



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

A Promoção da Saúde e a superação do instituído: caminhos para a aproximação com o
Cuidado

Rio de Janeiro

2019

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

A Promoção da Saúde e a superação do instituído: caminhos para a aproximação com o
Cuidado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Simone Cynamon Cohen
Coorientador: Dr. Marco Akerman

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C331p Carvalho, Fabio Fortunato Brasil de.
A promoção da saúde e a superação do instituído:
caminhos para a aproximação com o cuidado / Fabio
Fortunato Brasil de Carvalho. -- 2019.
173 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Simone Cynamon Cohen.
Coorientador: Marco Akerman.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2019.

1. Saúde Pública. 2. Atenção à Saúde. 3. Atenção Primária
à Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Prevenção de Doenças.
6. Colaboração Intersetorial. I. Título.

CDD – 23.ed. – 613

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

A Promoção da Saúde e a superação do instituído: caminhos para a aproximação com o
Cuidado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em 03 de abril de 2019

Banca Examinadora

Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

Ensp/Fiocruz

Dra. Kênia Lara da Silva

ENF/UFMG

Dra. Patrícia Constante Jaime

FSP/USP

Dra. Mônica de Assis

INCA/MS

Dr. Marco Akerman (Coorientador)

FSP/USP

Dra. Simone Cynamon Cohen (Orientador)

Ensp/Fiocruz

Rio de Janeiro

2019

Dedico tudo, absolutamente tudo que conquistar à minha amada filha, minha Lulú, é tudo por ti!

Alma limpa leve com o vento,
Vai flutuar na paz desse momento,
Traz mais vida ao coração.
Quero aproveitar cada segundo
Cada dia mergulhar mais fundo

...

Que por você eu sou capaz de tudo
Linda. Bem-vinda!
Eu vou fazer por merecer
Que a nossa história vai continuar assim, tão
Linda a vida sorriu quando você chegou
Bem-vinda o mundo se abriu quando você entrou
Eu vou fazer por merecer
que a nossa história vai continuar

Jeito Moleque, 2012

E à minha mãe, Vovó Kitina:

Mãe a vida me forçou a aprender
Tudo aquilo que eu ouvia de você
Mas entre os problemas
Acho que ainda sei sorrir

...

A gente nasce, cresce, casa e sonha em
Ser feliz por isso eu fui buscar no
Mundo tudo o que eu quis
Todas as vezes minha mãe
Que alguém me disse não
Você disse sim pro meu coração

Jorge e Mateus, 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores, Profa. Simone que me ajudou durante toda a caminhada, em especial quando fui para Brasília e foi necessário organizar a realização das disciplinas para obtenção de créditos, foi cansativo, mas fez a dedicação e a vontade aumentarem. Eu disse que não desistiria, e ela sempre topava o que eu propunha, acho que deu certo. Gratidão por acreditar em mim.

Prof. Marco, desde a revisão da PNPS, em 2014, com inúmeros diálogos e com a presença e apoio durante o período em que eu estava passando pelo meu maior desafio profissional, lembro das suas palavras naquele evento da OPAS, para pensar o futuro da Atenção Básica no Brasil: “eu vim por vocês”!

Aos/ Às colegas do DAB, tenho uma imagem na cabeça que jamais esquecerei, saindo de lá às 0h depois de mais de 15 horas de trabalho e comigo as pessoas mais encantadoras e guerreiras com quem já trabalhei.

Aos/ Às colegas da Alimentação, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer, fui maravilhosamente acolhido, me reencontrei com meu núcleo profissional e adoro aprender e pensar a alimentação e nutrição. Lembro de pensar muito se eu me encaixaria no trabalho com uma condição específica de saúde, mas o trabalho coletivo que fazemos me enche de disposição e alegria.

Ao GT de Promoção da Saúde da Abrasco, fazer parte já é uma grande conquista, compartilhar reflexões e dúvidas, defender posições e encontrar o debate solidário e fraterno que me estimulou a chegar até o fim desta pesquisa.

À Renata, do nosso jeito super maduro, a gente vai construindo nosso futuro. Rs

Aos / às colegas das duas turmas de Doutorado, trocamos muitas ideias ao longo do caminho, me fizeram pensar e questionar se e como fechar esta tese.

À Debora Vasconcelos, pela cuidadosa revisão.

À CAPES, que por meio do recurso Proex permitiu a realização de uma das etapas da pesquisa.

é raro alguma coisa ser totalmente ruim. Sempre se encontram bolsões de luz, por menores que sejam, em períodos de escuridão. Vários que ficamos, [...] e vivemos as dificuldades, por opção ou à força, descobrimos, ironicamente, que foi nessa época que nos encontramos, que achamos nossa voz.
MAHAMA, 2014, p.15

RESUMO

Questionar ‘o que é’ a Promoção da Saúde (PS) é relevante para buscar avançar na sua compreensão e, principalmente, na sua operacionalização. Algumas reflexões sobre o campo da PS ainda persistem, apesar das inúmeras publicações sobre o tema, tornando possível que tais questões ainda sejam exploradas e sendo necessário fornecer elementos para que ela seja efetivada no cotidiano. Ainda restrita da PS, até mesmo de pesquisadores(as) da Saúde Coletiva e buscou-se avançar em reflexões sobre a PS por meio da análise temática das contribuições de trabalhadores(as) e gestores(as) da AB e de especialistas, a partir das seguintes categorias: a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças; a dimensão da Atenção à Saúde referente ao Cuidado na Promoção da Saúde; a mudança comportamental e a construção de modos de vida saudável; o papel do setor saúde na Promoção da Saúde; a abordagem individual; e os princípios da Promoção da Saúde, como a Intersetorialidade e outros. Como forma de exemplificar algumas querelas conceituais sobre as quais esta tese se debruçou, destacam-se que algumas interpretações das distinções entre PS e prevenção de doenças são tão estanques e que, ao tomar-se partido pela PS, seria possível afirmar que prevenir doenças é quase indesejável. Há, ainda, a ‘armadilha’ conceitual e discursiva relacionada à vertente crítica da PS, que afirma que uma ação de saúde, a priori, não seria PS porque está voltada à modificação de fatores de risco. Como principais achados da pesquisa, afirma-se que a dimensão da atenção à saúde é essencial para a construção teórico-prática da PS, compreendida como uma forma de produzir saúde que não pode prescindir da Atenção à Saúde, assim como não pode se restringir a ela. E que a PS, não está apenas nos fins, mas principalmente nos meios, na forma como as ações de saúde são planejadas e executadas, com a presença de alguns elementos que são os seus princípios.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde Promoção da Saúde

ABSTRACT

Questioning 'what is' the Health Promotion is relevant to seek to advance their understanding and, especially, its operationalization. Some reflections on the field of Health Promotion still persist, despite the numerous publications on the subject, making it possible for such issues to be explored, and it is necessary to provide elements for it to be carried out in the daily routine. In the process of constructing the research and the thesis it was evident a still restricted view of Health Promotion by managers and workers of Primary Health Care and even researchers of Collective Health. Through the thematic analysis of the contributions of workers and managers of Primary Health Care, who filled out an electronic form, and specialists who answered the interview, were constructed, analyzed and debated the Health Promotion and prevention of diseases; the Dimension of Health Care: Care in Health Promotion; Behavioral change / building healthy lifestyles; the Role of the Health Sector in Health Promotion; a Individual Approach; and the Principles of Health Promotion: Intersectoriality of others. As a way to exemplify some of the conceptual quarrels on which this thesis has focused, it is pointed out that some interpretations of the distinctions between Health Promotion and disease prevention are so watertight that, by taking advantage of the Promotion, they would affirm that preventing diseases is almost undesirable. And the conceptual and discursive 'trap' related to the critical aspect of Health Promotion, when affirming a priori that a health action would not be a Promotion because it is focused on the modification of risk factors, considering a binary pair with the conservative side, or is one or another, simplifying naturally complex questions. As the main findings of the research, it is stated that the dimension of health care is essential for the theoretical-practical construction of Health Promotion, as a way of producing health that can not do without health care, and can not be restricted to she. With the necessary proviso there is no defense that health care is essential or a kind of conditional marker of Health Promotion, but rather that it is also a component of Health Promotion, which is not recognized. And that the Health Promotion is not only in the ends, but mainly in the means, in the way the health actions are planned and executed, with the presence of some elements that are the principles.

Keywords: Public Health; Health Care (Public Health); Primary Health Care; Health Promotion

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma: Percurso metodológico	61
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Temas: Princípios da PS	63
Tabela 2 – Temas: Aproximação com a prevenção de doenças	80
Tabela 3 – Temas: O papel do setor Saúde	99
Tabela 4 – Temas: A dimensão da Atenção à Saúde	111
Tabela 5 – Análise do instrumento da AE do PMAQ a partir da PNPS	125
Tabela 6 – Temas: Mudança comportamental / construção de modos de vida saudável	132
Tabela 7 – Temas: Abordagem individual	142

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AC - Análise de Conteúdo

AT - Análise Temática

Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AB - Atenção Básica

AE - Avaliação Externa

AF - Atividade Física

BDTD/Ibict - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

Capes/MEC –Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

Cosems - Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DF - Distrito Federal

eABs - Equipes de Atenção Básica

Ensp - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

EUA - Estados Unidos da América

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF - equipes de Saúde da Família

ExpMun - Experiências Municipais

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

GTPSDS - Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável

HAS - Hipertensão arterial Sistêmica

INCA - Instituto Nacional de Câncer

ISTs - Infecções sexualmente transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

Nasf - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
PC - Práticas corporais
PICs - Práticas Integrativas e Complementares
PSE - Programa Saúde na Escola
PEC - Projeto de Emenda à Constituição
PS - Promoção da Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
RJ – Rio de Janeiro
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VS - Vigilância em Saúde
Vigitel – Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
UBS - Unidade Básica de Saúde
UA - unidades de análise

SUMÁRIO

Introdução	16
Aprendizados e Motivações	16
Relevância	18
Objetivos	24
Capítulo 1 - Marco teórico	25
A Promoção da Saúde: resgate histórico e conceitual	25
A Promoção da Saúde na Atenção Básica	35
A Pesquisa qualitativa e a Promoção da Saúde	40
O Instituído	47
Capítulo 2 - Percorso metodológico	49
Materiais e métodos	50
Técnicas e instrumentos de Pesquisa	50
Processo analítico	55
Capítulo 3 - Repensando conceitos e formas da Promoção da Saúde: princípios, aproximação com a prevenção de doenças e o papel do setor saúde	62
Princípios da Promoção da Saúde: Intersetorialidade e outros	62
Aproximação com a prevenção de doenças	77
O papel do setor Saúde	99
Capítulo 4 – Em busca da superação do instituído na Promoção da Saúde: a dimensão da atenção à saúde e o cuidado, a mudança de comportamento e a abordagem individual	106
A dimensão da atenção à saúde	106
Possibilidades de efetivação da dimensão da atenção à saúde por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	122
Mudança comportamental / construção de modos de vida saudável	130
Abordagem individual	141
Capítulo 5 - Considerações finais	147
Referências	155
Anexos	164
A – Formulário FormSUS	165
B – Perfil dos/das respondentes do formulário eletrônico FormSUS	170

Introdução

Aprendizados e Motivações

Início esta tese abordando o que a motivou. Em 2007, por ocasião do curso de especialização em Saúde Pública nesta escola (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz), conheci a Promoção da Saúde (PS) e ela foi, de alguma forma, a resposta para questões surgidas durante a formação em licenciatura plena em Educação Física. Nessa formação, há uma cisão, de forma semelhante ao que ocorre na Saúde Coletiva, entre os conhecimentos oriundos das Ciências Sociais e Humanas, notadamente relacionadas à educação/pedagogia, e os das Ciências Biológicas, relacionadas à prescrição de atividade e exercícios físicos.

Desde então, busquei a reflexão, operacionalização e aprofundamento no que diz respeito à PS, com atuação na educação básica pública, na qual utilizei os conhecimentos da Saúde Coletiva na formação de estudantes do ensino fundamental, entre outras teorias e práticas. O mesmo se deu no Ministério da Saúde (MS), na gestão da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais recentemente, na área de alimentação, nutrição, atividade física e prevenção do câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Na pós-graduação *stricto sensu* no âmbito do mestrado, entre 2010 e 2012, pesquisei a PS na escola. Naquele momento, estava imerso na realidade escolar como docente e utilizei os referenciais da PS para compreender como a Saúde entrava na escola (CARVALHO, 2012; CARVALHO, 2015). Posteriormente, durante os múltiplos movimentos de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2013 e 2014, participei como técnico do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS de muitos debates que levantaram diferentes interpretações sobre a PS dentro das áreas envolvidas no MS. Esses debates se deram, principalmente, com as áreas técnicas da AB e da Vigilância em Saúde (VS), assim como com o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (GTPSDS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

A partir de então, senti a necessidade de aprofundar alguns temas da PS, em sua vertente crítica, ao cotejar as distintas compreensões de PS com as apresentadas por sujeitos que também transitaram pela gestão, serviços ou Academia e que expunham compreensões que aparentemente estavam ‘cristalizadas’. O aprofundamento deste ponto se dará ao longo desta tese.

Para Minayo (2008), as investigações sociais estão relacionadas a interesses e

circunstâncias socialmente articuladas, com as pesquisas nascendo de determinado tipo de inserção no real e dele surgindo razões e objetivos. A autora ainda complementa afirmando que toda ciência passa pela subjetividade e por interesses diversos, assim, no processo de produção do conhecimento veiculam interesses e visões de mundo historicamente construídos. E na ocasião da realização do mestrado, já havia o entendimento de que os fenômenos empíricos são apreendidos através de visões de mundo particulares baseadas, em grande parte, em experiências prévias.

Dessa forma, as perguntas desta pesquisa partem desse envolvimento com a temática da PS, sendo relevante tal contextualização para contribuir na compreensão dos caminhos trilhados que culminaram nesta tese de doutoramento. Contudo, conforme apontam Souza Júnior, Melo e Santiago (2010), uma questão percebida na experiência prática, inclusive pessoal, pode se configurar num problema de investigação, mas não pode se confundir com esta, pois precisa amadurecer e enfrentar delimitações e recortes.

Inicialmente, esta pesquisa estava focada exclusivamente na AB, em especial por minha inserção institucional na época de delineamento. Porém, em seu decorrer, confirmou-se a hipótese de que a PS extrapolava esse âmbito de produção de saúde e, em conjunto com a mudança de minha inserção institucional, optei por discutir a PS de forma mais ampla. Destaca-se que tanto a divulgação dos questionários e conseqüentemente as respostas foram realizadas por trabalhadores(as) e gestores(as) da AB, quanto os(as) participantes da entrevista sabiam do foco supracitado, assim é possível afirmar que a pesquisa trouxe muito da PS na AB do SUS pelo Brasil.

Durante os quatro anos de duração do doutorado, alguns acontecimentos, na esfera pessoal e profissional, se entrelaçaram no processo de construção da pesquisa e desta tese. A mudança para Brasília (DF) logo no período inicial, as vindas semanais ao Rio de Janeiro (RJ) para cumprimento dos créditos necessários e o afastamento do convívio diário com minha filha, que não cabe aqui maiores informações, mas que ocasionou o retorno ao Rio de Janeiro. Houve ainda a ruptura institucional causada pelo *impeachment* da Presidenta Dilma Roussef, evento que acabou por me oportunizar uma distinta inserção institucional como coordenador em um momento extremamente conturbado que culminou com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Era a tentativa de um determinado grupo de servidores(as) e trabalhadores(as) de defender a continuidade um projeto de AB em um contexto de mudanças de prioridades e na correlação de forças na gestão do SUS. Sobre a revisão da PNAB, sugere-se a leitura de Almeida et al. (2018). Enfim, um período de muitas experiências e algumas

mudanças vividas nesse caminho.

É, portanto, uma conquista importante concluir esta etapa em tempos de Terra plana, Jesus na goiabeira, mestrado bíblico, movimento antivacina, ataques às universidades e instituições de ensino por uma suposta preferência política-ideológica, que estas são para uma elite intelectual, entre outros, ou seja, na qual ‘fazer’ Ciência no Brasil encontra grande desvalorização. Dessa forma, tal conquista não ficará apenas no âmbito pessoal, ela amplia o compromisso com o SUS, com a coisa pública e, principalmente, com a defesa da democracia.

Relevância

Questionar ‘o que é’ a PS é relevante para buscar avançar na sua compreensão e, principalmente, sua operacionalização, caminhos que estão sendo trilhados nesta tese. Ao compartilhar algumas reflexões sobre o campo da PS que ainda persistem, apesar das inúmeras publicações sobre o tema, tornando possível que tais questões ainda sejam exploradas, buscou-se fornecer elementos para que ela seja operacionalizada no cotidiano dos serviços de saúde, em especial da AB.

