

CONCEPÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE QUE PERMEIAM O IDEÁRIO DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Charles Dalcanale Tesser¹
Adir Valdemar Garcia²
Cleonete Elena Argenta³
Carine Vendruscolo⁴

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar a concepção de promoção da saúde de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de três municípios da Grande Florianópolis. Os resultados são parte de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvida entre 2007 e 2009, que investigou se e como as equipes de Saúde da Família elaboravam análises da realidade social e de saúde de sua área de atuação e se isso gerava ações locais ou políticas públicas de promoção da saúde e de educação permanente. Conclui-se que grande parte dos profissionais ainda entendia promoção da saúde como prevenção de doenças, o que se constitui em limite para o alcance da promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se, no momento, como o elemento central da Política de Atenção Básica. Constitui-se como uma estratégia para o fortalecimento e organização desse nível de saúde no Brasil, pois possibilita a (re) organização do Sistema Municipal de Saúde, visando à qualidade na atenção à saúde, mantendo o foco nas famílias que compõem uma comunidade, buscando o seu fortalecimento por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da reorientação das práticas de saúde, aproximando-se do modelo de Promoção da Saúde. Pode-se dizer que é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, pois propõe mudança na concepção

¹ Graduação em Medicina. Mestrado em Saúde Coletiva. Doutorado em Saúde Coletiva. Docente Adjunto do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: charlestesser@ccs.ufsc.br

² Graduação em Pedagogia. Mestrado em Educação. Doutorado em Sociologia Política. Atua na Divisão de Planejamento e Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel. E-mail: adirvg@yahoo.com.br

³ Graduação em Enfermagem. Especialista em Gerontologia e em Metodologia do Ensino de Enfermagem. Atua na Divisão de Planejamento e Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel. E-mail: cleoneteargenta@bol.com.br

⁴ Graduação em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Pública. Docente da Universidade Comunitária Regional de Chapecó. Coordenadora Regional da Estratégia Saúde da Família da Gerência de Saúde de Chapecó. E-mail: carineven@unochapeco.edu.br

do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida.

Considerando a vinculação direta da ESF com a promoção da saúde, é de suma importância conhecer a concepção dos profissionais da Estratégia a este respeito. Afinal, não se muda práticas sem antes incorporar o arcabouço teórico que deve dar suporte a essa mudança. Neste artigo objetiva-se apresentar e discutir a concepção de promoção da saúde de profissionais da ESF a partir de dados levantados em uma pesquisa realizada entre 2007 e 2009 em três municípios da Grande Florianópolis, cujo objetivo foi investigar se e como as equipes de Saúde da Família elaboravam análises da realidade social e de saúde de sua área de atuação e se isso gerava ações locais ou políticas públicas de promoção da saúde e de educação permanente. A amostra foi composta por 69 profissionais da ESF e três gestores municipais da Estratégia. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e realizada a partir de uma parceria entre o Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O relatório completo da pesquisa pode ser acessado em esp.saude.sc.gov.br, no link pesquisas.

2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OUTRA FORMA DE PRODUÇÃO DA SAÚDE

Em 1994, desenvolveu-se o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF tinha como desafio reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional, na tentativa de viabilizar a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática de atenção à saúde. Em 1998, o programa passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que iria estruturar os sistemas municipais de saúde. Além disso, a palavra “programa” remetia a uma ação temporária e não de caráter permanente, como é o caso.

Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, a estratégia prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, numa tentativa de reorganizar a prática assistencial e substituir o antigo modelo “hospitalocêntrico”. Nesse sentido, a ESF vem introduzir direção e empenho político institucional para a expansão e construção de uma atenção primária à saúde como eixo

estruturante do SUS, com equipes multiprofissionais e atenção médica generalista com função filtro (GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDES, 2005), claramente estabelecida, com orientação familiar e comunitária. A ESF busca também uma atuação em determinantes coletivos ou, ao menos, na construção do “empoderamento” comunitário para alguma atuação social nestes determinantes. A atenção primária é o *locus* de cuidado que permite o exercício da prevenção quaternária (NORMAN; TESSER, 2009), conceito e atividade que concretiza o desmonte da ideologia preventivista irrestrita e do ideário ainda forte de que quanto mais cuidado médico e preventivo de matriz biomédica melhor.

