceada, atendimento clínico, pedagógico e domiciliar para crianças e adolescentes em risco social, em situações de violência doméstica ou expostas ao trabalho infantil. Duas vertentes de práticas chamaram atenção nesse setor: uma composta

^bWorld Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation; 1998.

Tabela. Caracterização das práticas exitosas de promoção da saúde. Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, 2011.

Práticas	Caracterização	Elementos de sucesso	Desafios
P1SM1	Prática corporal oriental em espaços públicos da cidade com a participação predominante da população idosa. Cerca de 300 beneficiários nos diferentes locais do município.	Capilaridade; baixo custo para execução.	Enfoque no uso de medicamentos e nos sintomas físicos e psíquicos.
P2SM1	Palestras e grupos de educação que trabalham a percepção cognitiva, emoção e alimentação, envolvendo faixas etárias diversas. Organizada em grupos de aproximadamente 10 usuários portadores de doenças crônicas com ocorrência variadas nas unidades locais de saúde do município.	Financiamento federal.	Concepção biomédica e poucos mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P3SM1	Atividades físicas e exercícios aeróbios e anaeróbios realizados por jovens e adultos em espaços 48 academias distribuídas no município.	Capilaridade e reconhecimento da população, financiamento federal.	Não há mecanismos de monitoramento e avaliação.
P4SM2	Atividade física em 26 espaços públicos da cidade com exercícios aeróbios e anaeróbios com público predominantemente constituído por idosos.	Sustenta-se na perspectiva de cidade saudável; capilaridade, universalização do acesso e reconhecimento da população.	Pouca evidência de mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P5SM3	Práticas integrativas e complementares tais como acupuntura, auriculoterapia, homeopatia, fitoterapia, Tai Chi Chuan, e outros, realizados em dois núcleos do município com atendimento a uma população de aproximadamente 3.500 pessoas/ano.	Diversidade de atividades, capilaridade; investimento da gestão municipal.	Financiamento escasso.
P6SM3	Oficinas terapêuticas de música, teatro e artesanato favorecendo a reinserção psicossocial de portadores de sofrimento mental em um Centro de Referência da Assistência Social.	Potencial para a sustentabilidade, por meio de geração de renda; conta com iniciativa pessoal para construir a reinserção social.	Não apresenta financiamento de governo; ocorre em pequena escala.
P7SM4	Práticas integrativas e complementares, tais como homeopatia, acupuntura, yoga, dança terapêutica e outros, em um núcleo do município atendendo uma população de aproximadamente 200 pessoas/ano.	Investimento da gestão municipal.	Não apresenta potencial de autonomia e responsabilização.
P1EM1	Oficinas de integração das famílias com a escola desenvolvidas em atividades mensais nos Centros de Referência da Assistência Social para aproximadamente 6.000 beneficiários dos Programas Bolsa Família e Família-Escola.	Financiamento municipal.	Restrita a um grupo específico da população.
P2EM1	Oficinas realizadas em todas as escolas da gestão municipal que abordam temáticas como diversidade sexual e de gênero, cidadania e aspectos da saúde em interface com o desenvolvimento integral dos estudantes.	Capilaridade e financiamento federal.	Não há evidências de mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P3EM2	Oficinas que abordam a inclusão, diversidade de gênero e sexualidade nas 14 escolas de ensino médio do município.	Formação de agentes multiplicadores podendo atingir à capilaridade.	Pequena escala.
P4EM4	Oferecimento de refeição balanceada nas 23 escolas do município.	Conta com financiamentos de um programa federal somada com aporte municipal; apresenta amplitude em grande escala.	Poucos mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P5EM5	Atendimentos clínicos e pedagógicos, para promover educação inclusiva, por meio do atendimento às crianças com necessidades especiais em um núcleo do município.	Conta com a iniciativa e o investimento municipal, somado ao financiamento federal.	Concepção biomédica; poucos mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.