Para Fernandez et al. (2008), a PS poderia ser identificada a partir de diversas áreas de conhecimento e de práticas como educação, urbanismo, gestão ambiental e pesquisa social, em especial com outras denominações sobre ações de PS. Entretanto, os autores, assim como esta tese, situam-na no campo de conhecimento da Saúde Coletiva.

Já em 2005, Verdi e Caponi afirmavam que a produção acadêmica acerca da PS mostrava a diversidade de interpretações, revelando fertilidade no mundo da construção das ideias, contudo existindo fragilidade na realidade das práticas de saúde. Para Fernandez et al. (2008), tal multiplicidade interpretativa poderia ser explicada pela ‘juventude’ da PS, além do contexto no qual ela experimenta seu desenvolvimento, que é caracterizado por um período de transformações sociais, econômicas, políticas e culturais. Mais de 10 anos dessa afirmativa, na perspectiva do tempo histórico, ainda é possível afirmar uma certa ‘juventude’ da PS, mas também é possível e desejável questioná-la para avançar conceitualmente e, conseqüentemente, em sua aplicação prática.

A partir da PNPS, no contexto brasileiro, a PS pode ser definida como

um conjunto de estratégias e formas de **produzir saúde, no âmbito individual** e coletivo, caracterizando-se pela **articulação e cooperação intra** e **intersetorial**, pela formação da **Rede de Atenção à Saúde (RAS)**, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014a, art. 2º). (Grifo nosso)

Tal conceito foi cunhado, em 2014, após quase 30 anos de acúmulo de práticas, pesquisas e

reflexões sobre o tema e considerando a publicação da Carta de Ottawa em 1986 como o marco para o surgimento do conceito moderno de PS. Contudo, ainda há alguns imbróglis na sua construção teórico-prática, em especial, na sua aparente contradição com a prevenção de doenças. Aparente porque, como buscar-se-á desvelar, acredita-se ser possível a complementaridade entre ambas em determinadas situações e contextos.

Franco de Sá, Nogueira e Guerra (2018) desenvolvem raciocínio nesse mesmo sentido. Ao abordarem a questão temporal, afirmando que mais de 30 anos se passaram desde a criação do SUS com seu foco na AB e da publicação da Carta de Ottawa, as autoras destacam que avanços conceituais e teóricos do SUS e da PS ainda não estão totalmente implementados nas suas práticas, com a PS ainda enfrentando dificuldades para estabelecer práticas que superem o foco preventivo com base no risco epidemiológico e na culpabilização individual.

A literatura da Saúde Coletiva apresenta duas vertentes da PS, que serão discutidas posteriormente, sendo suas denominações mais comuns ‘crítica’ e ‘conservadora’. Com isso, são enunciadas características contrastantes e uma determinada ação ou prática geralmente pode ser classificada em uma ou outra vertente. Há ainda a cristalização, na literatura, de alguns temas que são classificados aprioristicamente como relacionados à PS, independentemente da forma como são planejados e operacionalizados.

No Brasil, esses temas são àqueles que foram incluídos como ações específicas na primeira versão da PNPS: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006). Alguns desses temas foram mantidos na versão da PNPS de 2014 (BRASIL, 2014a).

Considera-se que, após se passarem mais de 30 anos da constituição da PS como ideário e da VIII Conferência Nacional de Saúde que fomentou os princípios do SUS, torna-se propícia a relativização da diferenciação com o conceito de prevenção de doenças. Outro ponto a ser tratado é a possibilidade das ações e programas de PS contribuírem para prevenir doenças a partir da compreensão de que a PS é mais ampla e complexa do que a prevenção. Além disso, será abordada de forma crítica, em relação à PS, seus princípios, o papel do setor Saúde e temas que geralmente recebem interpretações cristalizadas e não seriam, a priori, PS, como a dimensão da Atenção à Saúde, a mudança de comportamento e a abordagem individual, no que está sendo denominado de instituído na vertente crítica da PS, no contexto desta tese.

Assim, recebe destaque nesta tese, baseando-se no conceito de PS apresentado e nos

trechos grifados nele (p. 18), a saúde como produção e a necessária e importante cooperação intrassetorial, além da formação da RAS, elementos que permitem inferir que há uma dimensão da Atenção à Saúde na PS. Tal dimensão é pouco explorada na literatura devido à possibilidade de negar ou relativizar um de seus princípios mais importantes, a intersectorialidade, entre outros motivos que serão apresentados. No processo de construção desta pesquisa, ficou evidente uma visão ainda restrita da PS por parte de gestores e técnicos municipais, estaduais e federais, assim como de trabalhadores da AB e até mesmo de pesquisadores da Saúde Coletiva, o que se refletiu nos processos de revisão da PNPS e da PNAB.

Em novembro de 2016, em um seminário da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) sobre os desafios da AB brasileira nos próximos 10 anos (OPAS, 2016), foi apresentada uma pirâmide na qual a PS era a base, numa compreensão próxima ao modelo de história natural da doença de Leavell e Clark. Na mesma ocasião, foi falado que a PS é uma tarefa mais do conjunto da sociedade do que dos serviços de saúde, citando a carta de Ottawa, o que também mostra uma visão restrita da PS que a considera apenas em macropolíticas ou ações de outros setores, eximindo a Saúde desse processo. Do mesmo modo, excluindo as possibilidades interpretativas sobre a PS acumuladas em 30 anos pós-Ottawa, com destaque para o Brasil nessas análises, como na categorização, em uma determinada pesquisa, sobre como o tempo dos trabalhadores da AB é dividido na rotina de trabalho, que separou consulta de atividades de PS. Ou seja, nessa visão, não seria possível fazer PS em consultas, remetendo a uma ideia de que ela seria sinônimo de atividade coletiva e/ou de educação em saúde, entre outras possibilidades.

Destaca-se que, nesse mesmo seminário, foi apresentada uma aproximação entre a PS e a produção do cuidado. Defendeu-se a necessidade contemporânea de que a prática clínica se abra um pouco mais para práticas promocionais, a partir da afirmação de que a Clínica e a PS não estão em oposição, tratando-se de um falso dilema, por meio do resgate das possibilidades para tal aproximação na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Carta de Ottawa.

As situações acima expostas evidenciam, muito resumidamente, as disputas de sentidos nas quais essa tese se debruçou, dentre outras coisas, ao questionar o que seria a PS a partir do enfoque em alguns temas relacionados. Sobre as disputas, sugere-se pensar, de forma fictícia, em dois grupos que buscam um serviço de saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS), para iniciar o processo de cuidado.

O grupo A faz uma variada gama de atividades ofertadas, sejam as práticas corporais e atividades físicas, alimentação adequada e saudável, oficinas de geração de emprego e renda,

entre outros. Com a participação nessas atividades, há a diminuição de marcadores biológicos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de risco e/ou aumento da renda. Essas questões, que remetem tanto ao componente biológico da saúde quanto à ampliação de sua compreensão a partir da ideia de que o aumento de renda são alguns dos fatores que permitem o grupo alcançar melhores condições de vida. Porém, este grupo não atua na ‘vida coletiva’ do território e, após a participação nas atividades, os integrantes retornam às vidas pessoais e individuais.

Já o grupo B não participa dessas mesmas atividades ofertadas, mas se organizou através e com o serviço de saúde, foi empoderado individual e coletivamente, fundou um colegiado local nessa UBS, buscou articulação com outros atores e espaços representativos do território, caracterizando um movimento de fortalecimento da participação social. Porém, sua condição de saúde não foi alterada a partir do cuidado ofertado na UBS.

Esses exemplos deixam de abordar diversos outros elementos constituintes da vida real, mas acredita-se que atendem a finalidade desejada como ilustração. Qual desses grupos poderia ser classificado em uma ação de PS? Para o que está posto na literatura, ambos, mas são situações com diferenças marcantes. O grupo A estaria mais próximo da vertente conservadora da PS, já o grupo B, da vertente crítica. Mas, de nossa perspectiva, falta algo em ambas as situações. Aqui cabe uma ressalva importante em relação à vertente crítica da PS, a qual criou algumas situações qualitativamente desejáveis para que uma ação ou programa possa ser considerada como PS, excluindo muitas outras possibilidades.

Já em 2008, Fernandez et al. destacavam que a discussão conceitual sobre a PS ainda estava em aberto sob diferentes perspectivas e que, ao fim do período de vinte anos de desenvolvimento da PS pós-Ottawa, permanecia uma multiplicidade de concepções. Nessa multiplicidade, a PS poderia significar uma promessa de mudança, por um lado, ou nada de novo, por outro, transitando desde processos educativos, produção e difusão da ‘melhor’ e mais ‘clara’ informação, empoderamento de indivíduos e comunidades, participação popular e a conquista da autonomia dos atores sociais, entre outros.

Na perspectiva desta tese, em complemento ao apresentado por Fernandez et al (2018), problematizar a PS através da análise crítica de alguns temas torna-se importante para avançar na construção teórico-conceitual e dar elementos para a prática no SUS. Já são mais de 10 anos da primeira versão da PNPS brasileira, que foi lançada em 2006, e 30 anos da Carta de Ottawa e da VIII Conferência Nacional de Saúde, ambas de 1986.

Ainda que para Malta et al. (2016) a PS já esteja contida tanto na Constituição Federal

de 1988 quanto na Lei Orgânica da Saúde, entende-se que não se intencionou incluí-la como um conceito, ideário e, conseqüentemente, prática, mesmo com as múltiplas possibilidades de compreensões e até mesmo contradições conforme apresentar-se-á. Tal multiplicidade referida remete às formas diversas de interpretações e sentidos sobre a PS, ou ainda Promoção de / à Saúde.

Cabe aí, além do conceito formulado em Ottawa em 1986 e todo o acúmulo realizado no Brasil nos últimos 30 anos, uma expressão que busca tornar aceitável e desejável todo e qualquer tema relacionado à saúde (CARVALHO, 2012). Uma espécie de ‘salvo-conduto’, ou seja, uma forma de incluir o tema dentro de uma esfera qualitativamente positiva na saúde, uma salvaguarda. Beato, Van Stralen e Passos (2011) afirmavam que em alguns casos a PS, como termo ou expressão, é empregada para assegurar um discurso politicamente correto.

A PS é discutida no SUS a partir de múltiplas concepções (CARVALHO, 2009; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010; MACHADO et al., 2016) e é defendida como estratégia conceitual e prática para a mudança no modelo de organização dos serviços de saúde. Assim como está presente na formação e qualificação profissional e nos processos de trabalho em saúde. Logo, além de campo de formulações teóricas, é, sobretudo, um espaço de manifestações práticas na realidade social (VERDI; CAPONI, 2005).

Para Malta et al. (2016), o campo da PS está em processo de construção e ainda há um grande caminho a percorrer, mas já há passos efetivos para a sua institucionalização e fortalecimento. Kessler et al. (2018) afirmam que são necessárias pesquisas que avaliem a efetividade e o impacto das ações de PS na população. Ainda que nesta tese não se busque tais avaliações, contribuir para delimitar o que é a PS permitirá que elas ocorram com menor amplitude interpretativa sobre conceitos e práticas.

A fala do atual ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, em reunião com os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) em janeiro de 2019, evidencia a contemporaneidade do tema. Ele afirmou que irá fortalecer e ampliar a AB e as ações de PS e prevenção das doenças (CONASS, 2019). Qual será a compreensão do atual ministro sobre elas? Para ele, na AB, ‘só’ se faz PS e prevenção de doenças? Não há elementos para avançar em busca de respostas, nem é objetivo da pesquisa, contudo há algo relevante: tanto o ministro quanto o atual Presidente da República, enquanto deputados federais votaram a favor da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241, que estabeleceu teto para gastos públicos nos dois turnos de votação na Câmara dos Deputados.

Tal teto de gastos diminuirá os recursos do SUS e, para Malta et al. (2018), há indicativos

de tempos difíceis para a PS em vista do reformismo em curso e de uma aparente restauração de uma ordem conservadora com forte impacto sobre as políticas públicas, com dificuldades para a implementação do SUS e de políticas como a PNPS. Ao que tudo indica, não haverá reversão do quadro de diminuição de investimentos no SUS, o que invariavelmente atingirá a PS.

Assim, esta pesquisa tem como questões:

- O que caracteriza a Promoção da Saúde nas ações de saúde?
- Há um 'instituído' na Promoção da Saúde? Em caso positivo, o que o define?
- A dimensão da Atenção à Saúde é reconhecida na Promoção da Saúde? Em caso positivo, como operacionalizá-la?

A partir delas, mais elementos são trazidos por meio da participação de gestores(as), trabalhadores(as) da AB e de especialistas sobre o tema para contribuir com o campo da PS, mas ainda sem a pretensão de esgotar ao uniformizar em apenas uma as compreensões possíveis sobre a PS. O que se espera é avançar na demarcação sobre qual PS está se defendendo ao nomeá-la e/ou utilizá-la como tema, descritor de pesquisa e práticas.

Assim, a inovação que esta tese enseja são as interpretações apresentadas, através de pesquisa de campo com trabalhadores(as) e gestores(as) da AB e de especialistas em PS, que problematizem as interpretações hegemônicas da PS, quase 'dogmas', que não são comumente debatidos na literatura da Saúde Coletiva, mantendo o instituído sem questionamentos. Na vertente crítica da PS, essas interpretações são o que afastam ou não permitem abordar as mudanças comportamentais, abordagens individuais, a dimensão da Atenção à Saúde, entre outras. A tese localiza-se no espaço do conhecimento nas lacunas encontradas nesta literatura que aparentemente cristalizou alguns temas relacionados à PS.

Objetivos

- **Geral**

Refletir criticamente a Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde.

- **Específicos**

Apresentar e problematizar o instituído na Promoção da Saúde;

Apresentar e problematizar a dimensão da Atenção à Saúde na Promoção da Saúde;

Capítulo 1

Marco teórico

A Promoção da Saúde: resgate histórico e conceitual

Um resgate histórico contribui para a compreensão da Promoção da Saúde (PS). Algumas práticas, que posteriormente poderiam ser denominadas como tal, são datadas do século XIX e advindas do ideário da medicina social. Sanitaristas como Villermé, na França, Newmann e Virchow, na Alemanha, e Chadwick, na Inglaterra, já relacionavam condições de saúde com condições de vida. Contudo, a terminologia – Promoção da Saúde – só surgiu na década de 1920, com Winslow, sendo apresentada, em 1945, por Sigerist, como uma das tarefas essenciais da medicina, e no Modelo da História Natural das doenças de Leavell e Clark em 1958 (SOUZA; GRUNDY, 2004; WESTPHAL, 2006; FERNANDEZ et al, 2008; GURGEL et al., 2011; HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012; BRASIL, 2013a; CINCURÁ, 2014; PETTRES; DA ROS, 2018).

Na década de 1970, destacou-se o Informe Lalonde, que fomentou o questionamento do paradigma biomédico dominante a partir dos resultados de saúde obtidos com a priorização de esforços e investimentos no componente ‘assistência médica’ em detrimento da ‘biologia humana’, do ‘ambiente’ e do ‘estilo de vida’. Esse documento movimentou todo o campo da saúde pública. Na mesma década, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 e realizada em Alma-Ata.

Ainda no final dos anos 1970, ocorreu o profundo questionamento do paradigma biomédico da doença, que era conceituada como um fenômeno biológico individual, a partir de um contexto social marcado pela dificuldade da Medicina na produção de conhecimento que fosse capaz de compreender e explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Já na década de 1980, destaca-se a Carta de Ottawa (VERDI; CAPONI, 2005; FERNANDEZ et al., 2008; MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010; HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012; PINHEIRO et al., 2015; PETTRES; DA ROS, 2018; PENIDO; ROMAGNOLI, 2018; KESSLER et al., 2018), a qual será abordada posteriormente, quando for apresentado o conceito de PS nela definido.

Para Pettres e Da Ros (2018), a partir de 1970 houve uma construção coletiva de ideias e conhecimentos, tanto no cenário internacional quanto no nacional, que foram disseminados

por meio de importantes conferências e relatórios. Para estes autores, a PS é uma forma de sobrepujar o modelo biomédico predominante, definido como biologicista, curativista e hospitalocêntrico, e ampliar o entendimento do processo saúde-doença na lógica da determinação social. Dessa forma, a PS é consequência da compreensão que envolve a concepção de saúde baseada no conceito de determinação social do processo saúde-doença, educação em saúde e epidemiologia crítica na disputa por uma nova hegemonia (PETTRES; DA ROS, 2018).

Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017) apresentaram importantes críticas à noção de determinantes sociais da saúde (DSS), um movimento capitaneado pela OMS. Minowa et al. (2017) também problematizam a distinção entre ‘determinantes’ e ‘determinação’, contudo opta-se por não fazer aprofundada discussão sobre tais críticas, uma vez que demandaria investimento importante de tempo em um objeto distinto da especificidade desta tese, o que levará com que seja respeitada a forma original das referências utilizadas.

