

PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEPÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS DE BELO HORIZONTE E CONTAGEM - MG

Concepts of health promotion by family health teams in the municipalities of Belo Horizonte and Contagem-MG

Suelen Rosa de Oliveira¹, Alda Martins Gonçalves², Natália de Cássia Horta³, Roseni Rosângela de Sena⁴

RESUMO

Este trabalho faz parte da pesquisa “Promoção da saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo tecnoassistencial em saúde”. Teve por objetivo analisar as concepções de promoção da saúde existentes entre os profissionais das Equipes de Saúde da Família dos municípios de Belo Horizonte e Contagem, Minas Gerais. Trata-se de pesquisa qualitativa, orientada pela concepção teórico-filosófica da dialética. Participaram do estudo 28 profissionais. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado e analisados por meio da técnica de análise de discurso. Os resultados revelaram que as concepções de promoção da saúde de profissionais das equipes de saúde da família estudadas estão fortemente associadas à prática de atividades de prevenção, controle de doenças e a ações de educação para a saúde. Conclui-se que a discussão conceitual sobre promoção da saúde entre os profissionais é um processo orientado por múltiplos significados e que a promoção da saúde vem sendo reconhecida pelos profissionais participantes do estudo como uma estratégia de renovação das práticas em saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Equipes de Saúde da Família; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

This paper is part of the research project entitled: “Promoting Health: health policy, care, educational, and managerial strategies for the construction of a technology-based health care model”. The objective was to analyze the health promotion concepts which exist among Family Health Team professionals in the municipalities of Belo Horizonte and Contagem, Minas Gerais, southeastern Brazil. The research is qualitative and oriented by dialectics. Twenty-eight professionals participated in the study. The data were collected through individual interviews using a semi-structured questionnaire and submitted to discourse analysis. The results revealed that the health promotion concepts of the family health team professionals studied are strongly associated with actions of disease prevention and control and health education. The conclusion is that the conceptual discussion among the professionals on promoting health is driven by multiple meanings and is recognized by professionals who were part of the study as a strategy for the renewal of collective health practices.

KEY WORDS: Family Health Program; Health Promotion, Patient Care Team

¹ Suelen Rosa de Oliveira, Enfermeira. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da UFMG, Mestre em Enfermagem. E-mail: sufmg@yahoo.com.br

² Alda Martins Gonçalves, Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, Pesquisadora do NUPEPE

³ Natália de Cássia Horta, Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da PUC Minas

⁴ Roseni Rosângela de Sena, Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Coordenadora do NUPEPE, Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Pesquisadora Nível 1 do CNPQ.

INTRODUÇÃO

Este artigo discute as concepções de promoção da saúde expressas pelos profissionais das equipes de saúde da família em seu cotidiano de trabalho. Os dados são parte dos resultados da pesquisa intitulada “Promoção da saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo technoassistencial em saúde”, desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem - NUPEPE, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 2006-2008.

O paradigma biomédico dominante nas práticas e na organização das instituições de saúde ancora-se em uma concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, mostrando-se insuficiente para atender às necessidades e demandas de saúde da população. Essa insuficiência tem gerado questionamentos por diversos setores da sociedade, em especial por aqueles vinculados diretamente ao campo da saúde, sendo mais perceptíveis a partir da segunda metade da década de 1970.¹

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), após 20 anos de sua criação, ainda tem como objetivo a superação da fragilidade político-institucional dos serviços de saúde e da centralidade das antigas ações programáticas que teimam em permanecer como formas de atenção à saúde. Atores sociais do campo da saúde compartilham ideias com outros atores no cenário internacional, defendendo a superação do paradigma biomédico em favor da promoção da saúde.

A expressão “Promoção de Saúde” foi primeiramente utilizada por Sigerist, em 1946, quando definiu os quatro elementos primordiais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação do enfermo e reabilitação. O autor defendia uma ação integrada entre políticos, lideranças sindicais trabalhadoras e patronais, educadores e profissionais de saúde.² Ainda hoje, as ideias de Sigerist norteiam a elaboração e a implementação de políticas públicas e programas que valorizam os determinantes de saúde e de qualidade de vida, tais como: emprego, educação, moradia e vida social.