Continua

Continuação

P6EM6	Visitas domiciliares para esclarecimento de dúvidas e deveres escolares para crianças, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade social.	Sustentada por iniciativa pessoal de um professor do município.	Restrita a um grupo específica.
P1ASM1	Brincadeiras lúdicas, teatros e oficinas que trabalham a alimentação saudável com crianças da educação infantil, atendidas nas 54 escolas localizadas em diferentes territórios da cidade, em especial nos de maior vulnerabilidade.	Há definição política municipal que garante o desenvolvimento da prática.	Limita-se a grupos considerados vulneráveis.
P2ASM1	Reuniões mensais, com grupos de 15 pessoas, para discussão de assuntos relacionados à organização e estrutura familiar de beneficiárias do Programa Bolsa Família.	Pertence à área prioritária de investimento das políticas sociais.	Pouca evidencia de mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P3ASM2	Fornecimento de refeição balanceada, a baixo custo, para famílias em situação de insegurança alimentar. Atendimento de aproximadamente 600 pessoas por dia, durante 5 dias da semana.	Conta com financiamento federal.	Prática com caráter assistencialista e restrita a um grupo específica. Não foram evidenciados mecanismos de estímulo à autonomia e à participação social.
P4ASM2	Cultivo de hortas comunitárias envolvendo a população em 21 unidades no município, incluindo-se nos espaços das escolas, das igrejas, dos serviços de saúde.	Apresenta grande capilaridade e conta com financiamento federal.	Não há evidências de mecanismos de monitoramento e avaliação.
P5ASM2	Assembléias com 64 famílias reassentadas em obras do Programa de Aceleração do Crescimento.	Pertence à área prioritária de investimento das políticas sociais.	Apresenta amplitude limitada.
P6ASM2	Atuação de 30 mulheres, moradoras de regiões vulneráveis, que identificam situações de risco e intervêm junto aos indivíduos e comunidade, reduzindo situações de violência com público prioritário de adolescentes e jovens.	Investimento municipal, frente à indução política.	Restrita a um grupo específico da população vulnerável.
P7ASM2	Transporte de 120 crianças portadoras de deficiências físicas, em especial cadeirantes, para os serviços de saúde ou de educação.	Investimento da gestão municipal.	Restrita a um grupo específico da população vulnerável.
P8ASM2	Oficinas educativas que abordam temas relacionados ao envelhecimento e de integração dos idosos em um núcleo de atenção à população idosa do município.	Pertence à área prioritária de investimento das políticas sociais.	Prática ocorre em pequena escala e não há evidências de mecanismos de monitoramento e avaliação.
P9ASM4	Atividade física e de artesanato, oficina de canto e tarde de lazer com bingo e dança, para a população idosa num núcleo de atenção à população idosa do município.	Capilaridade e investimento da gestão municipal.	Financiamento escasso.
P10ASM6	Atividades de dança e música de diversas culturas, com aproximadamente 160 crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade provocada pelo trabalho infantil.	Pertence à área prioritária de investimento das políticas sociais.	Pequena escala e não há evidências de mecanismos de articulação intersetorial.
P1LM2	Práticas de esportes e competição, desenvolvidas em três quadras poliesportivas do município para crianças em idade escolar; em especial aquelas com risco social.	Investimento da gestão municipal.	Não há evidências de mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P2LM2	Competição de esportes entre escolas públicas e privadas do município com cerca de 3.500 participantes nas atividades que se desenvolvem anualmente.	Mobilização social e investimentos do município.	Não há evidências de mecanismos de articulação intersetorial e de monitoramento e avaliação.
P3LM4	Atividades físicas e oficinas de artes e músicas, com crianças e adolescentes em risco social.	Investimento da gestão municipal.	Financiamento escasso.

Continua

Continuação

P4LM4	Atividades laborais, por meio de práticas de exercícios físicos realizados no ambiente de trabalho de uma empresa.	Investimento da gestão municipal.	Sustenta-se na concepção biomédica; restrita a um grupo específico.
P1CM4	Atividades físicas, e palestras com informação sobre gravidez e cuidados com o bebê para grupos de seis gestantes em uma área de alta vulnerabilidade do município.	Sustenta-se a partir da iniciativa de uma ONG.	Não apresenta financiamento de governo; ocorre em pequena escala.
P2CM6	Evento anual de confraternização com receitas tradicionais do município e com a participação aproximada de 1.500 pessoas em cada edição.	Mobilização social, valorização do senso de pertença e autonomia; investimentos do município e apoio à cultura local.	Financiamento escasso.