Para Penido e Romagnoli (2018), há a ideia da PS como estratégica e complexa e vários autores têm se debruçado sobre tal complexidade, mapeando as forças em jogo que submetem as práticas dos serviços e equipes de saúde ao que se denomina como PS. Segundo Beato, Van Stralen e Passos (2011), a base conceitual da PS vem sendo incorporada a políticas e programas de ministérios da saúde de muitos países, sendo amplamente encontrada em publicações na área da saúde.

De acordo com Silva et al. (2015) e Pettres e Da Ros (2018), a PS é amplamente discutida e influencia na organização do sistema de saúde nas diferentes regiões do mundo para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam o coletivo e seu ambiente. Assim, embora o termo tenha sido usado originalmente para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando e passando a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. Porém, atualmente ainda existem diversas conceituações para a PS (ROCHA; PADILHA, 2016; SOUZA; LOCH, 2017).

Para Minowa et al. (2017), a PS, no Brasil, foi influenciada por propostas internacionais e se deu a partir de convergências com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que constituiu um campo de conhecimento e de práticas denominado como Saúde Coletiva. Este campo teve seu auge na concepção e institucionalização do SUS e o discute até hoje, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Com a proposta do Movimento Sanitário, como também é denominado esse movimento, resgatou-se a conjuntura que relaciona saúde e condições sociais. Com o tema da conferência relacionada à saúde como direito de

todos e dever do Estado, construiu-se um conceito ampliado e positivo de saúde.

A PS é associada ao Movimento Sanitário por ser multidisciplinar e centrada em torno da determinação social do processo saúde-doença (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; VASCONCELLOS-SILVA, 2015; PETTRES; DA ROS, 2018; FRANCO DE SÁ; NOGUEIRA; GUERRA, 2018). Souza e Loch (2017) também apontam aproximações entre o Movimento da RSB, a constituição do SUS e a PS, em especial a visão ampliada de saúde. Assim, resgatando que a constituição do SUS no Brasil é contemporânea à PS em âmbito internacional, é possível encontrar semelhanças no tocante à consideração de que a saúde não está atrelada apenas ao componente biológico, ao adoecer e morrer e à evitação de ambos.

No SUS, a institucionalização da PS remonta 1998/99, quando o Ministério da Saúde, por meio da extinta Secretaria de Políticas de Saúde e em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, formalizou o projeto ‘Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção’. O Ministério da Saúde fez vários esforços que se materializaram no “Documento para Discussão” publicado em 2002 (SILVA et al., 2015; MALTA et al., 2016). Este documento visava à elaboração de uma política nacional de PS com objetivos tais como a construção e disseminação de outro modo de conceber políticas públicas e o incentivo a parcerias fora do setor sanitário, ampliando a discussão dos determinantes e condicionantes sociais da saúde (MALTA et al., 2016).

Sobre este momento, Malta et al. (2016) ressaltam que havia uma série de dificuldades em articular as tensões entre o paradigma biomédico e o da PS, e estes com as diferentes concepções teórico-conceituais do campo promocional. Destacam também, que este era um momento de defesa de princípios, os quais foram adjetivados, pelos autores, de pétreos da PS no SUS: autonomia, equidade, integralidade, intersetorialidade, cogestão no processo de trabalho e participação social.

Em relação à PS, houve grande impulso a partir dos anos 2000, após percorrer um longo caminho de quase 20 anos. Surgiram vários projetos institucionais no âmbito do SUS, que contaram com um fortalecimento importante a partir da publicação da PNPS em 2006, ampliando as possibilidades de atuação da PS na integralidade do cuidado e na determinação social do processo saúde-doença (HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012; SILVA; TAVARES, 2016; MINOWA et al., 2017; MADEIRA et al., 2018).

Malta et al. (2016) complementam este panorama destacando que, em 2006, foram dados passos importantes na institucionalização da PS no SUS através da aprovação da PNPS na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da criação de linha de programação orçamentária

específica para PS no Plano Plurianual e de sua inserção no Plano Nacional de Saúde. De acordo com esses autores, a PNPS veio com o intuito de provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde, trazendo em sua essência a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população.

É importante resgatar que, no mesmo período de institucionalização da PS como política do SUS, foram lançadas outras políticas, programas e ações que tiveram como foco favorecer modos de vida mais saudáveis, com destaque para a alimentação e nutrição, práticas corporais e atividade física e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) (SILVA et al., 2015; FRANCO DE SÁ; NOGUEIRA; GUERRA, 2018). Estes são exemplos de medidas que evidenciam o investimento do SUS na busca por outras formas de produção de saúde, ao menos em âmbito normativo.

No cenário nacional mais recente, segundo Campos et al. (2017), as estratégias de PS ganharam força com a revisão da PNPS em 2014 que, além de outras coisas, fortaleceu a PS como estratégia de promoção do cuidado. Com o mesmo efeito, em 2018, foi ratificado, através da Declaração de Astana na Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, que o fortalecimento da AB é a mais inclusiva, eficaz e eficiente abordagem para melhorar a saúde e bem-estar social das pessoas e que não é possível subestimar a importância crucial da PS e da prevenção de doenças, priorizando-as e tendo como objetivo atender às necessidades de saúde de todas as pessoas ao longo da vida (OMS, 2018).

A PS também pode ser caracterizada, a partir de outra perspectiva de análise, por três momentos históricos: (i) início do século XIX até meados do século XX – concepção higienista; (ii) segunda metade do século XX – enfoque na visão comportamentalista, prevalecendo o foco sobre os estilos e hábitos de vida e a responsabilização individual; (iii) a partir de meados da década de 80 do século XX – concepção socioambientalista, que surge a partir das Conferências Internacionais, tendo a PS como objeto de política pública e pressupondo a corresponsabilidade entre Estado e Sociedade Civil (SILVA et al., 2013). Essas diferentes concepções de PS resistem e coexistem.

É relevante apresentar as três formas de conceituar a PS, cunhadas em momentos históricos e contextos nacionais diferentes: a da Carta de Ottawa; a da atual PNPS, que já foi apresentada, mas que é importante ressaltar aqui; e a do Glossário Temático da PS.

O primeiro conceito foi o construído na 1ª Conferência Internacional de PS realizada em Ottawa no Canadá, que não teve participação de representantes brasileiros e reduzida participação de países periféricos, sendo a maioria de países desenvolvidos (FERREIRA,

2008). Nele, a PS é compreendida como *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* (BRASIL, 2002, p. 19). O segundo conceito é fruto do processo de revisão da PNPS que contou com participação da sociedade, controle social, gestores e especialistas (ROCHA et al., 2014), e define a PS, conforme já trazido anteriormente, como *“um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social”* (BRASIL, 2014a, art. 2º).

Já o terceiro conceito é baseado em um trabalho do Ministério da Saúde que teve aceitação por sua qualidade e clareza ao conceituar termos relacionados à PS, extrapolando o objetivo inicial de padronizar a linguagem institucional. Nessa concepção, a PS é *“uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde”* (BRASIL, 2013c, p. 29).

Mesmo cunhados em momentos e contextos distintos, estes conceitos têm pontos em comum a saúde sendo produzida, ou seja, dinâmica, relacionada ao contexto sócio-histórico; e a PS como um conjunto de estratégias que necessariamente deve ser articulada com outras para produzirem possíveis melhorias nas condições de vida, respondendo às necessidades sociais em saúde. Eles coincidem, ainda, na presença das dimensões individuais e coletiva/comunitária, na participação e controle social e no destaque no setor Saúde para liderar a intersetorialidade, o que não quer dizer que ação da Saúde seja apenas essa.

Assim, a PS pode ser discutida com base na perspectiva ampliada de saúde, privilegiando os princípios da integralidade, do cuidado e da reflexão crítica quanto aos saberes e fazeres em saúde (CAMPOS, 2006). A abrangência do referencial conceitual da PS na compreensão do processo saúde-doença está relacionada aos determinantes sociais e culturais, logo havendo amplitude de estratégias e intervenções (SILVA, 2008). Buss (2003) e Czeresnia (2003) complementam afirmando que a PS trata de um conceito direcionado aos determinantes gerais da saúde, entendendo-a como um produto histórico e social.

Para Netto e Silva (2018), a PS representa uma estratégia de mudança dos modelos tecnoassistenciais, pois, como paradigma, concebe a saúde a partir de uma visão positiva e ampliada, e, como política, implica uma estreita articulação entre Estado e sociedade para a construção de ações que capacitem os indivíduos e grupos a identificar e satisfazer

necessidades. Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2015) afirmam que a mudança paradigmática objetivada pela PS, no contexto brasileiro, tem mobilizado e conduzido a relevantes maneiras de realizar o cuidado em saúde. Para estes autores, as repercussões desse movimento se materializam com uma compreensão diferenciada sobre a saúde, concebida como fenômeno multideterminado, simultaneamente biológico e cultural, individual e coletivo, concreto e subjetivo. Franco de Sá, Nogueira e Guerra (2018) afirmam que o movimento da PS surgiu como uma crítica à medicalização, indo além do conceito de saúde como ausência de doença e incorporando o conceito de determinação aos processos que produzem saúde e doença.

Segundo Norman e Tesser (2015), para uma melhor compreensão da pessoa, não se pode reduzi-la em suas partes, sistemas ou riscos e afirmam que uma visão mais ampla é uma das propostas da PS. Para estes autores, o método científico que é relativamente bem sucedido na biologia humana por ser analítico/reducionista, geralmente com propostas de simplificações mecânico-bioquímica-estatística, auxilia pouco na compreensão da pessoa como um todo. Tanto o conceito de saúde como o de sofrimento extrapolam as fronteiras da biomedicina e a PS surge a partir da busca de ir além destas fronteiras e integrar outros saberes e práticas – o que é feito nesta tese –, destacando não ser possível e nem desejável abandonar a biomedicina, mas procurar outras formas e modos de ação com ela (NORMAN; TESSER, 2015).

Souza e Loch (2017) defendem que as estratégias e programas de PS devem adaptar-se às necessidades e às possibilidades específicas de cada região e ter em conta os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos, associando-se a um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Para Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), a PS se configura como uma estratégia fundamental da Saúde Coletiva no Brasil, com modificações no seu conceito ao longo do tempo, e está associada a um conjunto de valores como a solidariedade, equidade, vida, saúde, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros. Afirmam ainda que se encontra na PS um forte incentivo a uma maior autonomia, tida como categoria central, nas ações dos indivíduos e comunidades para que estes possam exercer uma independência sobre sua saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

As práticas discursivas sobre a PS, para Netto e Silva (2018), entrecruzam noções progressistas e comportamentais devido ao debate conceitual em aberto que admite diferentes perspectivas. Nesse contexto, destacam as autoras, mais importante que demarcar o conceito preciso e imutável, é fundamental reconhecer que a PS requer medidas de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo para sua efetivação.

Contudo, segundo Carvalho, Akerman e Cohen (2017), a PS não invalida a prevenção de doenças, o cuidado e a Atenção à Saúde. Ainda que tal afirmativa seja baseada na defesa de que a PS é mais ampla do que elas, o enfoque é a superação de um pensamento antagônico que caracteriza as discussões na área e impede avanços na prática da PS no cotidiano dos serviços de saúde. Para Netto e Silva (2018), ainda em construção como conceito e prática, a PS carece de uma elaboração suficiente sobre o seu significado, o que justifica sua menção sempre agregada à prevenção de doenças nos discursos.

Para Silva et al. (2015), no Brasil, o SUS estabeleceu a PS como estratégia para atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença ao considerar uma diversidade de ações para preservar e aumentar o potencial de indivíduos e comunidades para a escolha dos modos de viver saudáveis, pautada na integralidade do cuidado, além da construção de políticas favoráveis à vida por meio de articulação intersetorial. Entretanto, de acordo com as autoras, em geral, existe uma adaptação e transposição de ações de prevenção realizadas em nível local para adquirir características da PS sem especificar a diferença entre elas (SILVA et al., 2015).

Madeira et al. (2018) afirmam que a PS avança, principalmente teoricamente, priorizando a construção de políticas públicas e de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis, destacando-se o fortalecimento da ação comunitária, a reorganização dos serviços de saúde com foco na AB e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Já Souza e Loch (2017) trazem como destaque os avanços conceituais e na institucionalização da PS no Brasil.

Para Knuth, Silva e Mielke (2018), na tentativa de superar um modelo de Atenção à Saúde que há poucas décadas apenas se dedicava aos aspectos do cuidado individual, hospitalar, biomédico e medicalizador, a PS inegavelmente ocupa uma posição importante na gestão e nos serviços de saúde. Para eles, a incapacidade dos sistemas de saúde para lidar com o processo saúde-doença a partir do modelo citado, o impacto econômico e social de novas formas de apresentação da morbimortalidade e a busca por operacionalizar um conceito de saúde mais complexo ofereceram condições para que a PS se apresentasse como uma estratégia no campo da saúde.

Madeira et al. (2018) criticam a hegemonia de um modelo cartesiano e biomédico no setor Saúde e os interesses a que se vincula, o que dificulta a efetivação da PS, gerando ambiguidades e até mesmo ideias contraditórias, seja em normativas ou práticas, com efeitos não apenas no plano teórico, mas na materialidade do sistema de saúde brasileiro. Uma efetiva procura de consolidação de propostas da PS depende de mudanças radicais no modo de pensar e fazer saúde e o debate da PS nos coloca diante de reflexões sobre a complexidade da vida, da

saúde e dos modos como a vida transcorre (ROCHA; PADILHA, 2016), o que denota a complexidade relacionada à PS.

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) afirmam ainda ser necessário adotar postura vigilante acerca das diferentes roupagens que a PS pode assumir pois, conforme já apontado, há na literatura duas principais formas ou vertentes de análise e compreensão, uma conservadora e outra crítica (CZERESNIA, 2003; CARVALHO, 2009; PENIDO; ROMAGNOLI, 2018). Para essas vertentes há diferentes denominações tais como visão comportamental e visão voltada para enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença (ROCHA et al., 2014); ou abordagens biomédica, comportamental e socioambiental (WESTPHAL, 2006). As duas primeiras se aproximando da vertente conservadora e a última, da crítica. Castiel, Guilam e Ferreira (2010) apontam também uma terceira abordagem de PS sem aprofundar a análise desta.

De uma forma geral, o enfoque comportamental, de mudanças de estilo de vida, é denominado como vertente conservadora, e a busca por articular a saúde com a temática das condições e qualidade de vida, considerando a determinação social da doença, como vertente crítica (SOUZA; LOCH, 2017; PETTRES; DA ROS, 2018; PENIDO; ROMAGNOLI; 2018). Como exemplo da importância do debate e embate de forças sobre essas concepções, abranger aproximações possíveis entre elas foi uma das preocupações da revisão da PNPS de 2014 (MINOWA et al., 2017), o que mostra, conforme será discutido nesta tese, essa possibilidade de aproximação.

Segundo Penido e Romagnoli (2018) há risco de controle e vigilância nas ações de PS em ambas as vertentes. Na conservadora, o risco é relacionado à dupla responsabilização do usuário, tanto pelo comportamento de risco quanto pela possibilidade de evitá-lo. Já na crítica, embora se defenda a participação social e o fortalecimento da ação comunitária, não se pode garantir a sustentação, de fato, de relações transversais que potencializem a produção de autonomia. Assim, para Penido e Romagnoli (2018), a PS pode ser compreendida como um cenário privilegiado para a regulamentação vinculada ao biopoder, deixando o alerta para que, mesmo na vertente crítica, haja a análise e mudanças de rumo caso seja necessário.

Contudo, conforme citado anteriormente, falta algo em ambas as vertentes e avançar na desmistificação das simplificações que ocorrem a partir dessa classificação é uma das contribuições desta tese, em especial no que se refere à vertente crítica, ao explorar o que se denomina como instituído nela. Maior problematização e aprofundamento serão explorados no item sobre a PS e prevenção de doenças (p. 78).

Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Júnior (2016) reconhecem que o SUS atende a

diversos preceitos da PS, mas ainda acreditam que é um desafio a sua consolidação, sendo necessária uma maior expansão de suas práticas. Para os autores, é um desafio a tradução da PS de forma que os gestores a compreendam em sua perspectiva ampliada, não restringindo suas ações apenas aos fatores de risco.

Destaca-se que, até hoje, há por parte de gestores e profissionais da saúde a compreensão da PS e da prevenção de doenças como a proposta pelo modelo da História Natural da doença, que não considera os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social dos sujeitos nos níveis de saúde (VERDI; CAPONI, 2005; WESTPHAL, 2006, FERNANDEZ et al, 2008; GURGEL et al, 2011; FRACOLLI; GOMES; GRYSCHKEK, 2014; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; PETTRES; DA ROS, 2018).