O conceito de saúde que permeia todo o desenvolvimento da ESF influi de forma decisiva na mudança da organização do processo de trabalho. A partir da estratégia, a equipe de saúde da família assume o desafio da atenção continuada, resolutiva e fundamentada nos princípios da promoção da saúde, onde a ação intersetorial é considerada essencial para a melhora dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (BRASIL, 2003).

Além das atividades de assistência desenvolvidas pela ESF, são igualmente importantes as ações de planejamento, como a identificação, conhecimento e avaliação da realidade local. Os profissionais devem conhecer os fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais, que influenciam a qualidade de vida da comunidade assistida, as condições de saúde e, a partir destes determinantes, entrar em articulação com outros setores. Esta análise da situação social e de saúde permite a proposição de ações capazes de interferir na realidade local, a partir de parcerias com a comunidade e com as instituições públicas, o que está diretamente vinculado aos pressupostos da promoção da saúde.

Entende-se que a ESF pretende atender a alguns dos campos de ação para a promoção da saúde, ou seja, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, especificamente, no seu nível de atuação, ou seja, o município. Ao atuar na questão do papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, a ESF atende um dos campos de ação prioritários para a promoção da saúde: a implementação de **políticas públicas saudáveis**. De acordo com Mascarenhas (2005), quando se deseja a equidade social, inúmeros fatores vão além da esfera do pessoal/individual/local para alcançar o social/coletivo e, portanto, a esfera do Estado e da organização da sociedade. As políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde são apontados por Verdi (2002) como eixos da concepção de promoção da saúde.

3 POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: SUSTENTÁCULOS PARA A EFETIVAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

As necessidades de saúde da sociedade contemporânea nunca foram atendidas pelo modelo biomédico, cujas ações, predominantemente de natureza técnica, configuram um modelo de atenção à saúde medicocêntrico de limitada efetividade quando se trata das coletividades. A Promoção da Saúde aparece como política propulsora de um novo modelo de saúde no final do século XX, momento em que a saúde dos indivíduos e das populações passa a ser estudada a partir da influência de determinantes sociais, ou seja, acentua-se a análise do processo saúde/doença como resultado de múltiplas determinações. Ao contrário do modelo biomédico, os indivíduos passam a ser considerados sujeitos, a qualidade de vida é incorporada ao discurso e, para alcançá-la, algumas questões são essenciais, tais como as condições de moradia, trabalho, lazer, alimentação, etc.

De acordo com Buss (2003), um dos primeiros autores a comentar o termo promoção da saúde foi Henry E. Sigerist, historiador médico canadense, em seu artigo *The place of the physician in modern society*, de 1946. Nesta ocasião, Sigerist indicou quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Afirmou que para se promover a saúde é necessário proporcionar condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que se faz necessário o esforço coordenado de políticos, setores sindicais, empresariais, educadores e médicos.

De acordo com Verdi (2002), Wislow, médico norte-americano contemporâneo de Sigerist, referiu-se à promoção da saúde como um esforço da comunidade organizada para tornar efetivas políticas de melhoria das condições da população, bem como programas educativos dirigidos à saúde individual, e para desenvolver mecanismos sociais, assegurando níveis de vida adequados para a manutenção e melhoria da saúde.

Mas, segundo Verdi (2002), é em Leavel e Clark, que se encontra a formulação teórica mais reconhecida do conceito de promoção da saúde. Tais autores mencionam o termo como um nível de atenção da medicina preventiva, correspondente à prevenção primária que, por sua vez, consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde melhor, através da proteção do homem contra agentes patológicos. Nesse modelo ecológico, também denominado de História Natural das Doenças, a promoção da saúde é interpretada como ações de saúde que se propõem a evitar o surgimento das doenças e a melhorar as condições dos indivíduos através da difusão do conhecimento, da alimentação adequada, moradia adequada, lazer, R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

condições de trabalho adequadas, entre outras coisas. Segundo a mesma autora, o epidemiologista norte-americano Alan Dever, com base no modelo ecológico de Leavel e Clark, defendeu que a saúde é resultado de um conjunto de fatores, dividido em quatro categorias: biologia humana, ambiente, estilos de vida e serviços de saúde. Neste modelo, o foco de atenção da promoção da saúde é o indivíduo, raramente envolvendo a família ou os grupos sociais, o que leva alguns autores, a exemplo de Buss (2000), a tecerem críticas a ele.