P: prática de promoção da saúde; M1: Belo Horizonte; M2: Contagem; M3: Santa Luzia; M4: Nova Lima; M5: Baldim; M6: Igarapé

Códigos que demonstram o setor de vinculação dos participantes: S: saúde; E: educação; C: cultura; A: assistência social; L: esporte e lazer, ordenados pelos municípios de M1 a M6.

por práticas essencialmente focalizadas em crianças e adolescentes vulneráveis, marcadas pela oferta em pequena escala; e outra composta por práticas predominantemente de fornecimento de alimentação saudável, amplas e capilares, contudo, com acesso restrito aos alunos de escolas públicas dos municípios. Em ambas as vertentes revelam-se como desafios para a promoção da saúde a ampliação da oferta e a universalização do acesso às práticas.

Na cultura, o estudo identificou iniciativas que se ancoram em princípios da promoção da saúde, mas nem sempre os atores envolvidos reconhecem o potencial das práticas para promover saúde e qualidade de vida. Neste âmbito, uma das práticas indicadas destacou-se por sinalizar concepção holística por meio do estímulo à valorização do senso de pertencimento e raízes culturais, além do enfoque no coletivo e resgate de valores comunitários. Contudo, emergiram como desafios a incipiência de financiamento para as ações culturais.

De forma similar, verificou-se que no setor esporte e lazer, as práticas eram de intervenção pontual, ora pela pequena dimensão e disseminação, ora pela sua característica de evento e, portanto, com capacidade limitada para consolidarem-se no cotidiano de vida das pessoas, elemento indispensável para a sustentabilidade no campo da promoção da saúde.

Observou-se diversidade de enfoques, objetos e finalidades associados à promoção da saúde nas práticas da assistência social. Eram desenvolvidas práticas em larga escala, ainda que focalizadas em públicos vulneráveis, voltadas para intervenções sobre os determinantes da violência, da insegurança alimentar ou habitacional.

Não foi possível identificar os aspectos positivos de saúde e qualidade de vida como compreensão do objeto, finalidade e investimento nas práticas na perspectiva

dos gestores. Isso mostrou imprecisão conceitual a respeito da promoção da saúde nos diferentes setores das políticas sociais.

Os gestores referiram promoção da saúde como ações de prevenção de doenças, indicando confusão conceitual em discutir as premissas que sustentam o tema. A Promoção da Saúde como uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde esteve presente nos discursos dos gestores, porém não conseguiram discutir a temática numa perspectiva contextual, ampla e coletiva. Os gestores das secretarias de educação, assistência social, cultura e esporte e lazer consideraram que a responsabilização pelas iniciativas de promoção da saúde deveria estar no setor saúde.

Há o reconhecimento, pelos gestores, de que a promoção da saúde é um campo estratégico para ampliar a qualidade de vida da população, com indicação de práticas que valorizam os aspectos locais, o enfoque sobre os determinantes sociais como experiências de sucesso para a promoção da saúde:

“Outra ação também no território que se articula, é ação de promoção da produção de alimentos saudáveis, através de hortas comunitárias, de hortas nos quintais, hortas escolares. Não só hortas, mas toda uma discussão da possibilidade das famílias se prepararem para produzir o alimento saudável em qualquer espaço”. (Gestor Assistência Social Município 2)

“Todos os equipamentos nossos lidam com a valorização da identidade cultural. Então, os centros culturais, a âncora deles é a identidade cultural, o enriquecimento da pessoa, daquela comunidade até que ela sai da zona de enfraquecimento de doença e começa a se valorizar como ser humano, como

alguém que tem uma trajetória que construiu, como sujeito, nas relações”. (Gestor Cultura Município 1)

A maioria das práticas desenvolvidas nos municípios trabalhava primordialmente os eixos de atividade física e alimentação saudável presentes na Política Nacional de Promoção à Saúde. Havia poucas iniciativas nas áreas de prevenção da violência e promoção da cultura de paz e de atuação sobre os determinantes sociais. Também não foram citadas como exitosas práticas de incentivos à diminuição do uso de tabaco, álcool, drogas.

Gestores e coordenadores reconheceram a necessidade de ampliar a oferta das ações de promoção da saúde relativa à dimensão e disseminação das práticas. Revelaram investimento e expansão de determinadas práticas, em especial aquelas vinculadas a programas de indução federal que contam com financiamento específico em função de se constituir área prioritária.