Apesar dos esforços no sentido da construção de um conhecimento teórico-conceitual sobre promoção da saúde, desde meados da década de 1940, o conceito é reelaborado e rediscutido mais intensamente nos últimos 25 anos, surgindo novas concepções sobre a promoção da saúde.^{3,4}

A disseminação das discussões sobre a promoção da saúde iniciou em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata

na Rússia. A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, propondo a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos.⁵

O enfoque na Declaração de Alma-Ata foi a prioridade à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade.⁶

Na evolução da discussão conceitual sobre promoção da saúde, destacam-se, no contexto brasileiro, o movimento da Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição Federal em 1988 que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1998, o Ministério da Saúde iniciou a discussão para a definição de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), objetivando fortalecê-la como um componente da Atenção Básica. Em 2006, a PNPS foi aprovada, por meio da Portaria 687.⁷

De acordo com a PNPS, a promoção da saúde configura-se como uma possibilidade de responder a demandas sociais sustentadas numa proposta que envolva a população, grupos e indivíduos na construção da cidadania. Dessa forma, a promoção da saúde é uma estratégia para transformar a lógica da produção da saúde, tornando-a responsabilidade individual e coletiva, o que exige a adoção de práticas intersetoriais e interdisciplinares.

Segundo Ayres⁸, vive-se atualmente uma reconstrução da saúde pública com a emergência de uma série de novos discursos, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, entre outros. Para este autor, esses discursos revelam a vitalidade conceitual da saúde pública e estimulam a renovação das práticas sanitárias, o que exige transformações no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus fundamentos conceituais, o que tem levado ao reconhecimento da necessidade de se trabalhar com um conceito ampliado da saúde e dos processos envolvidos com a saúde e a doença.

A ampliação do conceito de saúde, fundamental para a constituição de um campo de conhecimentos e práticas para a promoção, parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco

exclusivo no risco individual para responder aos processos de saúde-doença.⁹

Nesse sentido, convém ressaltar que a própria ideia de “processo” aborda a saúde e a doença numa relação dinâmica, na qual interagem elementos de agressão e defesa, tanto internos como externos ao organismo, em uma permanente instabilidade que desencadeia novos ajustes a todo instante. Portanto, além da saúde não se constituir numa ausência de doença, uma vez que ambas interagem constantemente e não é possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente, também esta relação se dá para além das fronteiras internas do organismo, cujas relações sociais e o meio físico externo se somam às características da fisiologia individuais.⁹

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir do entendimento do processo saúde doença, as práticas de atenção à saúde nesse âmbito não podem se tornar sinônimo de prevenção de agravos. Destaca-se que esse é um dos pilares dessa estratégia que, em geral, tem denotado um enfoque higienista e de campanha que, apesar de um discurso predominante de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, reitera, na prática, ações curativas. Mesmo assim, se tomada a prevenção apenas como uma maneira estrita de evitar doenças, pode-se ter um serviço de atendimento a pessoas saudáveis intitulado ESF.¹⁰ Destaca-se, ainda, a existência de uma relação de gradação entre as ações curativas, preventivas e promotoras da saúde. Assim, faz-se importante refletir sobre o “dilema promocionista”, discutido por Campos¹¹ em que clínica e promoção da saúde precisam andar juntas, apesar das especificidades e ritmos próprios, em que a promoção da saúde não pode mostrar sua potência longe da clínica, sendo que o foco das práticas precisa ser na compreensão da produção de saúde.

Considerando-se a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um espaço para a concretização dos fundamentos conceituais que sustentam as práticas de promoção da saúde, tomou-se como objetivo, nesta pesquisa, analisar as concepções de promoção da saúde verbalizadas por profissionais das Equipes de Saúde da Família dos municípios de Belo Horizonte e Contagem, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, orientado pela concepção teórico-filosófica da dialética. Como uma abordagem metodológica, a dialética permite contextualizar o processo histórico em seu dinamismo, provisoriamente e permanente transformação,

buscando apreender a prática social dos indivíduos em sociedade e realizar a crítica das ideologias.¹²

Utilizou-se, também, a metodologia da Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC - que contribuiu para captar e interpretar o fenômeno estudado.¹³

O cenário da pesquisa constituiu-se das Unidades Básicas de Saúde dos Distritos Sanitários (DS) dos municípios de Contagem e Belo Horizonte, Minas Gerais. Esses municípios destacam-se, no cenário estadual, por serem de grande porte e apresentarem 70% da população assistida pela ESF em Contagem e 54,75 %, em Belo Horizonte.¹⁴⁻¹⁶ Contagem contava, no momento do estudo, com sete distritos sanitários e 87 Equipes de Saúde da Família. Belo Horizonte está organizada em nove distritos sanitários nos quais se distribuíam 524 Equipes de Saúde da Família.