Ainda que a PS esteja presente desde a formação 'inicial' até a Educação Permanente, incluindo as práticas do cotidiano dos serviços de saúde, não é possível afirmar que ela se apresenta como uma expressão ou como um conceito e ideário que subsidia estas práticas. Para Prado, Falleiro e Mano (2011), mesmo havendo o entendimento de que PS é um eixo transversal de políticas e programas de saúde, muitos serviços de saúde ainda estão trabalhando em um modelo médico-centrado e hospitalocêntrico. Dentre os motivos apontados está a formação em saúde que não considera a PS e a complexidade do conceito de PS. De acordo com os autores, com frequência, usa-se o termo PS como parte ou sinônimo de prevenção, educação e comunicação em saúde.

Da mesma forma, Heidemann et al. (2015) afirmam que os profissionais de saúde necessitam da compreensão sobre a PS já que, muitas vezes, confundem este conceito com o de prevenção de doenças. Para Silva e Rodrigues (2010), a formação dos profissionais e, conseqüentemente, suas concepções são fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos.

Netto, Silva e Rúa (2016) defendem que o processo de formação deve ser capaz de preparar o profissional de saúde para atuar na PS, o que, em complemento com a educação permanente, permitiria o desenvolvimento de competências, conhecimentos, valores e habilidades para mudar as práticas vigentes. Para Pinheiro et al. (2015), a amplitude das abordagens teórico-metodológicas do campo da PS o configura como um novo e promissor paradigma na saúde e que suas bases conceituais dão suporte à reorganização do trabalho em saúde.

Gurgel et al. (2011) defendem que a PS passa pela Academia e pela formação dos profissionais de saúde, com foco nas mudanças de atitude e de ressignificação das concepções

e práticas voltadas para as necessidades do indivíduo. Para Heidemann et al. (2015), os profissionais de saúde precisam refletir sobre a crescente complexidade técnica necessária para planejar, implementar e avaliar as atividades de PS, uma vez que as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas. Ainda de acordo com as autoras, se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação, mas se ele incorpora o paradigma da produção social da saúde, o mesmo entende que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor Saúde, cabendo então ir além da Clínica (HEIDEMANN et al., 2015).

Concordando que as concepções que os profissionais têm da PS são fundamentais à prática, destaca-se que não há a defesa que isso ocorra de forma linear, ou seja, um profissional conhecedor do conceito e defensor da vertente crítica, por exemplo, pode não possuir total governabilidade para operacionalizá-la. Gurgel et al. (2011) afirmam que as concepções dos profissionais participantes de sua pesquisa, enfermeiras de centros de saúde, perpassam ora pelo modelo biomédico, que conforma uma ideia restrita de prevenção das doenças, ora pelo da PS próxima daquela descrita na Carta de Ottawa.

Para Malta et al. (2018), existem avanços na história recente da PNPS, contudo ainda não se aproxima a superação do modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. As ações de PS, de forma geral, não estão consolidadas a ponto de lograr êxito em alterar o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença. Os autores consideram que é fundamental a ressignificação do papel da PS, por meio de sua política nacional, para o SUS, dada a necessidade de produzir estratégias de enfrentamento para os desafios impostos pelo perfil de epidemiológico, demográfico e nutricional dos brasileiros (MALTA et al., 2018).

Na perspectiva conceitual, idealística e discursiva há concordância com o que Minowa et al. (2017) afirmam ser a PS:

fundada em uma definição positiva de saúde, com questões complexas, relacionadas a determinantes sociais. Trata-se de uma prática política emancipatória, transversal, um imperativo ético no mundo contemporâneo, promotor da equidade social e realizado através de práticas intersetoriais geradas a partir da análise das questões identificadas nos territórios. [...] considera os processos de ampliação de poder, de construção de autonomia dos sujeitos e de construção de conhecimento, aspectos que exigem uma aproximação com as coletividades, a formação de redes de compromisso e a valorização de potencialidades, apontando também para o envolvimento em processos de advocacia pela melhoria das condições de vida e trabalho (p. 975).

Contudo, na prática da gestão e dos serviços, efetivar o que é descrito acima é um desafio complexo, processual e sem limites claros e inequívocos para afirmar que houve êxito dadas as

importantes subjetividades e imaterialidades envolvidas em alguns casos. Para além de indicadores de saúde mais quantitativos, os quais não se nega a importância, mas não resumem ou explicam sozinhos a PS, acredita-se que esta tese poderá contribuir, de alguma forma, para a ampliação dos passos para a consolidação da PS.

A Promoção da Saúde na Atenção Básica

Dentre os movimentos e iniciativas que vêm discutindo a (re)organização dos sistemas de saúde internacionalmente, dois são fundamentais e têm influência direta no sistema de saúde brasileiro: o movimento moderno da PS e a Atenção Básica (AB) (DEMARZO, 2013; KESSLER et al., 2018). No SUS foi instituída a universalidade de acesso, a assistência integral, equânime, regionalizada e com garantia de participação popular (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011), sendo a AB o lugar no qual tais princípios encontram grande expectativa de efetivação.

A partir de uma abordagem sucinta das características e diretrizes da AB, é possível afirmar a amplitude, complexidade, importância de seus serviços e ações de saúde (SILVA; CARVALHO, 2014). Trata-se de um

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, grifo nosso).

Segundo a PNAB, a AB será a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A AB deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, e considerando os determinantes e condicionantes de saúde com a adoção de estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades. São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na AB a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2017a).

Enquanto documento normativo, que atualmente rege a AB no SUS, a PNAB destaca o desafio de superar compreensões simplistas relacionadas à dicotomia e a oposição entre a assistência à saúde e a PS. Ela parte da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais em grande parte podem ser abordados na AB (BRASIL, 2017a).

Na AB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída como um modelo para reorientar a assistência à saúde, sendo sua filosofia calcada na criação de vínculo e corresponsabilidades entre população e profissionais e trabalhadores da saúde. Em território delimitado, com atenção focada na PS e prevenção de doenças, prioriza-se a pessoa e a família, não a doença, e assim espera-se trabalhar com o conceito ampliado de saúde.

A ESF constitui uma aposta na relação cotidiana, buscando modificar a maneira de entender e fazer saúde, ampliando sua resolutividade. Assim, é necessário pensar em uma formação e qualificação profissional que amplie a capacidade afetiva e de compreender sentimentos e necessidades dos usuários (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011; NUNES FILHO et al., 2017). Ou seja, entender o outro como alguém com preocupações, perguntas, casa, família e história, uma história que nem sempre é facilmente contada ou compreendida, mas que é a história possível, real (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011). Em última instância, para Penido e Romagnoli (2018), promover saúde, tarefa primordial da AB, é promover a vida nas práticas cotidianas de saúde.

No âmbito dos sistemas de saúde, a AB passou a ser o *locus* preferencial de ações de PS devido à necessidade de mudanças nos modelos de Atenção à Saúde, o que inclui a necessidade de ações intersetoriais, partindo do pressuposto de que serão mais efetivas para as necessidades de saúde individuais e coletivas (PRADO; MEDINA; AQUINO, 2017). Para Chiesa et al. (2011), a ESF é um *locus* privilegiado para a prática do cuidado em saúde por ser, em geral, o primeiro contato do usuário com a rede de serviços de assistência à saúde, configurando-se como o espaço de acompanhamento longitudinal e vínculo no qual a dimensão processual da saúde-doença fica mais evidente.

O primeiro ponto de interseção entre a PS e a AB foi, segundo Alexandre et al. (2016), a PNAB de 2011, uma das políticas e documentos nacionais do setor Saúde que apontaram para a necessidade de mudanças na agenda da PNPS, além do Plano de ações estratégias para o enfrentamento das DCNTs no Brasil. Na atual PNAB de 2017, conforme já citado, está marcado o desafio de superar a oposição entre a assistência e a PS (BRASIL, 2017a). Somam-se a esses, os documentos internacionais voltados para as DCNTs e para a iniciativa Saúde em Todas as Políticas e os DSS.

Para Franco de Sá, Nogueira e Guerra (2018), a teoria da PS prioriza a saúde e a criação de políticas públicas e ambientes que promovam escolhas saudáveis, o que enfatiza o fortalecimento das ações comunitárias, reorganização dos serviços de saúde voltados à AB e desenvolvimento habilidades pessoais. Alexandre et al. (2016) afirmam que a PS passou a ser

considerada um elemento que compõe as ações em toda a rede, e não somente no âmbito AB, mediante a expectativa na potencialidade da PS em contribuir para reorientar o modelo de atenção em saúde, a partir da coordenação pela AB e da ESF.

A porta de entrada da PS no SUS foi a ESF e há o reconhecimento da relevância da AB e da ESF para sua implementação (ROCHA et al., 2014). Para Gurgel et al. (2011), os avanços da PS tiveram impulsos significativos com a implantação do Programa Saúde da Família, denominação inicial da atual ESF, como estratégia de reorientação do sistema de saúde, tendo o desafio de obter uma inversão do modelo biomédico de atenção. Kessler et al. (2018) afirmam que a expansão da AB, no Brasil, ocorre prioritariamente por meio da ESF, que apresenta desempenho positivo em relação ao modelo tradicional, e sua implementação fortalece a PS.

Para Silva e Rodrigues (2010), a ESF configura-se como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde por ser uma estratégia destinada a reorientar o modelo assistencial através da prestação de serviços e ações de saúde pautadas nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social. Já Heidemann et al. (2015) afirmam que as equipes de saúde da AB, na sua prática cotidiana, devem adotar ações de PS visto que as realidades social e de saúde envolvem múltiplos fatores e são processos importantes para se trabalhar o indivíduo, família e comunidade.

Segundo Silva e Tavares (2016), na reorganização do modelo de Atenção à Saúde por meio da ESF, a rede de saúde assume a mudança do paradigma assistencial estimulando a produção social da saúde, buscando ampliar a ação intrasetorial para intersetorial. Há a mudança de um sistema de saúde restritivo para um de garantia de acesso universal, modelo que, para as autoras, se torna um instrumento-chave para o empoderamento e para a gestão social. Para Magalhães (2016), a versão da PNPS de 2014 sinaliza avanços importantes no reconhecimento do papel prioritário da ESF.

Guerra et al. (2015) consideram a PS como um campo teórico-prático-político que se delinea como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e dos projetos em saúde e apresentar-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. O processo de institucionalização da PS proporciona para gestores, profissionais e usuários desafios para a construção de um modelo resolutivo e de qualidade de Atenção à Saúde, voltado à atenção integral (GUERRA et al., 2015).

Contudo, ainda que haja um aparente consenso em torno da ideia de incorporação da PS no âmbito das políticas, a forma como isso se traduz em operações concretas no âmbito das práticas de saúde é bastante diversa (MEDINA et al., 2014). Muitos estudos que abordam

experiências de implementação de ações de PS trazem discursos relacionados aos princípios, contudo sem avaliar as ações desenvolvidas (CINCURÁ, 2014), não sendo possível afirmar que atenderam aos princípios e diretrizes da PS.

A PS é incorporada pela ESF na sua proposta, porém, ainda que o tema seja recorrente na formulação de políticas, persistem desafios importantes para sua efetivação no cotidiano (SILVA, 2008). É importante destacar que seria necessário maior aprofundamento nas interpretações que as equipes de Saúde da Família (eSF) têm do conceito de PS e, conseqüentemente, sua operacionalização, em especial ao objetivar problematizar o que é hegemônico na PS. Para Norman e Tesser (2015), a ESF possui dupla natureza – o cuidado clínico e a PS/prevenção de doenças –, sendo necessário existirem os dois enfoques, sendo um desafio diário encontrar um equilíbrio, mostrando uma compreensão dessas ações como necessariamente distintas.

Os processos de trabalho na ESF ainda se orientam fortemente pelo enfoque centrado na doença, na cura dos indivíduos, baseado em um modelo de saúde médico-centrado, especializado, gerando uma visão fragmentada (ROCHA; AKERMAN, 2014; FRACOLLI; GOMES; GRYSCHKE, 2014; MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). A maioria do cuidado em saúde ofertado é limitada à abordagem de fator de risco, centrado em ações programáticas e pontuais (TEIXEIRA et al., 2014). Para Prado, Falleiro e Mano (2011), o cuidado e a PS (e ainda a educação popular em saúde, que não será debatida de forma aprofundada como os anteriores) são conceitos diferentes, de significados que devem ser integrados, complementares e indissociáveis.

Kessler et al. (2018) afirmam que há escassez de estudos brasileiros que avaliem as ações de PS conforme modelo assistencial ou cobertura de ESF. Baseando-se nos dados do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), as ações de PS analisadas ainda são incipientes e possuem baixa institucionalização no âmbito da ESF (MEDINA et al., 2014). Em que pese o fato de que nesse estudo os autores consideraram a PS e a prevenção de doenças de forma similar e que o PMAQ determinou, a priori, que algumas ações são de PS, ou seja, muitas outras que estão relacionadas não são caracterizadas na área específica do questionário deste programa, o resultado não se distancia de outros que são apresentados na literatura.

Também baseado nos dados do PMAQ, Teixeira et al. (2014) afirmam que as práticas de PS são fragmentadas e focalizadas e que é necessária a integração entre cuidado clínico, prevenção e PS. As práticas relacionadas à prevenção de doenças estavam centradas na atenção

a grupos de risco biológico, eram organizadas em pacotes e turnos fechados, tinham como objetivo o manejo clínico e a prevenção e eram relacionados estritamente ao estilo de vida, ou seja, um modelo preventivo de educação em saúde, muito pouco efetivo.

Norman e Tesser (2015) afirmam que para a AB ser a principal porta de entrada e eixo estruturante do SUS é necessário integrar PS, prevenção de doenças e cuidado, ao promover inclusão e facilitar o acesso. Para eles, a integração entre a PS, a prevenção de doenças – ainda que separem esses termos e conceitos apenas por ‘/’, ou seja, seria uma espécie de pacote – e o cuidado é um valor primordial na AB e na ESF. Os autores abordam desde possibilidades de aconselhamento individual e comunitário sobre tabagismo ou atividade física até a produção de ações de abordagem populacional, como políticas públicas e legislações que criam áreas de lazer e melhoram a mobilidade urbana. Norman e Tesser (2015), defendem, ainda, que essas possibilidades deveriam ser exploradas, resultando sinergismo quando associadas, mas destacam que as ações de abordagem populacional são mais impactantes.

Em pesquisa sobre as ações de PS realizadas por agentes comunitários de saúde (ACS) em uma regional de São Paulo (SP), Fracolli, Gomes e Gryscek (2014) verificaram que a visão dos gestores de saúde influencia no desenvolvimento da competência para a PS, e que estes confundem a PS e prevenção com o monitoramento de grupos específicos e morbidades, além de não conseguirem diferenciar a PNPS e a PNAB. As pesquisadoras identificaram que cidades nas quais os gestores municipais compreendiam e diferenciavam melhor essas políticas apresentavam ACS mais engajados na realização de ações de PS, inclusive com práticas de intersetorialidade bem estruturadas. Ao concluírem que os gestores municipais de saúde desempenham um papel fundamental para a efetivação da PS pela ESF, as autoras defendem que é necessário que eles sejam capacitados na perspectiva da PS e preparados para operacionalizar a PNPS (FRACOLLI; GOMES; GRYSCEK, 2014).

Ao se falar de saúde, segundo Pettres e Da Ros (2018), muitos pensam nos problemas ligados à assistência, ou mesmo associam à prevenção. Porém, para os autores, o rompimento da lógica hegemônica do modelo biomédico, positivista e funcionalista da prática oportunizará compreender a saúde em uma perspectiva integral, em sua complexidade, superando a visão linear e reducionista.

Chiesa et al. (2011) afirmam que a ampliação de ações de PS na ESF pode contribuir para a construção da integralidade, mas ainda persistem lacunas de tecnologias para instrumentalizar os profissionais a analisarem os potenciais de saúde da população, o que contribui para inúmeras dificuldades na operacionalização da PS. Para as autoras,

operacionalizar a PS na busca do fortalecimento dos potenciais de saúde dos indivíduos e grupos requer ampliar o olhar dos profissionais, o que significa não se restringir aos tratamentos das doenças e problemas manifestados, mas desenvolver projetos terapêuticos que reconheçam a qualidade de vida como meta de saúde a ser alcançada.

Kessler et al. (2018) afirmam que a oferta de ações de PS ainda está predominantemente voltada àquelas tradicionalmente desenvolvidas desde a implantação da AB no Brasil, relacionadas à saúde da mulher, ao período reprodutivo e a grupos específicos de DCNTs. Defendem, portanto, a necessidade de repensar o processo de cuidado das eSF, que ainda sofre influência do modelo biomédico de assistência à saúde.