“Estes programas que eu comentei antes – P3SM1, P1SM1, P2EM1 – são todos sustentadores. Então tem garantia de recursos para acontecer. Além disso a gente tem também financiamento vindo do ministério da saúde. E agora neste ano eles vão financiar a política nacional de promoção da saúde”. (Gestor de Saúde do Município 1)

[...] A Assistência Social é uma política que tem se consolidado muito. Tem recurso federal...”. (Gestor Assistência Social Município 1)

“O que nós temos em relação ao financiamento é mais relacionado aos programas do governo Federal e Estadual. No município não tem nada específico direcionado a promoção da saúde não”. (Gestor Saúde Município 6)

“Todos esses programas que eu citei tem recurso do governo, esses são os maiores apoios que a gente tem”. (Gestor Assistência Social Município 6)

O setor saúde mostrou maior “independência” quanto a programas governamentais com predominância de práticas exitosas, de grande escala, mantidas com investimentos quase exclusivamente municipais. As práticas indicadas nos setores cultura e esporte e lazer, com oferta limitada, não contavam com linha de financiamento específico, indicando a escassez de recursos para o investimento em práticas promotoras de saúde.

As práticas exitosas apresentaram em comum a vinculação aos programas governamentais federais como Programa Bolsa Família, Programa de Aceleração do Crescimento, Programa Saúde na Escola, Programa Nacional de Segurança com Cidadania, Programa Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

A área da assistência social destacou-se pela diversidade e número de práticas, que se constituem como

áreas prioritárias de investimento das políticas sociais como renda, alimentação, habitação e erradicação do trabalho infantil, o que parece ser o elemento de “êxito” na perspectiva dos entrevistados.

Apesar da amplitude e capilaridade nas práticas desenvolvidas na assistência social e na educação – a focalização mostrou-se um elemento que marcava os desafios para a promoção da saúde. Expressou-se em ações direcionadas a grupos específicos, diferenciados por critérios de segmentação de risco como baixa renda, localizados em territórios ou áreas violentas dos municípios. Esse achado foi evidenciado sobretudo nos municípios de grande porte, com investimento em práticas de prevenção da violência e o desenvolvimento de estratégias de cultura de paz.

A articulação intersetorial pareceu representar um dilema para a promoção da saúde. Os entrevistados reforçam o reconhecimento das parcerias e articulações para o avanço no campo, mas ao mesmo tempo, revelam que a intersetorialidade se restringe ao “exigido” nos programas e políticas de indução federal.

“Eu vejo que de repente deveria ser mais articulado mesmo, uma vez que o cliente é o mesmo. Mas infelizmente ainda não é”. (Gestor de Esporte do Município 3)

“A palavra intersetorialidade é muito falada, mas as ações intersetoriais ainda acontecem muito fragmentadas. Elas não têm uma ação mesmo efetiva, que seja efetivamente intersetorial”. (Gestor Saúde Município 2)

“É muito complicado. Cada setor tem seus seminários, suas conferências anuais, às vezes até por exigência de alguns sistemas estaduais ou nacionais. Ai faz gestões separadas, fica cada um para um lado. Não faz uma coisa horizontal, não trama isso como um projeto para cidade que teria que ser obrigado a rezar numa cartilha num ritmo só, todo mundo”. (Gestor Cultura Município 6)

Foram visualizadas articulações entre a assistência social, saúde e educação, principalmente nas práticas que envolviam o monitoramento do cumprimento de condicionalidades para manutenção de benefícios de programas de repasse de renda. Os entrevistados reforçaram o reconhecimento das parcerias e articulações para o avanço no campo, mas, ao mesmo tempo, afirmaram que a intersetorialidade restringe-se ao “exigido” nos programas e políticas de indução federal.

DISCUSSÃO

A análise dos dados mostrou imprecisão conceitual sobre promoção da saúde, o que reforça os achados de outros estudos na mesma linha.^{15,18} Esses estudos, que

afirmam que a incipiência na incorporação das práticas de promoção da saúde nos serviços de saúde deve-se ao termo ser empregado inadequadamente pelos profissionais de saúde, que o confundem com práticas de prevenção e educação para a saúde.

Apesar dessa imprecisão, a análise dos achados indica a incorporação de temáticas da promoção da saúde nos diferentes setores, seja por meio da sua vertente comportamentalista, que direciona a mudança de estilos e hábitos de vida relacionados à atividade física, alimentação, entre outros, ou na perspectiva socioambiental, com inclusão de temas como diversidade, equidade, cidadania e garantia de direitos sociais.