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”, propondo mudanças no setor saúde, objetivando minimizar os riscos de saúde mental e física e melhorar o acesso da população à atenção à saúde. Como consequência deste documento, que passou a ser conhecido como “Informe Lalonde”, foi organizada a Conferência de Alma Ata que ocorreu em 1978 – Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária. O Informe Lalonde (1974) e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), que resultou na Carta de Ottawa, representaram os principais marcos da evolução do conceito de promoção da saúde e da formulação de novas estratégias para implementá-la (MASCARENHAS, 2005).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1986, reiterando as proposições de Alma Ata, indicou como “cuidados primários de saúde” os cuidados essenciais, com base em métodos práticos, científicos e socialmente aceitáveis, com tecnologia de acesso universal aos indivíduos e suas famílias na comunidade e a um custo razoável ao país. Neste contexto, a saúde é entendida como um direito humano e a melhoria das condições de vida como dever e responsabilidade do governo, que também deve garantir esse direito. Segundo a Carta de Ottawa, Promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

Na Carta de Ottawa foram definidos cinco campos de ação prioritários para a promoção da saúde: 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. Estes campos “[...] buscam, claramente, superar a visão que relacionava promoção com correção de comportamentos individuais, concebidos como principais, senão únicos, responsáveis pela saúde.” (VERDI, 2002, p. 162).

A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Seguindo esta perspectiva, ocorreram outras três Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde: em 1988 (Adelaide, Austrália), 1991 (Sundsvall, Suécia) e 1997 (Jacarta, Indonésia). A promoção da saúde é evidenciada, nestas Conferências, como um modelo alternativo para políticas de saúde, compreendida como resultante de uma série de fatores individuais e coletivos, econômicos, sociais, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais. Estes fatores levam a uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações em saúde numa perspectiva contextual, histórica, coletiva e ampla, que deve influenciar na formulação operacional referente aos modelos de atenção à saúde na América Latina.

No Brasil, muito tem sido falado sobre promoção da saúde, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Segundo o Documento Técnico de Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (BRASIL, 2006b, p. 18), a Promoção da Saúde foi definida pela OMS, em 1986, como “o processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre, e melhorem sua saúde”. Para haver saúde não basta a prevenção de doenças ou um estilo de vida próprio, mas também é necessário que se considere aspectos como renda, educação, alimentação, ecossistema estável, paz, proteção, justiça e equidade social.

Há que mencionar-se, contudo, que mesmo tendo respaldo nas conferências de saúde, ações efetivas neste sentido não têm sido implementadas. Não há emprego correto do termo pelos profissionais, que constantemente confundem a promoção da saúde com práticas de prevenção e/ou educação para a saúde. Além disso, permanecem interpretações restritas que caminham junto a interpretações consideradas mais atuais (MASCARENHAS, 2005).

Sutherland e Fulton (1992) reúnem as diversas conceituações e práticas de promoção da saúde em dois grandes grupos:

No primeiro, a promoção da saúde estaria relacionada às atividades dirigidas ao comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida. Os programas ou atividades de promoção de saúde, neste contexto, estariam concentrados em componentes educativos e sob o controle dos próprios indivíduos, como por exemplo, o hábito de fumar, as atividades físicas, etc.;

No segundo grupo, que representa a moderna interpretação de promoção da saúde, o termo está relacionado ao papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. A saúde passa a ser produto de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo adequado padrão de habitação, alimentação, saneamento, trabalho e renda, oportunidades de educação, apoio social para famílias e indivíduos e um amplo espectro de cuidados de saúde.

Considerando este segundo grupo, as atividades de promoção, quando centradas no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida são insuficientes para que se promova a saúde de fato. Para que isto aconteça, estas devem estar relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, ou seja, “é preciso que se atue sobre os determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença, isto é, sobre as condições de vida, enfrentando os componentes nocivos destas esferas e estimulando os que sabidamente fomentam a saúde.” (FERREIRA; BUSS, 2002, p. 21).

A discussão da promoção da saúde cresceu no Brasil nestas últimas duas décadas, com várias experiências institucionais no SUS, além de trabalhos e discussões acadêmicas sobre os significados limites e disputas internas desse movimento e sua inserção na situação brasileira (CARVALHO, 2005, WESTFAL, 2006, CASTRO e MALO, 2006, LEFEVRE e LEFREVRE, 2004, SÍCOLI, 2003, CZERESNIA e FREITAS, 2003). Mas apenas em 2006 foi editada a política nacional de promoção da saúde com o objetivo geral de “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” (BRASIL, 2006a). Ela propõe como diretrizes: reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário; promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e divulgar e informar iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006a).