Os sujeitos desse estudo foram os profissionais das equipes do PSF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde) dos referidos municípios, tendo em vista que o foco de análise da promoção da saúde proposto nesse estudo se refere à equipe de saúde da família.

Em um primeiro momento, foi elaborada uma lista dos Distritos Sanitários presentes nos municípios com suas Unidades Básicas de Saúde e respectivas ESF. A partir de cada lista, foi feito um sorteio de uma ESF de cada Distrito Sanitário, totalizando 16 ESF sorteadas (09 em BH e 07 em Contagem). Após a seleção das 16 ESF, partiu-se para o sorteio dos sujeitos da pesquisa. Para isso, como critério de inclusão dos entrevistados, considerou-se a participação de um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro), um de nível médio e um sem formação específica (ACS) de cada ESF, o que contabilizou 48 profissionais.

De posse dessa lista, e respeitando-se o critério e ordem do sorteio, os sujeitos da pesquisa foram contatados para o início da investigação. As entrevistas foram interrompidas no momento em que se observou uma saturação das informações coletadas.

O conjunto de entrevistados totalizou cinco ESF por município, o que corresponderia a 30 profissionais. Entretanto, dois dos profissionais sorteados foram excluídos da pesquisa pela impossibilidade de entrevistá-los, um por estar de férias e outro em licença maternidade. Dessa maneira, os sujeitos respondentes totalizaram 28 profissionais, sendo 3 médicos, 7 enfermeiros, 9 auxiliares de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde dos dois municípios selecionados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual gravada, com roteiro semiestruturado, com questões

sobre formação profissional, tempo de trabalho e capacitação direcionada a ESF, sobre os conceitos e práticas de promoção da saúde.

Para atender aos aspectos éticos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e recebeu aprovação por meio dos Pareceres: ETIC 463/0 - COEP/UFMG e nº 034/2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A coleta dos dados foi feita até se atingir a saturação. Considerou-se saturação o momento em que, depois de ter entrevistado mais de 50% dos sujeitos da pesquisa, as informações passaram a se repetir, apontando semelhanças entre os discursos.¹¹ A organização dos dados deu-se por meio de transcrição e codificação das entrevistas, utilizando-se letras para os municípios e números para os profissionais. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de discurso. Segundo Minayo¹², a análise de discurso é uma técnica que considera o 'texto' como um 'monumento' e a sua exterioridade como parte constitutiva da historicidade inscrita nele. Desta forma, visa menos a 'interpretação' do discurso do que a 'compreensão do seu processo produtivo'.¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do discurso oriundo das falas dos profissionais das equipes revelou que a concepção dos profissionais sobre a promoção da saúde está diretamente relacionada a um conceito de saúde centrado na ausência de doenças. Revelou, também, que as principais ações de promoção da saúde apontadas são as orientações aos usuários e as atividades de Educação em Saúde. Pode-se perceber que, embora cerca de um terço dos sujeitos ouvidos sejam membros da comunidade por serem Agentes Comunitários da Saúde, há pouca interação entre os membros das ESF e a comunidade, uma vez que as ações de promoção de saúde por eles citadas se restringem ao cumprimento das atividades programáticas ou ao atendimento da demanda espontânea.

Promoção da saúde pra mim é a pessoa prevenir. A mãe estar sempre atenta à vacinação, ao controle da puericultura da criança de zero a seis anos e ao controle do peso. (BAC10)

A promoção da saúde é expressa pelos profissionais entrevistados como prevenção de agravos e a operacionalização da mesma se daria, principalmente, no cumprimento

de ações específicas ligadas a protocolos dos serviços de saúde, bem como nas atividades que visam mudanças de comportamento. Dessa maneira, os profissionais atuam a partir de normas rígidas de atendimento, oferecendo serviços que apresentam poucas possibilidades de adaptação às necessidades individuais dos usuários.