As práticas indicadas como exitosas na gestão municipal neste estudo revelaram um potencial para a promoção da saúde na vertente socioambiental, com ações que tendem a minimizar as mazelas advindas da vulnerabilidade social, tendo o território como eixo orientador. Com isso, a pobreza e as iniquidades sociais, reconhecidas como determinantes sociais da saúde, são objetos de intervenção. Marcam a orientação da promoção da saúde nos municípios cenários, o que confirma o exposto na Política Nacional de Promoção da Saúde quanto às ações coletivas para a melhoria de condições de saúde e bem-estar da população.^{3,7}

A pluralidade de concepções que permeia a promoção da saúde a coloca num campo de permanentes disputas. Esse campo foi demarcado pelas tensões entre amplitude e capilaridade; oportunidade de acesso e focalização; investimentos e intersectorialidade.

A amplitude da promoção da saúde foi identificada como fator de sucesso para a promoção da saúde nas práticas analisadas, ao permitir que grande número de pessoas acesse as atividades por sua oferta em larga escala. Destaca-se também o movimento de ampliação da oferta, em especial por iniciativas de indução de áreas prioritárias das políticas nacionais. Esse dado confirma-se em outros estudos, que apontam o investimento e ampliação de programas e práticas dirigidas às situações caracterizadas como desafios para qualidade de vida e saúde da população.⁹ Os resultados do presente estudo estão de acordo com os de outros autores, que destacam a priorização de incentivos às práticas corporais, atividade física, acesso à alimentação saudável, promoção da cultura de paz e prevenção da violência, habitação e educação para saúde.^{6,9}

Permanece o desafio de construir um modelo com capilaridade no desenvolvimento das ações em oposição ao modelo centralizado com concentração das práticas em número reduzido de espaços nos municípios. Se a nucleação representa racionalização de custos, por outro lado pode dificultar a criação de vínculos e o acesso, concentrando a oportunidade sobre os “mesmos” indivíduos que circulam naqueles espaços.

A oportunidade de acesso constitui elemento de desafio para a promoção da saúde, dada a focalização identificada em número expressivo de práticas. Observamos a focalização das políticas, programas e práticas sobre o tema, com intervenção sobre grupos vulneráveis e em contextos de riscos como a pobreza e a violência.

A focalização aponta a dualidade entre vulnerabilidade e possibilidade de acesso a equipamentos culturais e bens sociais. As políticas públicas – às quais as práticas exitosas deste estudo estão vinculadas – visam a responder às demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Assim, as más condições socioeconômicas, definidas por baixa renda per capita, insegurança alimentar e moradia de risco criam condições iníquas entre os diferentes grupos da população, gerando diferenças nas condições de vida.¹¹ A focalização de práticas torna-se um meio para tentar reduzir as desigualdades na distribuição de bens na sociedade.

O “privilegio” de acesso de certos grupos vulneráveis explicita as facetas do biopoder.¹⁴ Mostram pequeno potencial para promover mudanças estruturais e significativas, que permitam garantir justiça social, por meio do acesso universal e equânime aos direitos constitucionais dos cidadãos. Em outra perspectiva, indica-se o investimento em larga escala em práticas de acesso universal para promover qualidade de vida e oportunidade de usufruir de bens e serviços que assegurem os direitos sociais.

A natureza dos programas, aos quais as práticas estudadas estão vinculadas, repercute nas articulações intersectoriais e no financiamento como elementos de sucesso. A maioria das práticas analisadas conta com investimentos financeiros da gestão do governo federal para subsidiar o custeio das atividades, o que garante estruturas mais sólidas quanto à organização e manutenção das atividades.

Isso pode ser considerado aspecto positivo, visto que sinaliza a incorporação da promoção da saúde na agenda governamental com indução de práticas potentes para melhorar a vida e saúde da população. Contudo, a reprodução de modelos verticalizados desenvolvidos por garantia de programas federais representa um desafio para a gestão de superar a tendência de uniformização dos programas de atenção à saúde no País, desconsiderando as particularidades de estados e municípios.¹⁷

A indução e o financiamento decorrentes das políticas nacionais contribuem para vencer o desafio quanto à insuficiência de recursos para a promoção da saúde, o que limita a efetividade e sustentabilidade das práticas.⁶ Isso foi mais evidente em práticas subsidiadas apenas pelos municípios, sugerindo o lado exitoso da vinculação a programas de investimento federal.