Nota-se uma plena convergência da política brasileira com os campos de atuação da promoção apontados na Carta de Ottawa, e também a prioridade, como vários autores R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

mencionam, para a ação política, social, institucional, intersetorial e comunitária. A esfera individual (“desenvolvimento de habilidades pessoais”) é apenas um dos cinco campos de ação da carta de Ottawa, e a política brasileira menciona apenas uma vez o empoderamento individual numa de suas diretrizes. Todavia, as disputas em torno dessa dimensão individual da promoção não são pequenas.

No que diz respeito à Estratégia Saúde da Família, deve-se notar que ela constitui-se, no caso brasileiro, na atenção primária à saúde, que se quer a porta de entrada do sistema institucional de cuidado à saúde, ou seja, é o coração do setor saúde, em que a clínica generalista deve exercer a “função filtro” entre a população e o sistema de saúde (GERVAS; PEREZ FERNANDES, 2005). Ao mesmo tempo, deseja-se, pela adoção do conceito ampliado de saúde e pela valorização da Promoção da Saúde, que as equipes de saúde da família associem sua função clínica com prevenção de doenças e promoção da saúde, com atuação no território e nas comunidades, com educação em saúde e empoderamento coletivo para intervenção em determinantes sócio-sanitários, políticos e culturais da saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa desenvolvida entre 2007 e 2009. O universo investigado foi composto por profissionais da ESF de três municípios da Grande Florianópolis (de grande, médio e pequeno porte) e pelos gestores municipal dessa Estratégia. Incluiu profissionais de 2 equipes de saúde da família dos municípios menores e de 3 equipes do maior. Os critérios para seleção das equipes foram, primeiramente, ter profissionais atuando há mais tempo e em distintas realidades sociais; em segundo plano, havia como critério a acessibilidade e o aceite da equipe em participar. Os profissionais entrevistados foram: médico, enfermeiro, dentista e um agente comunitário de saúde (ACS) de cada equipe, além do gestor, totalizando 31 entrevistas. O roteiro de entrevistas era semi-estruturado com questões abertas, sendo que as mesmas foram realizadas pela equipe de pesquisadores nos locais de trabalho após agendamento prévio, gravadas e transcritas.

Além disso, foram distribuídos 112 questionários, com questões abertas com o mesmo teor das entrevistas, a serem respondidos por profissionais de outras 28 equipes escolhidas com mesmos critérios, distribuídas proporcionalmente ao volume de equipes dos municípios. A distribuição dos questionários foi feita pelos gestores municipais que gentilmente também assumiram o compromisso de recolhê-los. Do total distribuído, retornaram 41 (36,6 %), R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

sendo 11 de um município (02 dentistas, 02 médicos, 03 enfermeiros, 04 ACS), 17 de outro município (03 dentistas, 03 médicos, 03 enfermeiros, 05 ACS, 03 técnicos de enfermagem), e 13 do terceiro (01 dentista, 02 médicos, 03 enfermeiros, 07 ACS). Assim, o conjunto total investigado foi de 69 profissionais que atuavam em equipes da ESF (13 dentistas, 14 médicos, 16 enfermeiros, 23 ACS e 03 técnicos de enfermagem - estes últimos responderam apenas questionário) e 03 gestores municipais da Estratégia, o que totalizou 72 participantes.

Para apresentação, as equipes entrevistadas e os municípios foram numerados e as categorias profissionais dos entrevistados foram designadas pelas suas iniciais. Assim, um depoimento identificado por M1E1D significa que foi proferido pelo dentista da equipe 1 do município 1. Os dados relativos aos questionários foram identificados acrescentando-se a letra “Q”, com a diferença de que nestes não havia identificação da equipe, havendo, pois, uma numeração do profissional (M1QM1 significa: questionário do médico 1 do município 1). A pesquisa cumpriu as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o protocolo 01/07.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item apresenta-se as concepções de promoção da saúde dos profissionais, bem como reflete-se sobre as implicações da assunção dessas concepções para a dinâmica proposta para a ESF. Esses dados são apenas parte da pesquisa realizada.