De acordo com Norman e Tesser (2015), não é novidade a discussão sobre PS, prevenção de doenças e cuidado na organização dos serviços da AB, inclusive com farta literatura. Mas esses autores que, entre outros referenciais, resgatam a prevenção primária e secundária de Leavell e Clark, estão entre aqueles que as compreendem como coisas distintas: ou é PS, ou é prevenção, ou é cuidado. Logo, tal fartura não ocorre em relação aos questionamentos sobre as fronteiras conceituais entre eles, em especial com a proposição de superá-las, a partir da hipótese de que não são tão consistentes na prática, o que é desejável, sendo esta a compreensão que é tomada como hipótese nesta tese.

Assim, a partir das análises e informações geradas, será possível fornecer mais elementos para gestores(as) e trabalhadores/(as) atuarem com a PS, em especial na AB, avançando na sua efetivação e, assim, na melhoria das condições de saúde individuais e coletivas sem que falte clareza sobre as possibilidades e limites da PS, em especial na delimitação da dimensão da Atenção à Saúde na PS, o que será debatido e problematizado nos ‘dogmas’ vigentes. Destaca-se que, segundo Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2015), ‘condições de saúde’, mais do que uma terminologia, constitui noção estruturante do campo da Saúde Coletiva na perspectiva de pautar elementos indispensáveis que permitam a um grupo de pessoas viver com dignidade.

A Pesquisa qualitativa e a Promoção da Saúde

Após a apresentação do panorama da PS na AB na perspectiva introdutória de ‘localização’ do objeto de pesquisa na realidade do SUS, nesta parte final do marco teórico, será apresentado o fundamento para a opção metodológica da pesquisa qualitativa. Essa é uma opção que se baseia na vivência do pesquisador no Ministério da Saúde, que privilegia a perspectiva quanti, de dados estatísticos e indicadores, o que se justifica por ser um espaço da gestão,

tradicionalmente mais afeito a esses dados.

Para Minayo (2008), o universo da pesquisa qualitativa são as experiências cotidianas do 'senso comum' interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam, sendo assim consideradas as vivências, percepções e reflexões do autor em espaços institucionais de gestão do SUS. Elas retroalimentaram as técnicas de pesquisa utilizadas, assim como alguns movimentos da revisão da PNAB publicada em 2017 e os VI e VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica que ocorreram em Brasília - DF em outubro de 2015 e 2016 respectivamente.

Além do já citado Seminário sobre os desafios da AB organizado pela OPAS em 2016, nesses eventos muitas falas mostraram a cisão entre a PS e a prevenção de doenças, e ainda com o cuidado, Atenção à Saúde e a Clínica, além de apresentar a PS eminentemente como prática discursiva. Houve ainda a inserção, a partir do final de 2017, em área técnica que tem como missão institucional trabalhar com a prevenção de câncer por meio da alimentação, nutrição e atividade física, ações comumente compreendidas como PS.

Assim, procurou-se debater algumas interpretações sobre temas relacionados à PS, considerando a afirmação de Gerhardt (2009) sobre ser importante que o pesquisador se distancie das ideias preconcebidas do conhecimento corrente e se preocupe com seu problema de pesquisa, para ter mais chances de que o novo conhecimento produzido relativo ao objeto de estudo traga contribuições. Para essa autora, no campo da pesquisa científica, um bom trabalho é aquele que busca a verdade, não uma verdade absoluta estabelecida por dogmas, mas uma verdade que permite ser questionada e necessita disso, ao se aprofundar incessantemente pelo desejo do pesquisador de compreender de forma mais justa a realidade na qual vivemos e que construímos (GERHARDT, 2009).

Para Minayo (2008), qualquer conhecimento é construído e aproximado. A ciência revela não um a priori, mas o que foi produzido em um determinado momento histórico com toda a relatividade que o dinamismo do processo social requer. Assim, pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente, sendo uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota (MINAYO, 2008). A autora considera que o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica afirmando que, se teoria, método e técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e experiência do pesquisador também têm papel importante. Tal criatividade corresponde a sua experiência reflexiva, sua capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, sua memória intelectual, seu comprometimento com o objeto, sua capacidade de exposição lógica e a seus

interesses (MINAYO, 2008).

Sobre estudos qualitativos, Deslandes (2008) afirma que produzem uma interpretação que se assume como tal, não se candidata a ‘verdade’, mas como uma ‘versão científica’ da realidade. Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. A autora versa sobre a pesquisa qualitativa que visa à compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores sociais quanto a processos históricos e sociais relacionados à implementação de políticas públicas, se aproximando do objeto desta pesquisa.

Para Gerhardt e Souza (2009), a distinção entre as ciências naturais e as ciências sociais ainda é objeto de muitas controvérsias e de disputas de poder entre os diferentes campos de estudo na Academia, com destaque para a atribuição de status científico ao que pode ser quantificado e uma pequena tolerância para estudos qualitativos. Mais que oposições binárias e simplórias, a abordagem quantitativa e a qualitativa traduzem, de formas distintas, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo presentes no processo saúde-doença. A discussão desses dois modelos também traz à tona as relações de poder no campo da ciência (DESLANDES, 2008).

Vale lembrar ainda que as ciências sociais desempenharam papel determinante na criação e na articulação política da Saúde Coletiva, ainda que tenha ocorrido uma significativa perda do protagonismo dessas ciências no contexto produtivista e globalizado da produção científica (IANNI; NAKAMURA, 2016). O mesmo é apontado por Camargo Jr. et al. (2010), ao afirmarem a hegemonia da epidemiologia na produção de conhecimento.

Sobre as metodologias da abordagem qualitativa, pesam a interrogação sobre a possibilidade de se considerar científico ou não os trabalhos de investigação que não pretendem operacionalizar as relações sociais em números e variáveis, critérios mais aceitos para a emissão de juízo de verdade no campo científico (MINAYO, 2008). Ainda que a forma de legitimação científica tradicional seja a quantificação, a atividade intelectual fundada na mensuração se tornou hegemônica na produção de dados para se aplicarem às políticas públicas (MINAYO, 2008).

Para Souza Júnior, Melo e Santiago (2010), as pesquisas científicas, em especial as de abordagem qualitativa, quando analisadas sob a ótica de uma perspectiva quantitativa, são apontadas como carentes de sustentação metodológica e maior legitimidade, pois, muitas vezes, são criticadas por supostas fragilidades. No entanto, os autores alertam que os estudos qualitativos não seguem, necessariamente, os mesmos princípios e procedimentos

investigativos da abordagem quantitativa, garantindo sua rigorosidade com o estatuto científico a partir de outra lógica. Mozzato e Grzybovski (2011), por exemplo, destacam que a força da argumentação é que traz consistência em qualquer análise qualitativa, o que exige um trabalho bastante denso por parte do pesquisador, no próprio sentido de deixar claro o porquê da escolha de determinada técnica de análise para a investigação do objeto específico, demarcando as condições de interpretação.

Para Taquette e Villela (2017), a pesquisa qualitativa em saúde tem potencial para dar respostas a problemas que não são solucionados com abordagens quantitativas, como as epidemiológicas e as experimentais, entre outras. Estas autoras defendem que a abordagem qualitativa oferece a possibilidade de produção de conhecimento mais aprofundado sobre fenômenos humanos e que a subjetividade característica deles, em especial no processo saúde-doença, não é exclusivamente traduzível em números. A investigação de natureza qualitativa se atém na realidade social, dos âmbitos social e relacional considerando histórias, experiências, significados, motivos, crenças e valores individuais e coletivos (TAQUETTE; VILLELA, 2017).

Deslandes (2008) afirma que, no campo da saúde, ainda é preciso desmistificar a ideia positivista de que há somente um modelo possível e legítimo para se fazer ciência, em especial a partir do *modus operandi* das ciências naturais, que ainda são defendidos como capazes de valor científico sob uma lógica ‘universalizada’. Czeresnia (2008) critica a ideia hegemônica, baseada na epidemiologia quantitativa, de que as ciências tratam objetos passíveis de serem conhecidos, predominantemente, mediante a linguagem matemática. Para Minayo (2008), ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos ‘científicas’, ao contrário, elas se aproximam dos contornos reais dos fenômenos que pretendem compreender.

Mássimo e Freitas (2014) registram que pesquisas qualitativas não têm a pretensão de buscar resultados de caráter universal para uma determinada população que possa ser comparável com outras, mas de aprofundar o conhecimento sobre um objeto até que haja exaustividade das informações, o que lhe confere fidedignidade. As autoras também afirmam que a investigação qualitativa se constitui em uma importante ferramenta para a formulação de políticas de saúde ao permitir a compreensão do pensar e agir de sujeitos e grupos sociais diante das doenças e dos aspectos que as envolvem. Destacam, contudo, que tais estudos não objetivam um conhecimento que possa ser generalizado e universalizado como regra, mas sim o aprofundamento das particularidades e singularidades da experiência social dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa, segundo Silveira e Córdova (2009), se preocupa com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc., e não com representatividade numérica. Já Minayo (2008) argumenta que o ser humano é autor das instituições, das leis, das visões de mundo que, em diferentes ritmos, são todas provisórias, passageiras, trazendo em si mesmas as sementes de transformação.

Diante dessas características, uma vez que um dos grupos pesquisados nesta tese é composto de gestores(as) e trabalhadores(as) municipais da AB, cargo, função ou ocupação que muda com alguma regularidade, houve a opção por não buscar representatividade quantitativa nas respostas obtidas nesta pesquisa, conforme já apontado. Portanto, tem-se claro que os resultados são referentes a um determinado momento histórico e não poderão ser extrapolados indistintamente, inclusive porque a pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Taquette e Villela (2017) abordam a ideia de generalização nos estudos qualitativos defendendo que, de fato, isso não se aplica, já que a intenção não é produzir uma afirmação que possa ser válida em geral, e sim produzir informações sobre dimensões da experiência humana marcadas pelo contexto sociocultural que as produz. Do mesmo modo, Deslandes (2008) afirma que as pesquisas nas ciências sociais e humanas em saúde tomam como objeto configurações singulares, ações e relações sociais travadas por sujeitos e grupos em um determinado momento histórico e por isso não podem ser integralmente repetidas. Para a autora, um estudo qualitativo pode se inspirar nos caminhos metodológicos já percorridos, mas jamais chegará a resultados idênticos.

Dialogando com a PS, Magalhães (2016) considera que modelos estatísticos são insuficientes para captar as diferentes influências sobre o processo de implementação de programas e ações de PS. A autora afirma que, no processo de análise da efetividade de iniciativas relacionadas às ações de PS, em especial naquelas referentes às ações específicas da PNPS de 2006, ainda há o predomínio de pesquisas e estudos orientados pelo enfoque epidemiológico e baseados no monitoramento de fatores de risco.

Segundo Potvin e Chabot (2014), a epidemiologia clássica provou sua força de compreensão sobre como os comportamentos se transformam em fatores de risco relacionados a doenças e, assim, tornou-se a metodologia preferencial para pesquisas em saúde. Por outro lado, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) alertam para a necessidade de análise crítica da epidemiologia dos fatores de risco sob pena de criação de uma confiança desmedida em torno

de sua capacidade de responder aos complexos problemas de saúde pública.

Ressalta-se que as necessidades de saúde não são definidas de forma normativa, são socialmente estabelecidas por meio de pactos entre sujeitos de contextos culturais, sociais e econômicos, envolvendo acesso a vários serviços (CARVALHO et al., 2014), dentre eles os serviços de Atenção à Saúde. Magalhães (2016) destaca que os efeitos de programas de PS levam tempo para serem observados e interpretados, defendendo ainda que, dificilmente, a análise de tendências de morbidade e mortalidade ou o monitoramento de fatores de risco equacionam todas as questões avaliativas relevantes no campo da PS.

Ayres (2011) aborda o assentamento das bases normativas da organização e o desenvolvimento das ações de saúde orientadas pelo cálculo e controle do risco, o que o autor denomina como normatividade da gestão individualizada e tecno-dependente do cuidado com a saúde. Complementa, ainda, afirmando que a PS possui uma vertente individualista baseada na eficácia simbólica do conceito de estilo de vida, o que se aproxima da vertente conservadora da PS.

Taquette e Villela (2017) destacam alguns impeditivos da ampliação da pesquisa qualitativa nas ciências da saúde, levando a muitas questões da Atenção à Saúde ficarem sem resposta. As autoras defendem que a maior realização de estudos de natureza qualitativa pode contribuir para a redução do distanciamento que existe entre a Saúde Coletiva e a prática clínica e também para a formulação e implementação de políticas de saúde. Assim, a aproximação com o que se denominou de ‘dogmas’ da vertente crítica da PS e a dimensão da Atenção à Saúde podem contribuir para a redução citada.

Para Máximo, Souza e Freitas (2015), as condições e qualidade de vida não podem ser avaliadas somente como dados objetivos e mensuráveis, as autoras destacam a necessidade de inclusão dos modos de pensar a vida, a subjetividade das pessoas, tendo em vista que a capacidade de promover saúde é uma estratégia associada a valores, que vão se modificando ao longo da vida.

A abordagem qualitativa é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos, por ser o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos da interpretação que os sujeitos fazem a respeito do que vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2008). As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores sociais, de relações e para análises de discurso e de documentos (MINAYO, 2008), no caso desta pesquisa a compreensão de

gestores(as), trabalhadores(as) da AB e especialistas sobre determinados temas da PS.

Destaca-se uma etapa importante da construção desta tese, qual seja, a revisão de literatura, a qual evidenciou algumas questões importantes, em especial a quantidade de temas que podem ser relacionados à PS, levantando a reflexão sobre como definir e operacionalizá-la. Foi realizado um levantamento bibliográfico em meados de novembro de 2016 no portal SciELO, encontrando-se 765 artigos contendo o descritor de assunto: Promoção da Saúde.

Após a leitura do título e resumo, utilizando a primeira versão da PNPS que foi publicada em 2006 como marco político e histórico-temporal, foram selecionados 224 artigos para leitura com o objetivo de avançar na discussão sobre a PS. Utilizou-se como critérios de inclusão, além da questão temporal, elementos que aproximassem os artigos da vertente crítica da PS e dos temas prioritários para a pesquisa. Como critério de exclusão utilizou-se a adjetivação da PS no título, por exemplo, PS da criança e PS do idoso. O motivo para essa escolha é que um dos objetivos da pesquisa é a não especificação da PS para uma ou outra condição de saúde ou para um ciclo de vida, entre outros, o que não impediu da seleção de artigos que discutem a PS a partir do olhar e vivência de determinadas populações ou grupos. Outro critério de exclusão foi o de textos relacionados a categorias profissionais específicas, por exemplo, a PS que o profissional da enfermagem ou o ACS realiza, o que também não impediu a inclusão de textos nos quais diferentes atores sociais aparecem como partícipes de ações ou programas de PS.

Essa aparente indefinição clara e inequívoca de critérios de inclusão e exclusão em uma pesquisa de referências corrobora a necessidade desta tese, ora, reforça-se a ideia de ‘salvo-conduto’ já apresentada. Em complemento, compartilha-se que, em outubro de 2016, foram encontradas 3.379 dissertações e teses na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD/Ibict) ao incluir, na opção pela pesquisa em todos os campos, o descritor: Promoção da Saúde.

Dado o grande número de publicações sobre o tema, parece razoável afirmar que a PS é uma espécie de grande guarda-chuva no qual cabe toda sorte de temas relacionados a uma visão ampliada de saúde, ou mesmo sobre saúde, com sentido estrito. Em dezembro de 2018, utilizando os mesmos critérios descritos anteriormente, eram 927 artigos e 4.934 dissertações e teses, respectivamente 21% e 46% de aumento em um curto período de tempo. Desde práticas como a atividade física, alimentação saudável, cultura de paz e não violência, temas relacionados à PS desde a primeira versão da PNPS, até yoga, experiências teatrais, escola postural.

Destaca-se, ainda, a especificidade demonstrada através de adjetivos como PS: ocular, vocal, e ainda ciclos de vida, em especial adolescência e idosos, categorias profissionais específicas como a fonoaudiologia, enfermagem, ACS. Ainda há outros como agricultura urbana, recursos hídricos, e questões aparentemente exclusivamente biológicas como aptidão física, medida de capacidade respiratória, dor musculoesquelética, equilíbrio ou força muscular

Os trabalhos abordam diferentes ambientes como escolas, universidades, hospitais, Unidade de Tratamento Intensivo, representações sociais sobre DCNTs de participantes do Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), ou ainda a junção de categorias como a PS na autonomia da mulher na consulta de enfermagem na ESF. Assim, o levantamento bibliográfico evidencia o fato de inúmeras possibilidades interpretativas sobre o termo ou até mesmo o conceito.

Em pesquisa que fez parte do processo de revisão da PNPS que culminou com a atual versão, através de formulário eletrônico FormSUS que contou com a participação de gestores, trabalhadores, membros de universidades, conselhos de saúde, entre outros, Alexandre et al. (2016) relataram que temas como gestão e planejamento, DSS, intrasetorialidade, intersetorialidade, equidade, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, mídia e comunicação e sustentabilidade das ações também estão relacionados à PS.