Dessa forma, entende-se que o conceito de promoção da saúde apresentado por Sigerist, em 1946, ainda não foi suficientemente incorporado pelos profissionais em suas práticas. Para eles, a promoção da saúde é um nível de prevenção primária, referenciado no enfoque da História Natural da Doença.

Promoção da saúde pra mim tem muito a questão da imunização, das vacinas; a questão dos grupos operativos que atuam na prevenção do diabetes, tem a questão da adolescência, pra ver a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, tem as palestras mesmo pra prevenir, pra não deixar acontecer. (BTC7)

Autores como Rios e colaboradores², ao abordarem aspectos relacionados às implicações da filosofia, da ciência e do senso comum na promoção da saúde, discutem a influência do paradigma biomédico sobre a medicina moderna e sobre os sistemas de saúde, bem como seu consequente distanciamento em relação à comunidade. Segundo esses autores, na abordagem biomédica, o real e o objetivo é a doença, que se tornou o constructo teórico operacional em torno do qual gira toda a lógica hegemônica da biociência.²

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde concentram a atenção na fisiologia do corpo e nas queixas e sintomas individuais, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que determinam o processo saúde-doença. Ainda segundo Rios e colaboradores², os profissionais que se tornam mestres, ditam o certo e o errado, bem como induzem comportamentos que julgam eficazes para a melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde. Tornam-se detentores de saberes técnicos e científicos inacessíveis à população ou, mesmo utilizando saberes do senso comum, esses profissionais, tenham eles formação de nível superior ou não, não favorecem a realização de práticas baseadas no conceito de Promoção da Saúde proposto na Carta de Ottawa de 1986. Este documento define a Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.⁴

Além dos saberes fundamentados na formação profissional, a efetivação da Promoção da Saúde em uma ESF

passa pela construção coletiva de um projeto de Saúde da Família. É necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.

A promoção da saúde é manifestada, pelos entrevistados, como um conjunto de medidas capazes de evitar o adoecimento da população, minimizando a necessidade de utilização dos serviços para recuperar o estado de saúde.

Promover a saúde é a gente estar prevenindo doenças, é estar atuando antes de acontecer a doença, com orientações, palestras, educação pra saúde. Antes de a pessoa estar doente. (BSC7).

Os profissionais entrevistados estabelecem um contraponto entre a promoção da saúde e a cura de doenças. Ressaltam, como avanços da ESF, acompanhar e exercer um controle sobre os indivíduos antes do surgimento de complicações.

A promoção da saúde é prevenir antes que aconteça. E eu acredito que isto está sendo feito pela ESF porque antes não tinha o programa pra diabético, hipertenso, criança de baixo-peso. (AAC5)

Esses discursos revelam o “dilema promocionista”¹¹, segundo o qual só se promove saúde na ausência de doenças. Destaca-se a importância de se negar a dicotomia clínica-promoção, substituindo-a pela compreensão da produção de saúde em defesa da vida. Ao adotar essa concepção, é fundamental contextualizar e negociar, com os usuários e a comunidade, a possibilidade de práticas promotoras ou de produção de saúde que se articulem com os demais níveis de atenção à saúde da população de forma integrada e complementar.

Para os entrevistados, a concepção de promoção da saúde está vinculada à disponibilização de informações e orientações aos usuários, por meio de palestras e ações educativas em saúde realizadas antes que os indivíduos adoçam. Os profissionais entrevistados ressaltam, ainda, que os resultados das ações educativas se dão de forma lenta, no dia a dia.

E é mesmo a educação. Eu acho que é a questão da formiguinha dia a dia você estar construindo esse conhecimento com o usuário pra ele ter noção de estar se prevenindo e evitando as complicações. (BTC7)

Reforça-se a importância de se refletir sobre a abordagem feita pelos profissionais quanto ao repasse de informações.

Com a hegemonia da concepção biomédica, as informações podem ser inócuas, inadequadas ou desnecessárias. Para a promoção da saúde, é necessário que a atuação dos profissionais supere o repasse de informações e se expresse por práticas que influenciem positivamente os determinantes sociais em saúde. Para isso, os profissionais devem manter uma relação dialógica e construtiva com a população.^{17,18}

A análise dos discursos revelou a necessidade de uma prática educativa libertadora junto à população. Os profissionais referiram-se a abordagens que valorizam os direitos dos cidadãos e a construção conjunta de melhores condições de vida e saúde, sem se limitarem a ditar hábitos saudáveis de alimentação e atividades físicas.