No que diz respeito à compreensão de “promoção da saúde”, dos vinte e oito profissionais entrevistados e dos quarenta e um que responderam o questionário, sessenta e nove no total, quarenta e oito (vinte e seis de nível superior e vinte e dois ACSs) a entendiam como “prevenção de doenças”. Neste caso, defendiam que era preciso “informar” e “orientar” para que as pessoas, individualmente, e a comunidade, pudessem “se prevenir” e cuidar da sua saúde, sendo os serviços de saúde os responsáveis por esse trabalho de veiculação da informação. Estas três palavras entre aspas constituem-se em termos-chave que sintetizam a compreensão da maioria dos entrevistados. As falas abaixo são ilustrativas neste sentido:

“Bom, levar pra comunidade informações de como se prevenir. Que saúde não é só ta doente e procurar o centro de saúde. Ta com saúde é não ficar doente pra que não precise depois estar correndo atrás de médico. Palestras, informações, panfletos, tudo que engloba a prevenção da saúde.” (M1E2ACS)

“Entendo que sejam os fatores... você trabalhar em cima dos fatores que vão prevenir que a pessoa desenvolva doenças.” (M1E3M)

“Promoção é orientar o paciente a se prevenir, a não pegar a doença, como ele se cuidar, orientando de maneira correta, como ele deve se prevenir, por exemplo, diabetes, como vai prevenir pra não pegar uma diabetes, pressão alta, como vai tomar os cuidados pra que ela não venha a subir: tomando medicação, fazendo dieta, não comendo gordura, não comendo sal... enfim, assim por diante.” (M3E2ACS)

“Atuação constante da ESF na sua comunidade de modo a “prevenir” processos de doença. Fazer com que a comunidade entenda as causas (etiologia) de determinadas doenças, atuar nessas causas para que as doenças não se manifestem. Se possível evitar ou impedir determinado fator etiológico de certa doença, a mesma não se manifesta e desta forma promove-se saúde.” (M1QD2)

Cabe destacar que essa compreensão de promoção da saúde como prevenção de doenças foi reforçada quando os participantes da pesquisa foram indagados sobre onde a promoção da saúde acontecia e sobre quais ações de promoção da saúde desenvolviam. As respostas, em sua totalidade, indicavam que a promoção da saúde ocorria em vários espaços sendo os serviços de saúde e as escolas os locais privilegiados, locais esses onde ocorria a maioria das ações de promoção da saúde, restritas, em sua maioria, à organização de grupos cujo objetivo era oferecer conhecimentos para a prevenção de doenças.

Quinze dos profissionais de nível superior compreendiam “promoção da saúde” como algo que ultrapassava a prevenção de doenças e a responsabilidade dos serviços de saúde, sendo que um de modo mais restrito, ou seja, para esses, promoção da saúde era algo que dependia de um conjunto de ações multisetoriais. Essa perspectiva se aproxima bastante do discurso mais atual em torno da promoção da saúde. Isto fica claro nas falas seguintes:

“É, promoção da saúde eu acho que envolve não só o setor saúde. Quando a gente faz a atenção à saúde todo mundo pensa em doença. O centro de saúde é um local pra tratar doença e não pra fazer a proposta da promoção da saúde. Acho que promover saúde envolve, no caso de uma prefeitura, por exemplo, envolve todas as secretarias. Até, esses dias, eu tava fazendo uma... os agentes de saúde estão em formação, né... numa das aulas a gente estava falando sobre isso e eu comecei a contar uma história que na, verdade, era do nosso município, né. Assim, se um prefeito cria uma ciclovia, uma passarela para que as pessoas possam fazer caminhada, estrutura as praças com... plantando árvores, flores e colocando os parques infantis, vocês acham que isso influencia? Perguntei pra elas... pra fazer essa discussão da promoção da saúde... E eu acho que é isso, assim, ter estrutura de lazer, ter acesso aos serviços todos, públicos, ter uma qualidade de vida boa que inclui daí, habitação, renda, educação que foge... eu acho que foge a nós da saúde administrar isso, né, mas eu acho que nós temos uma responsabilidade de fomentar a comunidade, o cidadão a buscar isso. Como profissional de saúde... porque se ele ta bem, se ele se sente bem, como no exemplo da ciclovia, isso vai evitar que as pessoas sejam atropeladas, acidentes com ciclistas, como tinha antes...a falta de iluminação... na avenida XXX ... tu deves conhecer... então, isso melhorou, diminuiu o número de assaltos, estupro, atropelamentos, enfim... eu acho que a promoção da saúde engloba isso, não sei se eu falei...” (M2E1E)