Franco de Sá et al. (2016), através de oficinas regionais, apresentam temas ligados à PS por região do país, denotando mais uma especificidade: a necessária adequação à realidade local. Sem especificar a região, pode-se agrupar alguns temas: saúde urbana, mobilidade, lazer qualificado, redução de danos, horizontalidade na gestão, territorialização, desenvolvimento sustentável, bem-viver, amorosidade, saúde do trabalhador, subjetividades, acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, protagonismo, vigilância ao uso de agrotóxicos, respeito à cultura local e vulnerabilidade social.

A partir da multiplicidade de interpretações, que é constituinte do campo da PS, acredita-se que, mesmo uma revisão sistemática, técnica de pesquisa que busca sistematizar e delimitar o conhecimento sobre um tema, não é suficiente para uniformizar ou unificar a PS em um conceito ou interpretação. Tal multiplicidade de interpretações é uma marca importante da construção do campo da PS. Assim, o que se busca são elementos para avançar no debate e defender algumas perspectivas sobre a PS, notadamente em sua vertente crítica.

O Instituído

No contexto desta tese, refere-se por instituído a ideia de que alguns temas estão

cristalizados na literatura, trazendo repercussões para a prática, quais sejam: a dicotomia com a prevenção de doenças, as mudanças comportamentais, a abordagem individual, a dimensão da Atenção à Saúde, entre outras, conforme já apontado.

Instituído e instituinte são temas debatidos na configuração do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), por exemplo, Fleury (2009) abordou os dilemas entre eles e afirmou que essa reforma foi impulsionada por um movimento que implicou uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público. A RSB teve, como um dos princípios que orientou o processo, a compreensão da determinação social do processo saúde doença, a qual Fleury (2009) denomina como princípio científico. A autora conclui que o instituído se impôs ao instituinte, o que reduziu o caráter transformador da RSB.

Na compreensão de Penido e Romagnoli (2018), o SUS se faz na coexistência de movimentos de forças instituídas e instituintes que, presentes em nós e entre nós, atravessam as práticas em saúde. E para as autoras a PS deve ser apreendida tanto no plano das cristalizações e endurecimentos, ou seja, do que não é simples modificar, quanto no dos movimentos que podem produzir ações instituintes no campo da saúde (PENIDO; ROMAGNOLI, 2018). Já Pedrosa (2004) afirma que os movimentos dos campos em constituição, assim como a PS se caracterizam pela dialética entre "pulsões" instituintes, que contribuem para a reconstrução de suas bases teóricas, metodológicas e práticas, os elementos instituídos no campo. Ainda que tal afirmativa da constituição do campo seja de 2004, ela ainda é atual, já que não há uma formulação única sobre a PS.

Cecílio (2007) afirma que os trabalhadores possuem um espaço de liberdade, mas que muitas vezes acabam por reproduzir instituídos, já que são marcadas pelo conjunto de regras, saberes, hierarquias e referências instituídas que configuram seu fazer. Logo, há grande complexidade em superar o instituído, não bastando apenas a identificação de tal necessidade.

É possível, então, fazer um paralelo dos movimentos supracitados com o que ocorreu com a PS. Algumas interpretações acabaram por restringir o potencial transformador pretendido ou almejado por aqueles(as) que defendem a vertente crítica. Ou seja, questionar e problematizar o instituído é essencial para o fortalecimento da PS por permitir formas distintas de ação de gestores(as) e trabalhadores(as).

Assim, a partir da reflexão crítica de temas que aparentemente estavam cristalizados, busca-se contribuir para o avanço da construção teórica e prática da PS, incluindo a compreensão da dimensão da Atenção à Saúde como seu componente e, ainda, a importância da prevenção de doenças, superando a dicotomia existente, entre outros.

Capítulo 2

Percurso metodológico

A metodologia da pesquisa na produção científica constitui um dos elementos que confere aos estudos investigativos rigorosidade e reconhecimento perante o estatuto de ciência (SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010). Para Minayo (2008), cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos.

Para Souza Júnior, Melo e Santiago (2010), por mais que a metodologia seja um caminho, uma estratégia e um percurso, em uma pesquisa científica, ela se configura também como uma elaboração, por parte do pesquisador, na interação com o objeto de investigação e suas fontes de dados. Assim, faz parte do rigor científico a reflexão sobre qual é a melhor forma de compreender o objeto de investigação e de orientar a coleta e a análise dos dados.

Bardin (2011) chama de vigilância crítica a atitude de afastar ou recusar os perigos das compreensões espontâneas dos fatos sociais ou de se fazer uma leitura simples do real, afirmando ser tanto mais útil quanto mais exista a impressão de familiaridade frente ao objeto de análise. Esta familiaridade existiu na pesquisa tanto pelo envolvimento do autor com o tema da Promoção da Saúde (PS), quanto por optar por tornar sujeitos da pesquisa pares de um determinado grupo social, o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (GTPSDS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Para a finalidade desta pesquisa, optou-se por não utilizar métodos estatísticos e/ou epidemiológicos para fins de comparação por não ser seu objetivo, ou ainda os dados quantitativos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), na parte pertinente. Investiu-se, principalmente, na discussão do instituído, em especial da dimensão da Atenção à Saúde da PS, que dificilmente é abordada, entre outras questões relacionadas ao tema.

Destaca-se que, apesar de parte da pesquisa ter sido realizada com trabalhadores(as) e gestores(as) da Atenção Básica (AB), não se pretendeu alcançar um número representativo que permitisse, a partir de técnicas estatísticas, afirmar que os resultados seriam a visão sobre a PS destes sujeitos enquanto determinada classe, mas

sim um estado da arte num determinado momento histórico. Dessa forma, optou-se por trazer elementos da pesquisa qualitativa para embasar a pesquisa.

Materiais e métodos

A pesquisa teve início com a realização de uma revisão de literatura mediante a busca de informações em periódicos, livros e documentos oficiais sobre a PS que permitissem situar os conhecimentos, sem possuir o objetivo de esgotar as possibilidades que o tema oferece e buscando realizar inferências e interpretações distintas das hegemônicas. A pesquisa em bases de dados científicas que subsidiou a análise das referências ocorreu de forma não sistemática, entre junho de 2015 e fevereiro de 2019, utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e bases de dados como SciELO, Portal de Periódicos e Catálogo de Teses e dissertações da Capes/MEC e outros sítios institucionais, principalmente do Ministério da Saúde, guiada por análise exploratória sobre os temas debatidos.

As hipóteses abordadas e discutidas nesta pesquisa relacionam-se ao que se denominou como instituído na PS, em especial a dimensão da Atenção à Saúde, a partir do seu não reconhecimento. Tendo como escopo da pesquisa a PS no Brasil, especificamente no SUS, e datado da constituição deste que é contemporâneo à PS moderna conforme já apontado, buscou-se apresentar compreensões não hegemônicas sobre a PS sem a intenção de esgotar todas as possibilidades de análise sobre o tema.

A análise da literatura, ao buscar problematizar alguns porquês da PS, exprimindo-os sem a quantificação de valores ou submissão à prova de fatos, pois os dados e informações analisadas são não métricas e se valem de diferentes abordagens, busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a construir diferentes interpretações daquelas hegemônicas (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Além dessa revisão de literatura, esta pesquisa também se baseia nas vivências do autor em espaços de inserção institucional na gestão do SUS e na Academia, unindo conhecimento empírico e científico, a partir da apreensão da realidade cotidiana e do estudo aprofundado e metódico da realidade (GERHARDT; SOUZA, 2009), com destaque para este último.

Técnicas e instrumentos de Pesquisa

Considerando que a teoria sobre o processo saúde-doença-cuidado, assim como a prática, estão em um universo dinâmico recheado de inter-relações mediadas por

organizações, instituições, lógica de prestação de serviços, participação dos cidadãos, entre outros (MINAYO, 2008), e que os profissionais incorporam ao trabalho construções simbólicas e experiências de vida variadas (BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011), realizou-se a pesquisa de campo por meio de entrevista semiestruturada com especialistas e consulta a gestores(as) e trabalhadores(as) municipais da AB utilizando o formulário eletrônico FormSUS.

As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018 com o que se considerou especialistas do GTPSDS da Abrasco, grupo que defende a atuação na determinação social e não se restringe aos fatores de risco e proteção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (ABRASCO, GTPSDS, 2017) e do qual o autor faz parte, sentindo-se desafiado a aprofundar as discussões deste grupo em uma pesquisa científica. Muitos membros deste coletivo são ligados a universidades como docentes, o que, segundo Minowa et al. (2017), torna-os detentores de conhecimentos e opiniões especializadas e contextualizadas, tendo lugar privilegiado na formação em saúde e atuando como protagonistas no ensino da PS.

Os critérios de elegibilidade dos entrevistados foram: ser membro do GTPSDS; ter participado do processo de revisão da PNPS de 2014; possuir o título de Doutor, estar cursando o doutorado, ser docente universitário ou trabalhar na gestão do SUS; e ter publicado sobre o tema nos últimos 5 anos. A entrevista baseou-se nas seguintes questões disparadoras que foram enviadas previamente aos participantes:

- Qual é o papel do setor Saúde na PS?

- Para você, existe uma dimensão da Atenção à Saúde na PS? Disserte sobre sua posição.

- Como a PS (pressupostos, princípios e diretrizes) pode ser articulada ao processo de cuidado? Ou, para você, são coisas distintas?

- Em relação à PS, o que você pensa os seguintes temas: mudanças comportamentais; discurso e prática – PS como macropolítica e nas ações cotidianas dos serviços de saúde da AB; abordagem individual;

A partir dessas perguntas iniciais, foram introduzidas questões e temas complementares de acordo com as respostas, reflexões, questionamentos etc.

Foram entrevistados(as) 13 especialistas, identificados(as) pela abreviação ‘Ent’ de 1 a 13, a partir de uma lista de 20 integrantes fornecida pela coordenação do GTPSDS em agosto de 2017. Desta lista, dois não poderiam participar das entrevistas, uma vez que são o autor e o coorientador da pesquisa, e os demais não possuíam disponibilidade ou

não responderam ao convite enviado. Vale ressaltar que estender o período de realização das entrevistas em função da busca dos membros do GTPSDS que inicialmente não haviam respondido o convite não agregaria informações substanciais à análise, já que ocorreu saturação das informações. Estas entrevistas totalizaram 10 horas e 28 minutos de gravações que foram, posteriormente, transcritas para análise.

Todos(as) os(as) entrevistados(as) consentiram sua participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) sob protocolo n. 2.182.130.

Em complemento, realizou-se consulta a gestores(as) e trabalhadores(as) municipais da AB através de formulário eletrônico FormSUS, que ficou disponível entre agosto de 2017 e junho de 2018, cujo itens foram baseados em experiências municipais (ExpMun) relacionadas à PS e estão disponíveis no anexo A. Para Malta et al. (2016), desde o período inicial de institucionalização da PS, que ocorreu no Brasil no início dos anos 2000, houve uma articulação e ampliação do debate importante, dentre outros, com gestores municipais do sistema de saúde.

Nesse formulário, a instrução foi para que gestores(as) e trabalhadores(as) da AB classificassem as ExpMun como ações de PS ou não, indicando elementos que o(a) levaram a isso. Utilizar o FormSUS foi uma escolha estratégica pois, como destacam Alexandre et al. (2016), é um instrumento que privilegia a participação de um público vinculado ao SUS e a órgãos públicos parceiros, possibilitando, assim, a escuta de atores que atuam no cotidiano da tradução da política para a prática. Na pesquisa desses autores, as perguntas foram direcionadas a partir dos tópicos presentes no texto da PNPS, sendo o foco a política em si e cabendo realizar avaliações posteriores sobre o campo da PS no Brasil (ALEXANDRE et al., 2016).

Foram itens do questionário desta pesquisa:

- possibilidade de identificação nominal do(a) respondente caso o mesmo concorde, deixando também a possibilidade de anonimato (destaca-se que os nomes, quando registrados, não foram, nem serão divulgados);
- representação/vínculo institucional – gestor(a) municipal, coordenador(a), gerente da AB ou técnico(a);
- idade;
- sexo;
- escolaridade/formação – ensino fundamental (antigo 1º grau), ensino médio

(antigo 2º grau), graduação (medicina / enfermagem / fisioterapia / educação física / psicologia / administração / direito / outros: qual?);

- região do país, estado e município;

- tempo na gestão (até 6 meses / entre 6 meses e 1 ano / entre 1 e 2 anos / mais de 2 anos);

- questões formuladas para que o(a) respondente as classifique ou não como PS e indique os elementos que o levaram a fazer a classificação.

A formulação dessas questões se baseou no Catálogo de Experiências da Mostra Brasil de 2015 realizada em Brasília - DF, que contou com 216 experiências, das quais 27 possuíam a expressão 'Promoção da Saúde' (CONASEMS, 2016). Após sua leitura e análise, foram selecionadas nove ExpMun para criar as situações-problema do formulário. A ideia da utilização desse material está relacionada à proximidade que as experiências realizadas nos municípios brasileiros encontrariam na interpretação e compreensão por outros(as) gestores(as) e trabalhadores(as).

Segundo Junqueira (2016), representante do Conselho Nacional de Secretários de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a publicação de um catálogo de experiências municipais de saúde possibilita a um maior número de pessoas conhecer o que se produz de melhor no SUS. Ele destaca, ainda, a maior visibilidade buscada para iniciativas desenvolvidas em âmbito municipal, fomentando a troca de experiências e valorizando a criatividade e o esforço de equipes e serviços de saúde em todo país. A Mostra Brasil Aqui Tem SUS, que objetiva o compartilhamento de experiências bem sucedidas nos municípios brasileiros durante os congressos da instituição, é o expoente máximo desse trabalho (JUNQUEIRA, 2016).

Os sujeitos de pesquisa receberam convite para participação por e-mail, redes sociais virtuais, como o Facebook e o WhatsApp, em grupos de gestores(as) e trabalhadores(as) da AB do SUS, sendo solicitado aos(às) respondentes a divulgação junto aos seus pares na gestão e/ou nos serviços de saúde. Também foi solicitado apoio na divulgação do questionário eletrônico e da pesquisa a diversas instituições representativas como o próprio Conasems, os Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), entre outros.

Foram disponibilizadas, no convite, informações sobre a pesquisa e o contato do pesquisador responsável para eventuais dúvidas. O TCLE foi substituído por item do formulário eletrônico, podendo o(a) respondente assinalar seu acordo ou desacordo em participar do estudo, havendo a opção de solicitar o envio do TCLE em meio físico.

Foram 215 respondentes, dos quais 74,4% do sexo feminino e 25,6% masculino; 29,8% de MG, 7,9% de GO, 7,4% da PB e 0,47% de SE e CE; 46% de 30 a 39 anos, 29,3% de 40 a 49 anos e 12,5% de 20 a 29 anos. Com relação a carreira e formação, 27% tinham mais de 6 meses até 1 ano no cargo ou função e 26,9% tinha mais de 4 anos; 62,3% possuíam especialização e 21,4% a graduação como maior escolaridade concluída; 57,2% eram enfermeiros(as) e 12,5% possuíam outra graduação que não as descritas, tais quais biologia, pedagogia, odontologia, farmácia, entre outras. Outras informações sobre os(as) respondentes está disponível no Anexo B. Tendo em vista que não se buscou a representatividade numérica dos(as) participantes do formulário FormSUS, conforme já exposto, opta-se por não fazer maiores análises sobre o perfil dos/as respondentes.

Alexandre et al. (2016) destacam a capacidade de capilaridade do formulário como instrumento de pesquisa devido ao grande número de pessoas que tiveram contato com o tema da PS e a maior familiaridade do público alvo com os temas e os conceitos da PS. Contudo, identificaram limites em estudo com a obtenção de dados via formulário eletrônico, uma vez que este formato pode influenciar na desistência de parte dos respondentes.

Em complemento aos formulários e às entrevistas, realiza-se um exercício teórico de aprofundamento a partir da análise sobre o PMAQ na perspectiva de evidenciar concretamente possibilidades para a dimensão da Atenção à Saúde da PS.

Processo analítico

Para Campos (2004), na execução de uma pesquisa científica, a fase de analisar os dados é um dos momentos mais nevrálgicos e a escolha do método ou da técnica para a sua realização necessita, do pesquisador, muita atenção e cuidado. Para Souza Júnior, Melo e Santiago (2010), a análise dos dados, ainda que não se dissocie das demais fases, tem como objetivo compreender o que foi coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar a compreensão de contextos para além do que se pode verificar nas aparências do fenômeno.