A gente fala tanto na promoção da saúde, que eu acho que não é só fazer palestras educativas, tentar fazer prevenção. Eu acho que engloba alguma coisa mais, educar a população não é no sentido de não poder comer isso ou aquilo; é educar com relação aos direitos, aos deveres também, à cidadania. (ATC3)

Oliveira e Marcon¹⁹ ressaltam que a ESF, em suas diretrizes, orienta a participação comunitária e o controle social, como estratégia para o alcance dos princípios do SUS, cabendo, aos profissionais da equipe de saúde, criar condições e estimular a participação dos usuários nos processos educativos, no planejamento e na avaliação da assistência.

As práticas de saúde normativas, baseadas em recomendações higiênicas do ponto de vista biologicista e higiênico-preventivista, são insuficientes para dar respostas aos problemas relacionados à promoção da saúde.²⁰ A educação em saúde deve superar a conceituação biológica e abranger objetivos mais amplos, considerando que a saúde não representa apenas a ausência de doenças sendo, para além disso, uma fonte de vida. Assim, em sua versão contemporânea, a educação em saúde não se deve destinar somente a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável.²¹

Os entrevistados expressaram que a educação para a saúde é uma estratégia importante para promover saúde:

Eu entendo que promoção é isso, como se fosse um aprendizado, um esclarecimento. A gente trabalha de maneira a conscientizar as pessoas (BTC8)

É indispensável entender que a educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas o conjunto de práticas de saúde e que existe uma dimensão educativa não intencional em todas as ações dos trabalhadores de saúde.¹⁷ As ações de educação como estratégias para promoção da saúde alcançam, simultaneamente, três dimensões: a geral, de expressão do fenômeno saúde-doença; a particular, em que a promoção da saúde cristaliza sua interface com a formulação de políticas públicas saudáveis e a singular, do viver de cada sujeito.²²

Pode-se inferir dos discursos dos participantes da pesquisa que há uma necessidade de construção compartilhada do conhecimento como uma estratégia por meio da qual a promoção da saúde pode ser alcançada. A construção do conhecimento de maneira compartilhada é apresentada por Pedrosa²² como uma metodologia desenvolvida na prática da Educação em Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos. Dessa maneira, ela possibilita a conquista, pelos indivíduos e grupos populacionais, de maior poder e intervenção nas relações sociais, influenciando a qualidade de suas vidas. Nessa perspectiva, “está claro que as classes populares precisam ser vistas como sociais, como cidadãos ativos e transformadores da realidade em que vivem”.²

Os profissionais entrevistados relataram que a implementação de ações de promoção da saúde está vinculada à necessidade de desconstrução do modelo assistencial hegemônico:

Promoção da saúde seria muito mais uma quebra de paradigma, no meu modo de entender. Ao invés da gente estar gerenciando a doença, passar para a promoção da saúde. Um diabético vai continuar diabético, mas ele pode ter um nível, uma qualidade de vida muito boa. (ASC3)

A análise dos dados permite compreender que os participantes da pesquisa consideram a promoção da saúde como um novo modo de ver a saúde e a doença e pode trazer importantes contribuições no sentido de buscar a superação das contradições presentes no modelo centrado na doença e no fazer dos profissionais.³ Para isso, faz-se necessário intensificar as ações de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, buscando-se a autonomia dos usuários e dos profissionais. Na contramão deste entendimento, os discursos analisados sugerem uma prática de saúde desarticulada da promoção, prevenção e recuperação de danos:

Na parte da manhã, a gente trabalha com demanda livre para casos agudos. Na quinta-feira, tem a prevenção do câncer de

mama e do útero. A gente tenta, mas depende da demanda que a gente tem no dia (...) então, dependendo do número de pessoas fica difícil você fazer esse gancho do tratamento, prevenção e promoção por uma questão de tempo mesmo, porque você tem que dar produção. (BSC6)

Houve, também, profissionais que relacionaram a promoção da saúde a um conceito ampliado de saúde:

Só a saúde não consegue promover a saúde. A gente precisa do social, da assistência social, a gente precisa do lazer, do esportivo, do cultural, pra tá promovendo a saúde do cidadão. A saúde ... é um engano a gente achar que a saúde é a detenção do saber de como o organismo funciona. É saber do social dessas pessoas, o nível de vida que elas têm, o nível de escolaridade que elas têm e ,mudando isso, mudando escolaridade, mudando cultura você promove a saúde também. (ASC3)

O conceito moderno de promoção da saúde vem sendo construído, no cenário mundial, desde a Conferência Internacional de Ottawa, em 1986, no Canadá, como uma estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas.²³

Reforça-se que o entendimento do conceito de Promoção de saúde não garante, necessariamente, uma prática coerente com o mesmo. Segundo Ayres⁸, há uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que, aos avanços conceituais já alcançados, possam corresponder transformações práticas mais expressivas. Este mesmo autor considera que é necessário compreender as práticas de saúde, inclusive aquelas que constituem o substrato de discursos renovadores, sob uma perspectiva que possa agregar-se ao esforço de adensamento conceitual e filosófico de um novo sanitarismo.

Na essência da concepção de promoção da saúde está a crença em um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, cidadania, equidade, entre outros, e a sua prática envolve uma combinação de estratégias de ação do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias interinstitucionais.²⁴

Assim, as estratégias propostas pela promoção da saúde devem apoiar-se na democratização das informações e na atuação conjunta da sociedade, incluindo: população, governo, instituições públicas e privadas, universidades, entre outras. Essas estratégias envolvem a descentralização do poder, as ações multiprofissionais, intersetoriais e interdisciplinares, e a participação da população na elaboração de políticas públicas favoráveis e nos processos de decisão.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções de promoção da saúde dominante entre os participantes da pesquisa estão fortemente associadas à prática de atividades de prevenção, controle de doenças e a ações de educação para a saúde. A discussão conceitual sobre promoção da saúde entre os profissionais é um processo orientado por múltiplos significados e a promoção da saúde foi reconhecida pelos profissionais participantes do estudo como uma estratégia de renovação das práticas em saúde coletiva. Contudo, na prática, ainda estão centradas em ações que envolvem mudanças no comportamento e no estilo de vida, bem como na possibilidade de promover saúde pela “eliminação” das doenças.

Apesar da fragilidade conceitual apontada na análise das falas dos entrevistados, pode-se considerar que os profissionais, sujeitos deste estudo, reconhecem a promoção da saúde como uma estratégia importante para renovar o modelo de assistência à saúde. Entretanto, para a efetivação de suas propostas, é necessário que os espaços para discussão conceitual e operacional da promoção da saúde sejam ampliados. Dessa forma, é importante permitir reflexões capazes de propiciar a implementação de práticas interseoriais nos serviços de saúde, revitalizando e ampliando os espaços de promoção de saúde para além dos saberes e fazeres dos profissionais da saúde.

Considera-se que, para se ampliar as concepções de promoção da saúde entre os profissionais da ESF, articulando tais concepções a um saber-fazer transformador da realidade, é necessário que as mesmas sejam discutidas e compreendidas. Além disso, os profissionais das ESF deverão se incluir como atores críticos e participantes do processo de reformulação do atual modelo de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Educação em Enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):86-91.
2. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa NC. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12 (2):501-9.
3. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boebis AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: rajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(2):352-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Ala-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 112p.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):163-77.
6. Brasil. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma-Ata; URSS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(14):73-92
9. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(1):5-13.
10. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(1):23-34.
11. Campos RS. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.62-74.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
13. Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
14. Contagem. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão de Saúde. Contagem: Secretaria de Saúde; 2005.

15. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. [Citado 2006 mar. 28]. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>.
16. Turci MA, organizador. Avanços e Desafios na organização da Atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação; 2008.
17. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. . A prática de grupos como possibilidade de promoção da saúde no Programa Saúde da Família. *Rev APS*. 2009; 12(3): 293-301.
18. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):524-9.
19. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):65-72. [Citado 2006 mar. 26] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342007000100009.
20. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de Trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(2):271-9.
21. Oliveira DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(3):423-31.
22. Pedrosa JI. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 77-95.
23. Buss PM. Promoção da Saúde e Saúde pública. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1998. 178pp.
24. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.15-38.
25. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde: Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc*. 2004; 13(1):14-24.
-
- Submissão: fevereiro de 2010
Aprovação: setembro de 2010
-