“É o que eu falei agora, né, você dar condições de a pessoa entender como se processa a saúde dela e o que pode ser feito pra melhorar essas condições. Claro, que isso vai depender da pessoa, vai depender do sistema de saúde, vai depender de políticas públicas. A gente tem problemas que podem ser resolvidos aqui dentro e outros que precisam realmente de uma atuação do governo. Mas, é importante

R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

essa conscientização, que as pessoas tenham uma cidadania, a cidadania precisa ser exercida. Então, promover saúde, trabalhar em todas as áreas que a gente pode, pra realmente melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.” (M1E2D)

“Isso aí é bem complexo, né. Eu acho difícil definir, assim. [...]. Eu acho que é mais que a prevenção, mas do que prevenir de ter as doenças, né. É antes disso ainda, é a gente deixar as pessoas saudáveis e deixar, e tentar fazer com que elas fiquem mais saudáveis ainda. Isso envolve muitas coisas, mas... eu acho que envolve tudo, assim, promoção da saúde, desde uma cidade saudável, né, até as ações individuais, coletivas. Eu acho difícil definir assim, numa frase, promoção da saúde, porque é uma coisa bem ampla, que envolve não só o setor saúde. É uma coisa intersetorial mesmo.” (M1E2M)

“Promover a saúde é buscar formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas.” (M2QE1)

“Promoção da saúde são ações executadas com a intenção de aumentar o nível de saúde do indivíduo ou comunidade, por meio de atividades de lazer, moradia, alimentação, orientações. Porém, essas ações são pouco realizadas e desconhecidas pelos profissionais e usuários.” (M2QE3)

Um desses seis profissionais não enfatizou a multisetorialidade quando respondeu esta questão, mas deixou claro que compreendia a promoção da saúde como resultado dessa multisetorialidade quando falou dos espaços onde a promoção da saúde acontece.

“Promoção da Saúde? É um trabalho em relação à saúde como um todo, mas não só à saúde como o antônimo de doença, é trabalhar toda a condição de bem-estar, toda a condição de... de saúde mesmo, não só a saúde física, mas saúde mental, a saúde social, a saúde... como um todo, né. [...]. A partir de coisas que [...] estão ligadas com a saúde física do indivíduo, mas através de coisas ambientais, de fatores ambientais, fatores sociais, fatores de lazer, fatores de alimentação...” (M1E1M)

Seis dos quarenta e oito profissionais que identificaram “promoção” com “prevenção” ampliaram um pouco mais sua compreensão indicando o conceito de saúde como “bem-estar físico, social e psicológico”, o que, de certa forma, implica na necessidade de uma estrutura mais ampla, para além dos serviços de saúde, ou respondendo à questão de forma genérica, não especificando exatamente ações de promoção da saúde, mas também não restringindo à prevenção. Nestes dois casos, os profissionais de saúde foram indicados como cuidadores e não apenas curadores. Porém, esta compreensão de “promoção da saúde”, apesar de ir além das atitudes individuais, ainda aparece vinculada diretamente aos serviços de saúde.

“Eu acho bem feliz aquela definição da OMS e eu procuro entender e trabalhar de acordo com ela, que é ser um agente de facilitação dos processos de saúde, de um entendimento da saúde no seu sentido mais amplo, sendo bem-estar físico, psíquico, emocional e social. Eu vejo muito a promoção da saúde como agir no aspecto de uma cuidadora, não só de uma curadora. De cuidar para que a saúde possa acontecer nesse sentido mais amplo, de a gente poder promover seres humanos mais realizados, felizes, conscientes do próprio corpo, da sua ação social.” (M2E1M)

“É poder proporcionar aos pacientes uma atenção básica com relação ao bem estar físico, mental e social, podendo assim, proporcionar um atendimento de qualidade.” (M2QTE1)