A análise qualitativa se relaciona a um processo mais intuitivo, mais maleável e adaptável a índices não previstos, sendo essencial explicitar o contexto de produção das mensagens, já que não se baseia em frequências elevadas. Além disso, é necessário considerar todo o conteúdo para não deixar elementos importantes de lado e/ou levar em conta elementos não significativos (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011), parece ser útil a Análise de Conteúdo (AC) como recurso

quando se pretende a compreensão, a partir da análise das comunicações, além dos significados imediatos. A AC consiste em um recurso técnico para análise de dados provenientes de mensagens escritas ou transcritas (SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010) e se constitui em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos (CAMPOS, 2004).

De maneira geral, para Bardin (2011), a AC corresponde aos objetivos de tornar a visão pessoal do analista compartilhável, ou seja: o que ele julgou ver está efetivamente lá? A sua leitura é válida e generalizável? De acordo com a autora, há dois polos, o desejo de rigor e a necessidade de descobrir, que expressam a força da AC e, metodologicamente, confrontam-se ou complementam-se na verificação prudente e/ou na interpretação brilhante.

Campos (2004) afirma que a AC não deve ser tão subjetiva, levando o pesquisador a impor as suas próprias ideias ou valores e com o texto passando a funcionar meramente como confirmador dessas, assim como não deve seguir um formalismo excessivo que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador. O autor destaca, ainda, que os conteúdos devem ser valorizados à medida que são interpretados, levando em consideração o contexto social e histórico sob o qual foram produzidos.

Bardin (2011) considera que pode ser uma redução, prejudicando a riqueza de informação específicas da AC, a opção pela forma clássica que privilegia a frequência dos temas em quadro categorial, já que há a possibilidade de ocorrer a incapacidade de transmissão do essencial das significações produzidas pelos entrevistados. Ainda que destaque a validade e importância desse tipo de análise, a autora defende sua complementação.

Analisando as limitações da AC, Mozzato e Grzybovski (2011) destacaram a importância de o pesquisador detalhar os procedimentos adotados na abordagem visando garantir a validade da sua análise, sendo necessário, portanto, detalhar e cumprir as etapas que constituem o método. Os autores também reforçam a ideia de que é preciso considerar que toda construção criativa não pode estar desvinculada da análise do contexto e da história (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Assim, nesta pesquisa a opção é pela não validação através de análise quantitativa do conteúdo do material coletado, ainda que tenha ocorrido análise frequencial simples das unidades de análise (UA) para discussão e considerações. A análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação, somente os índices é que são retidos de forma não frequencial, podendo o analista recorrer a expedientes quantitativos. O que

caracteriza a análise qualitativa é o fato de a ‘inferência’ ser fundada na presença do tema e não sobre a frequência da sua aparição em cada comunicação individual (BARDIN, 2011).

Uma UA, ou unidade de registro, é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial (BARDIN, 2011). Nos estudos qualitativos, a fase de seleção das UA, que é uma das mais básicas e importantes decisões do pesquisador, é orientada pelas questões de pesquisa que necessitam ser respondidas (CAMPOS, 2004). Para Bardin (2011), é preciso ler e utilizar perguntas e questões como auxílio: o que, de fato, está dito na mensagem? O que está tácito? O que foi dito que complementa outras entrevistas? O que diverge? Entre outras.

A modalidade da AC adotada nesta pesquisa foi a análise temática (AT), ou categorial-temática, que, segundo Minayo (2008), é a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Fazer uma AT consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença tem significado para o objeto em análise (MINAYO, 2008; BARDIN, 2011). Para Oliveira (2008), esta análise considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido.

Segundo Minayo (2008), operacionalmente a AT é realizada em etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Oliveira (2008), de forma semelhante, cita as etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados – inferência e interpretação. O autor ainda destaca como conceitos-chave da AT a objetividade, a sistematicidade e o conteúdo manifesto, dentre outros.

A presença de determinados temas demonstra estruturas de valores, relevância e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. Para Bardin (2011), perguntas abertas e questionários podem ter o conteúdo avaliado por temas e a AC pode ser uma análise dos ‘significados’ através da AT. O tema, segundo esta autora, é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Já o texto pode ser recortado em ideias constituintes, enunciados e proposições portadores de significação isoláveis (BARDIN, 2011). O tema é geralmente utilizado como UA para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc. As respostas a questões abertas, em entrevistas não diretivas ou mais estruturadas, são frequentemente analisadas tendo o

tema como base (BARDIN, 2011).

Para Campos (2004), a AT nos leva ao uso de sentenças, frases ou parágrafos como UA. O tema pode ser compreendido como uma escolha própria do pesquisador, vislumbrada através dos objetivos de sua pesquisa e indícios levantados do seu contato com o material estudado e teorias embasadoras. O autor destaca que é difícil, neste momento, delinear com absoluta transparência os motivos da escolha deste ou daquele fragmento, levando em consideração que a relação que se processa entre o pesquisador e o material pesquisado é de intensa interdependência.

Para a escolha dos temas, ainda segundo Campos (2004), são utilizados os objetivos do trabalho e algumas teorias como primeiros norteadores, mas ressalta que não se pode abster-se do uso de recursos mentais e intuitivos que muitas vezes transcendem as questões postuladas e são definitivamente necessários a uma análise deste porte e que a opção por esta ou aquela unidade temática é uma conjunção de interdependência entre os objetivos do estudo, as teorias explicativas adotadas pelo pesquisador e as próprias teorias pessoais intuitivas do pesquisador.

Já a categorização é uma operação de classificação de elementos constituintes de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero a partir de critérios previamente definidos e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo (CAMPOS, 2004; BARDIN, 2011). O processo classificatório, segundo Bardin (2011), possui considerável importância em toda e qualquer atividade científica. As categorias reúnem um grupo de UA sob um título genérico e tal agrupamento é realizado em razão das características comuns aos elementos. Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros, permitindo o agrupamento. A categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2011).

Para Souza Júnior, Melo e Santiago (2010), a categorização parte da necessidade de o objeto da pesquisa ser destacado como elemento central, expressando-se em uma temática sintética acerca do que se deseja investigar, assim como também sua operacionalização. Ou seja, como este se expressará, um caminho de ordenação da realidade investigada, na intenção de apreendê-la conceitualmente. Os autores também afirmam que as categorias analíticas, delimitadas enquanto palavras-chave, traduzem os pilares da e para a reflexão conceitual, tanto no trato com a literatura quanto no contato com os dados de campo (SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010).

Segundo Bardin (2011), a análise do material, segundo os sistemas categoriais criados, pode evidenciar aspectos positivos, neutros ou negativos, de acordo com o referencial teórico (BARDIN, 2011). Isso é evidenciado nesta pesquisa, nas compreensões de ações de saúde que, pelo mesmo motivo, são vistas de forma divergente, como ação de PS e negando essa possibilidade: é PS porque é cuidado ou assistência à saúde e não é PS porque é cuidado ou assistência à saúde.

Nesta pesquisa, os temas fundantes das hipóteses iniciais que se desejava problematizar e discutir foram naturalmente incluídos nas questões disparadoras da entrevista e na instrução de classificação a partir das ExpMun do formulário FormSUS. Isso induziu, de alguma forma, as categorias, que foram confirmadas e ampliadas a partir da fase da pré-exploração do material, podendo ser compreendidos como temas previstos (OLIVEIRA; JAIME, 2016).

Campos (2004) afirmou a exigência de o pesquisador realizar um intenso ir e vir ao material analisado e às teorias embasadoras, além de não perder de vista o atendimento dos objetivos da pesquisa. O autor defende que não existem fórmulas mágicas que possam orientar o pesquisador na categorização. Em geral, segue-se seu próprio caminho baseado nos seus conhecimentos teóricos, norteado pela sua competência, sensibilidade, intuição e experiência (CAMPOS, 2004). Para Bardin (2011), é necessário recorrer às teorias para superar o conteúdo estrito das mensagens, realizando uma interpretação controlada e consciente que consiste na formulação de hipóteses implícitas, regras de pertinência entre projeção teórica e conteúdo do texto e explicitação dos indicadores que permitiram a inferência.

A partir da AT das entrevistas transcritas e das respostas ao FormSUS foi possível trazer à tona temas apreendidos da análise, a partir do agrupamento das UA em categorias dada sua relevância para o objeto de pesquisa. Destaca-se que, a partir de certo número de respostas ou entrevistas, a temática repete-se, fornecendo cada vez menos novidades (BARDIN, 2011).

Seguiu-se, com adaptações, a sistematização de procedimentos para a análise de conteúdo temático-categorial proposta por Oliveira (2008). Foi feita a leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto, a definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado, a determinação das UA e definição dos temas, a análise temática, o tratamento e apresentação dos resultados e a discussão dos resultados.

Na construção de categorias empíricas buscou-se características, como homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência,

além da importância qualitativa dos temas, que permitam responder se o tema é fundamental para compreender o objeto de estudo, se o tema revela alguma faceta do objeto de estudo que interessa ao pesquisador e, ainda, se o tema desvela alguma dimensão do referencial teórico adotado (OLIVEIRA, 2008). Assim, segundo a autora, as categorias empíricas devem ter atributos que sintetizam as UA extraídas do texto e agregam os significados existentes no texto em subconjuntos. Elas são específicas e comportam a maior parte do material analisado (OLIVEIRA, 2008).

Nas respostas do formulário FormSUS não foram realizadas análises individuais de respondentes, ou seja, as respostas das nove ExpMun ou de algumas delas por um(a) determinado(a) respondente, já que não é objetivo da análise afirmar que as respostas estavam corretas ou não, mas sim extrair elementos das possíveis compreensões sobre a PS relatadas com base nas ExpMun que permitissem debater e problematizar as (múltiplas) interpretações sobre a PS. Não se tratou simplesmente de ‘sim’ ou ‘não’ e ‘porque’. Portanto, não se objetivou, em nenhum momento, privilegiar o aspecto quantitativo, partindo-se do princípio que a multiplicidade interpretativa é constitutiva do campo da PS e não seria essa pesquisa que avançaria em desvelar tal hipótese, mas sim a riqueza e diversidade das múltiplas e até mesmo contraditórias respostas.

A classificação em si da ação como de PS não foi o mais relevante, já que não se realizou a análise quantitativa nessa questão. Houve especial interesse nas argumentações, justificativas, afirmativas e negativas sobre o porquê dessa opção, pois nelas é que haviam elementos que permitiam a análise e enriqueciam as possibilidades interpretativas sobre a PS. Destaca-se que as justificativas nem sempre fazem sentido ou são condizentes com a resposta, que no mais habitual foi de que ‘é PS porque é prevenção’. Como já exposto, não é possível afirmar que se trata de um avanço na compreensão da PS no sentido que esta pesquisa busca apresentar ou a histórica e hegemônica ideia da PS como sinônimo de prevenção.

Destaca-se que na grafia das respostas do questionário FormSUS havia muitas incorreções. Acredita-se que foram motivadas, em parte, por se tratar de um formulário eletrônico online e existirem múltiplas plataformas de preenchimento, dentre elas o celular. A comunicação por meio deste dispositivo, sabidamente, apresenta uma grande flexibilidade na grafia, afastando-se da norma culta. Poucos foram os casos que não foi possível fazer a interpretação da resposta e, quando houve dúvida, a resposta não foi considerada.

Deste processo culminaram as seguintes categorias:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças
- Dimensão da Atenção à Saúde: o Cuidado na Promoção da Saúde;
- Mudança comportamental/ Construção de modos de vida saudável;
- Papel do Setor Saúde na Promoção da Saúde;
- Abordagem individual;
- Princípios da Promoção da Saúde: Intersetorialidade e outros.

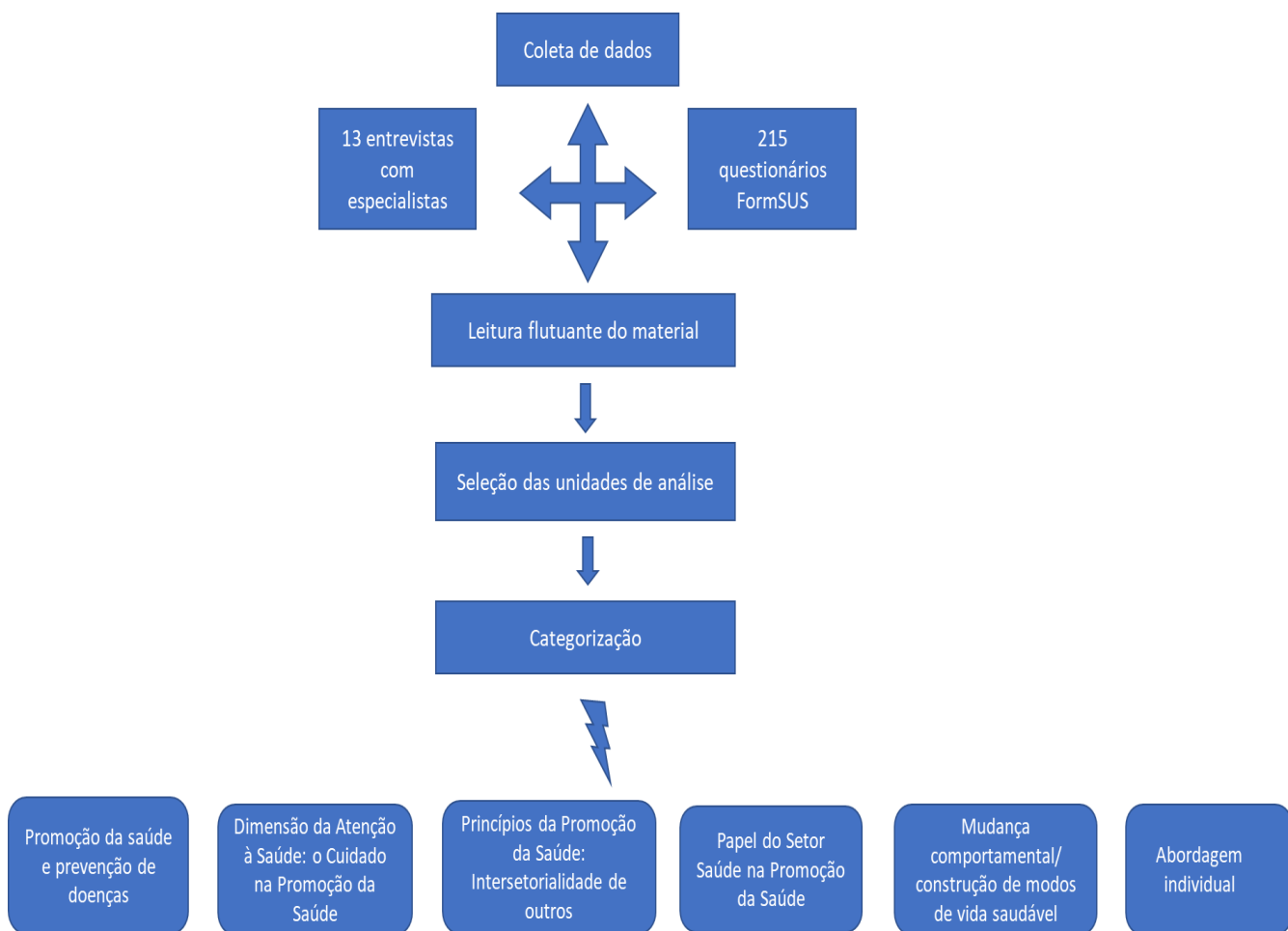
Ressalta-se que, ainda que as formas de coletar dados tenham sido distintas, com sujeitos distintos, a PS e temas correlatos foram 'fios condutores' que permitiram a categorização. Outro ponto relevante é que, ainda que elementos relacionados à educação em saúde e formação e educação permanente não tenham formado uma categoria própria por não atenderem os critérios de pertinência, objetividade e fidelidade, eles foram analisados e discutidos em outras categorias.

Assim como em Beato, Van Stralen e Passos (2011) são evitadas, nas análises desta pesquisa, as supervalorizações das polarizações, privilegiando-se pensar o campo em questão de forma complexa. Dessa forma, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos propostos ou novas descobertas inesperadas (BARDIN, 2011). A partir das operações citadas, são apresentadas resultados, discussão e considerações sobre os temas nos capítulos que se seguem. Em cada item desses capítulos será apresentada uma síntese das unidades de análise/tema a partir do modelo de tabela apresentado abaixo.

Unidades de análise / Tema	
Experiência municipal (ExpMun)	Nº de 1 a 9
Entrevista (Ent)	Nº de 1 a 13

Abaixo o fluxograma do percurso metodológico.

Figura 1 – Fluxograma: Percurso metodológico



Capítulo 3

Repensando conceitos e formas da Promoção da Saúde: princípios, aproximação com a prevenção de doenças e o papel do setor saúde

Princípios da Promoção da Saúde: Intersetorialidade e outros

Há a crença de que a Promoção da Saúde (PS) está no cotidiano dos serviços de saúde, não só na Atenção Básica (AB), mas de uma forma apriorística. Ou seja, algumas ações são classificadas como tal sem que necessariamente tenham os princípios e diretrizes da PS em seu escopo, operacionalização e objetivos. São exemplos as ações que figuram na primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e que foram mantidas na atual versão de 2014, ou ainda as atividades coletivas e de educação em saúde, independente do tema ou da forma de abordagem.