Similarmente, a escassez de recursos nos setores de cultura, esporte e lazer foi uma tônica da análise. Isso se deve pela posição marginal que ocupam nos municípios ou pela incompreensão da relação dos direitos sociais da cultura, esporte e lazer com a promoção da saúde. Disso decorre o não direcionamento de recursos para as práticas que se relacionam com essa temática.

Assim, a promoção da saúde ainda precisa ser compreendida em sua abordagem mais moderna, a qual abrange os determinantes distais do processo saúde-doença que incluem o lazer e a cultura. Ao reconhecerem essa amplitude, espera-se que gestores e profissionais relacionados à cultura, esporte e lazer ampliem investimentos na consolidação dessas práticas, rompendo com o caráter pontual e secundário identificados neste estudo.

A intersectorialidade foi dilema permanente para a promoção da saúde. Mesmo com o reconhecimento de que as articulações são estratégias para responder efetivamente aos problemas complexos que impactam o bem estar individual e coletivo, a intersectorialidade permanece restrita ao campo das intencionalidades no contexto das práticas analisadas. Limitou-se a parcerias, com acordos frágeis que dizem respeito a encaminhamentos, compartilhamentos de alguns recursos

materiais e humanos. Tais fatores tornam-se um desafio para sustentabilidade das práticas para questões mais pontuais e de curto prazo e para questões estruturais.

Há que se avançar na consistência das práticas intersectoriais. Isso diz respeito, em última instância, à concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento e gestão compartilhados, bem como orçamentos próprios.^{8,c}

O estudo apresenta limites decorrentes do método empregado: foram analisadas práticas indicadas por gestores e que podem ser atravessadas por influência política e interesse em dar visibilidade ao município. Optou-se por esse percurso pela coerência com o entendimento de a promoção da saúde não ser inerte aos distintos interesses que permeiam o campo político e das práticas em saúde.

Há um campo de tensões próprio da saúde com diversidades e contradições referentes à concepção e operacionalização, nos elementos práticos e estruturais. É necessário ampliar as discussões sobre promoção de saúde junto aos gestores, profissionais e sociedade civil, ampliando as possibilidades de intervenções efetivas e mais universais na melhoria da qualidade de vida da população.

^c Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
2. Buss PM. Promoção da saúde da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2002;2(6):50-63.
3. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93. DOI:10.1590/S0103-73312007000100006
4. Buss PM, Carvalho AIC. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(6):2305-16. DOI:10.1590/S1413-81232009000600039
5. Campos GW, Barros R, Castro AM. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(3):745-9. DOI:10.1590/S1413-81232004000300025
6. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):115-20. DOI:10.1590/S1020-49892012000200004
7. Gallo E, Setti AFF, Magalhães DP, Machado JMH, Buss DF, Franco Netto FA, et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(6):1457-62. DOI:10.1590/S1413-81232012000600010
8. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saude Soc*. 2004;13(1):25-36. DOI:10.1590/S0104-12902004000100004
9. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saude*. 2009;18(1):79-86.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Morais NA, Morais CA, Reis S, Koller SH. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. *Psicol Soc*. 2010;22(3):507-18. DOI:10.1590/S0102-71822010000300011
12. Pedrosa JIS. Perspectiva na avaliação em Promoção da Saúde: uma abordagem institucional. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(3):617-26. DOI:10.1590/S1413-81232004000300014
13. Sículli JL, Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice. *Interface Comun Saude Educ*. 2003;7(12):91-112. DOI:10.1590/S1414-32832003000100008
14. Silva KL, Sena RR. Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana. São Paulo: Hucitec; 2009.
15. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):86-91. DOI:10.1590/S0034-71672009000100013
16. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):762-9. DOI:10.1590/S0034-71672010000500011
17. Silva KL, Sena RR, Seixá CT, Silva MEO, Freire LAM. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME Rev Min Enferm*. 2012;16(2):178-87.
18. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1354-60. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500030
19. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucas exploradas. *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1732-42. DOI:10.1590/S0102-311X2009000800009

Trabalho subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 479809/2009-7) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMG – Processo APQ 01319-10). Os autores declaram não haver conflito de interesses.