Chama a atenção nestas entrevistas e questionários a quase ausência de menção aos desafios da construção da participação popular na gestão dos SUS, diretamente relacionada ao empoderamento comunitário (CARVALHO, 2004) individual e coletivo nos seus aspectos políticos especificamente atrelados ao provimento do cuidado em saúde, um desafio da promoção da saúde. Idéias ou atividades relacionadas ao estímulo à organização popular e comunitária e à participação nos possíveis conselhos locais ou municipais de saúde, já regradados e legitimados juridicamente pela Lei 8142/90 (BRASIL, 1990), virtualmente não foram consideradas, a não ser pelos poucos profissionais que os mencionaram genericamente quando do discurso teórico sobre sua compreensão da promoção da saúde. Além disso, questões gerais dos determinantes sociais e econômicos do processo saúde-doença-atenção, se foram mencionados teoricamente por alguns poucos profissionais, estavam ausentes nas repostas sobre a prática, mesmo enquanto projeto ou percepção de sua falta ou de sua necessidade. Essas constatações demonstram que a assunção das orientações técnicas propostas pelo próprio Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a e 2006b) e defendidas por inúmeros estudiosos da promoção da saúde, citados neste artigo, ainda é incipiente no que tange ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, visto que a própria concepção ainda é confundida com prevenção de doença, ou seja, ainda não permitiu ultrapassar o modelo biomédico, apesar dos avanços (VERDI, 2002, MASCARENHAS, 2005, CARVALHO, 2005, GÉRVAS, PÉREZ-FERNÁNDES, 2005, NORMAN, TESSER, 2009).

As concepções de promoção da saúde dos profissionais que participaram da pesquisa, ao identificarem-se, em grande parte, como prevenção de doença, reforçam a noção de responsabilidade individual no que tange ao processo saúde-doença, pois centram-se no comportamento e estilo de vida individual. Neste caso, encaixam-se no primeiro grupo de concepções de promoção da saúde apresentado por Sutherland e Fulton (1992). É necessário, portanto, que se ultrapasse essa concepção de PS para que se avance na prática, atuando sobre determinantes sócio-políticos-econômicos mais amplos, como sugerem Ferreira e Buss (2002).

6 CONCLUSÕES

Os profissionais da ESF mostraram um entendimento relativamente comum sobre a promoção da saúde, embora com uma razoável variação entre eles. Em termos gerais, há uma identificação da promoção da saúde com a prevenção de doenças e com atividades de orientações individuais, mais ou menos contextualizadas, realizadas individualmente e em R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

grupos ou palestras, e identificada fortemente com educação dos usuários e pacientes em termos de suas condutas individuais e hábitos de vida.

Há quase uma unanimidade entre os profissionais em considerar a promoção de saúde como relacionada a uma atividade eminentemente de cunho individual e, por vezes, familiar. A visão da promoção como orientação individual aos usuários foi claramente expressa pelos profissionais.

Dentro dessa concepção que mistura, quase indistintamente, promoção, prevenção e educação em saúde de cunho eminentemente individual, verificou-se variações entre os entrevistados quanto ao grau de integralidade, contextualidade e caráter na abordagem dos indivíduos, desde uma visão unidirecional de transmissão de conhecimento e orientação de condutas, chegando até a uma abordagem mais ampliada de contextualizar os usuários em seu meio familiar, social, cultural e comunitário, etc.

CONCEPTION OF HEALTH PROMOTION PERMEATING THE SET OF IDEAS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY (FHS) PROFESSIONALS OF THE GREAT FLORIANÓPOLIS

ABSTRACT

This article aims at presenting the conception of health promotion of Family Health Strategy (FHS) professionals of three cities of the Great Florianópolis. The results presented are part of an exploratory research, qualitative, developed in the period between 2007 and 2009, which investigated whether and how the groups of Family Health carried out analyses of social and health conditions of the communities where they worked, and whether this fact brought about local actions and public policies of health promotion and permanent education. It could be concluded that many of the professionals still had the conception of health promotion as prevention of diseases, which constituted a limit for the promotion.

Keywords: Family Health; Primary Attention to Health; Health Promotion.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142/90, de 28 de novembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

_____. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo da atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15198292003000100013&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 20 abr. 2007.

_____. **Política nacional de promoção da saúde**. 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, ago. 2004.

_____. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L. et al (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 2002.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 205-218, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção da saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MASCARENHAS, C. V. **Promoção da saúde**: representações sociais de acadêmicos dos cursos de graduação na área da saúde. 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-9, 2009.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalizações. **Interface – comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003.

SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. Health promotion. In: SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M. J. (Org.). **Health Care in Canada**. Ottawa: CPHA, 1992.

VERDI, M. **Da haussmannização às cidades saudáveis**: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início do século XX. 2002. 216f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.