De uma forma geral, são estabelecidas condições para que uma ação ou um programa sejam considerados de PS, por exemplo: necessariamente tem que ocorrer a intersetorialidade, empoderamento, participação social, entre outros princípios, além de ter que cursar necessariamente com mudanças macro nas condições de vida. Se não houver, simultaneamente, esses e outros princípios e diretrizes da PS, não podem ser considerados como tal, o que inviabilizaria, a rigor, que um serviço de saúde ou locais que utilizem o esporte e lazer, a geração de emprego e renda etc. como ferramentas atuem com a PS.

Silva e Tavares (2016), por exemplo, consideram que o trabalho intersetorial é um relevante instrumento para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações com base nos pressupostos teóricos e metodológicos da PS. Já para Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor Saúde.

Não há discordância destas afirmativas, mas o que se explora e questiona nesta pesquisa é a interpretação da necessidade de uma espécie de pacote mínimo de princípios que permitiria a classificação da ação de saúde como PS, dadas sua complexidade e suas particularidades. Defende-se, portanto, que não há obrigatoriedade de todos os princípios e diretrizes estarem presentes nas ações ou programas, assim como não há que se pensar

em um conjunto mínimo desses para que possa ser caracterizada a PS. Entende-se que algum desses devem fazer parte dos objetivos, planejamento e execução das ações ou programas de PS e, a partir daí, buscar agregar outros.

As questões conjunturais brasileiras relacionadas à Saúde e também a outras áreas sociais evidenciaram alguns princípios como equidade, respeito à diversidade, sustentabilidade, atuação sobre os DSS, entre outros, assumindo grande importância para a nação. Esses, inclusive, se tornaram, compromissos do então governo brasileiro dos últimos anos frente a políticas e agendas nacionais e internacionais (MINOWA et al., 2017), o que consequentemente fortaleceu a agenda da PS por serem também seus princípios. Para os objetivos desta tese, destacam-se alguns princípios e diretrizes da PS: concepção ampliada de saúde, participação social, intersetorialidade e intrasetorialidade, autonomia, equidade, empoderamento, sustentabilidade, integralidade, territorialidade, protagonismo do sujeito e governança (WESTPHAL, 2006; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a; MALTA et al., 2016).

Abaixo, na tabela 1, os temas que surgiram da fala de trabalhadores/as, gestores/as e especialistas:

Tabela 1 – Temas: Princípios da PS

Foi caracterizada como PS

Envolvimento de diversos setores / Intersetorialidade (relacionada à melhora de determinantes e condicionantes de agravos de saúde) / a unidade do poder público para mudar uma situação crítica da população	
ExpMun	1, 2, 6, 9
Ent	1 a 8, 10, 12, 13
Intrasetorialidade / a ação e a construção de redes intersetoriais para uma atenção e Cuidado integrais / envolver vários programas da rede de atenção à saúde	
ExpMun	1, 6, 9
Ent	1, 3 a 7, 10 a 12
Participação da população / mobilização social e a participação da comunidade / Planejamento participativo / Construção coletiva	
ExpMun	1, 6, 9
Ent	1, 4, 5, 9 a 12

Autonomia e fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os condicionantes e determinantes de saúde/ O aumento da autoestima, da autonomia e independência	
ExpMun	1, 5, 7, 9
Ent	1, 4, 7, 9, 10

Promoção de ações educativas / Educação em saúde	
ExpMun	1, 2, 5 a 7, 9
Ent	10

Abordagens que visam a integralidade / abordagem multiprofissional, multidisciplinar / nos serviços de saúde numa perspectiva das equipes multidisciplinares / ações multiestratégicas	
ExpMun	6, 9
Ent	5, 7, 8, 11, 12

Empoderamento e desenvolvimento crítico (dos sujeitos, das famílias, das comunidades, dos profissionais e equipes)	
ExpMun	5, 7, 9
Ent	4, 9, 12

Saúde quando é entendida de forma ampliada / arcabouço ... norteador, uma nova perspectiva de saúde, de práticas, na verdade é um movimento contra-hegemônico, de paradigma, de olhar sobre a saúde / concepção ampliada de atenção à saúde	
ExpMun	5, 9
Ent	9, 11, 12

Redução de internações, morbidade e óbitos / trabalha aspectos que extrapolam a assistência à saúde na lógica de queixa e conduta / distintos atendimentos e orientações à comunidade em geral, reduzindo o número de consultas pelo aumento da resolutividade / discutir ... a questão da opção terapêutica, da melhor alternativa ou do diagnóstico ampliado, do reconhecimento de determinantes e os princípios e valores da PS na Clínica	
ExpMun	1, 2, 5, 7, 9
Ent	1

Corresponsabilização do indivíduo pelo cuidado / promoção do autocuidado a partir da corresponsabilidade e estímulo a hábitos saudáveis	
ExpMun	4, 6, 9
Ent	9

Equidade / Redução de iniquidades	
ExpMun	-
Ent	8, 10, 11

Territorialização	
ExpMun	9
Ent	9, 11

Protagonismo das mulheres	
ExpMun	5
Ent	-

Educação permanente, continuada e multiprofissional	
ExpMun	9
Ent	

Não foi caracterizada como PS

Foco em uma fase da vida com vistas à compreensão de sua fisiologia e limites	
ExpMun	5
Ent	-

Realizar ações educativas visando orientar as mulheres idosas, e não ações que atuam diretamente na saúde da população	
ExpMun	5
Ent	-

Compreensão restrita da saúde pelo Setor Saúde / 'Caixinhas'	
ExpMun	-
Ent	8

Nesta pesquisa, a inter e a intrasetorialidade foram amplamente destacadas, em quatro ExpMun e por 11 especialistas e em três ExpMun e por nove especialistas, respectivamente, demonstrando que o primeiro princípio é 'visceral' para a PS e o segundo vem ganhando cada vez mais força na discussão, em especial com os especialistas.

A intersetorialidade se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2014a). Para Loch e Guerra (2017), a saúde deve ser tratada de maneira intersetorial. Prado, Medina e Aquino (2017) concordam e afirmam que a atuação intersetorial tem sido um pressuposto nos discursos oficiais sobre a PS e dos DSS.

Em pesquisa com gestores responsáveis pela definição da política de PS em municípios, Silva et al. (2015) trouxeram que a intersetorialidade e a interdisciplinaridade são citadas como marcadores de PS. Ou seja, a existência de programas, atividades e ações intersetoriais que se realizam em intercâmbios ou parcerias com objetivos comuns representam, *per se*, práticas de PS (SILVA et al., 2015), revelando a compreensão de que a PS, a partir de alguns princípios, estaria dada, independente de quaisquer outros elementos.

Ainda que o trabalho intersetorial seja uma meta a ser alcançada pelas equipes de

saúde, Silva e Tavares (2016) observam uma sensação de insatisfação e impotência, uma vez que as equipes consideraram seu trabalho ineficiente, mesmo com algumas iniciativas de estabelecimento de ações intersetoriais. As autoras também destacam que, mesmo que a intersetorialidade não ocorresse de forma efetiva, ela foi compreendida como reconhecimento de prática integrada de trabalho em equipe, a partir da consideração de que a Saúde pode ter limitações para efetivar a PS na busca por garantir a execução de políticas sociais que respondam às desigualdades e iniquidades (SILVA; TAVARES, 2016).

Entende-se ser possível que programas ou ações de PS iniciem com ações individuais de trabalhadores ou de apenas um serviço de saúde e, a partir do êxito, ganhem visibilidade, agregando parceiros e capital político para buscar contemplar e agregar mais princípios e diretrizes da PS. Logo, é necessário relativizar a necessidade dos programas e ações conterem, em todos os momentos, diversos princípios e diretrizes da PS, em especial a intersetorialidade. Kessler et al. (2018) vão além e defendem que, para melhor desempenho e resolutividade na AB, atividades intersetoriais são indispensáveis, aliando inter e intrassetorialidade por meio do cuidado resolutivo.

Na ExpMun 2, por exemplo, apesar da intersetorialidade ser relatada por respondentes, não há elementos para afirmar que ela ocorreu. É possível que a ação multiprofissional retratada na ação de saúde tenha sido denominada dessa forma, mostrando uma imprecisão conceitual, também muito comum entre inter e intrassetorialidade. Isso remete ao fato que, na PS, algumas questões importantes ainda estão restritas ao campo epistemológico, da pesquisa e da Academia, e pouco presentes nas práticas cotidianas dos serviços e profissionais de saúde.

Resgata-se, portanto, a dicotomia existente entre a exclusividade da intersetorialidade para pensar a PS e de sua aparente oposição ao cuidado e à Clínica, que gera resistência a olhar para dentro da Saúde por meio da intrassetorialidade e da dimensão da Atenção à Saúde.

No que se refere à intrassetorialidade, no caso da Saúde, ela remete-se ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas (BRASIL, 2014a). Contudo, apesar de conceitos serem essenciais para embasar práticas, sua ‘tradução’ passa por diversos processos para que os(as) trabalhadores(as) possam, de fato, efetivá-los. Este princípio será discutido com maior profundidade no item referente à dimensão da atenção à saúde e também do papel do setor Saúde.

A mobilização, participação social e o planejamento e a construção coletiva foram citados em três ExpMun e por sete especialistas, mostrando ser esse também um princípio-chave para a PS. A participação social é definida como a consideração, nas intervenções, da visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações (BRASIL, 2014a). Complementando esse princípio, foram abordados em quatro ExpMun e por cinco especialistas, a autonomia e o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com determinantes e condicionantes da saúde; em três ExpMun e por três especialistas, o empoderamento dos sujeitos, das famílias, das comunidades, dos profissionais e das equipes; e, ainda, em três ExpMun e por um especialista, a corresponsabilização do indivíduo no processo saúde-doença e pelo cuidado.

Silva e Tavares (2016) defendem que a PS deve fomentar a autonomia e participação social e fortalecer a intersetorialidade de forma articulada, que promovem comportamentos e estilos de vida saudáveis em relação ao cuidado dos sujeitos. Loch e Guerra (2017) afirmam que as políticas e ações tendem a ter uma maior sustentabilidade quando elementos de participação social estão presentes em todo o processo e não só na parte final e reforçam a ideia de que a participação social é um tema muito caro à PS pois, por meio dela, as pessoas e comunidades se empoderam e participam ativamente nas decisões que afetam suas vidas.

Segundo Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), quando as ações de PS se propõem a ampliar o controle dos indivíduos sobre os determinantes da saúde, ela se refere também a ampliar a autonomia dos indivíduos e coletividades para agirem sobre esses determinantes. As autoras registram que a autonomia é uma característica das sociedades democráticas marcadas pelo direito a diversidade, livre expressão, liberdade de comportamentos de indivíduos e grupos, sendo necessário respeitar limites de danos a terceiros, porém é sempre relativa, relacionada aos outros ou ao coletivo, e depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele participe da criação dessas circunstâncias.

Penido e Romagnoli (2018) entendem que o incentivo à autonomia possui centralidade como meio para buscar condições dignas de vida e possibilitar que indivíduos e coletivos ampliem o domínio sobre os determinantes e condicionantes da saúde. De acordo com as autoras, no Brasil, a ênfase sobre a autonomia é perceptível na formulação de políticas do SUS, dentre elas a Política Nacional de Atenção Básica, a qual propõe a adoção de estratégias que impactem na autonomia e minimizem

desigualdades/iniqüidades, a Política Nacional de Humanização (PNH)/HumanizaSUS, que propõe como um de seus princípios o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos (PENIDO; ROMAGNOLI, 2018).

Para Prado, Falleiro e Mano (2011), as relações entre profissionais e sujeitos, quando baseadas em interação com escuta cuidadosa, troca e construção de vínculos, ampliam a possibilidade de desenvolver o empoderamento desejado para a consolidação da PS. Para esses autores, a PS efetiva-se no ganho de poder, possibilidade de decidir e de optar.

Compartilha-se, aqui, uma reflexão: qual autonomia é possível, é real? Nunes Filho et al. (2017) relataram que entre hipertensos acompanhados, em uma determinada ação de saúde na AB, a maioria mantinha a pressão arterial controlada através de medicamentos, porém alguns deixavam de tomá-los quando estavam assintomáticos. Eles acreditavam que ‘a pressão estava boa’, só retomando o seu uso quando algum sintoma se manifestava. Ora, pode-se afirmar que tais sujeitos eram autônomos nessa situação? Em caso positivo, ela seria benéfica? Qual grau de acompanhamento, pelos serviços e profissionais de saúde, deixa de ser estímulo à autonomia e passa a ser controle?

Nunes Filho et al. (2017) destacaram ainda que, em atividades de acompanhamento durante visitas domiciliares, houve relatos do uso de medicamentos sem prescrição médica. Segundo Kessler et al. (2018), o consumo de medicamentos sem indicação ou sem seguir a prescrição médica pode acarretar vários danos à saúde. Autonomia? Benéfica? Tais questões não serão aprofundadas por demandarem grande investimento e não serem o escopo específico desta tese, mas foram trazidas para mostrar que, mais do que princípios e palavras, no cotidiano, a PS lida com uma complexidade, diversidade e particularidades que não permitem crer que ela é uma coisa simples, fácil de fazer.

Franco de Sá, Nogueira e Guerra (2018) defendem a necessidade de, por meio da PS, fortalecer uma linha de crítica que resista a posições dominantes mantidas pelas teorias lineares da causalidade e procurar conjunções interdisciplinares e críticas para superar dialeticamente o modelo biomédico. Assim, para a PS é essencial que as ações sejam negociadas, articuladas e pactuadas com participantes e beneficiários(as), respeitando seus saberes, crenças e estimulando-os(as) a serem corresponsáveis pelo processo de cuidado.

Autonomia e empoderamento, em conjunto com a participação e mobilização, formam uma quadra importante de princípios que dão grande especificidade à PS, ou seja,

a presença de ao menos um deles nas ações dará robustez para análises e avaliações que busquem classificar as ações de saúde em PS. Através deles, informações, orientações e prescrições, que são necessárias e essenciais, terão maior possibilidade de estarem conectadas com a factibilidade de serem efetivadas, ou seja, o que é informado, orientado ou prescrito é uma possibilidade para aquele sujeito? Aí estão relacionados desde a capacidade de compreensão dos sujeitos, condições sociais, interesse, discordância com suas crenças, entre outros. Em caso de uma resposta negativa, há a necessidade de construção de outras formas possíveis de ações relacionadas à saúde. Não se trata, segundo Penido e Romagnoli (2018), de desprezar a importância da informação, mas de problematizar seus limites como dispositivo de produção de protagonismo e autonomia dos usuários.

Loch et al. (2019) concordam que a informação é necessária na práxis em saúde, mas criticam o fato de muitas vezes a abordagem focada somente na informação ser limitada, muitas vezes destacando uma visão moralista que determina ‘certo’ e ‘errado’ no tocante a práticas de saúde. Os autores destacam ainda que a abordagem centrada na informação muitas vezes é adotada como solução única com forte apoio e indução de setores que têm forte influência econômica e política (LOCH et al., 2019), como a indústria de alimentos ultraprocessados, do tabaco, das bebidas alcoólicas, entre outros exemplos possíveis.

Recentemente a OPAS trouxe para o Brasil, de forma institucionalizada, a discussão dos determinantes comerciais da saúde na perspectiva de discutir as suas influências na saúde das populações em uma sociedade interconectada (ABRASCO, 2018; OPAS, 2019). Segundo Kickbusch (2015), os fins lucrativos epidêmicos que se agregam às DCNTs, atingindo os pobres de forma mais acentuada, demandam preocupação política a ser dirigida aos fatores determinantes da saúde de natureza comercial. Para a autora, essa parcela da população é alvo das empresas produtoras de bens de consumo não saudáveis, dentre eles os alimentos processados, cigarros, bebidas alcoólicas e refrigerantes.

Esses produtos representam um mercado com crescimento exponencial e são capazes de mudar estilos de vida, contribuindo para o aumento das DCNTs. Kickbusch (2015) ressalta o desafio de lidar com os fatores determinantes dessas doenças por meio de uma adequada regulamentação, diante da significativa pressão exercida pelas indústrias globais. Logo, contra essa pressão só a informação pode não ser suficiente.

Haeser, Büchele e Brzowski (2012) destacam a importância da priorização de

políticas públicas voltadas para a diminuição das iniquidades sociais, evidenciadas nas desigualdades em saúde, como estratégia de PS no Brasil que visa ampliar a autonomia individual e coletiva. Por outro lado, Beato, Van Stralen e Passos (2011) veem como contraditório apregoar a ampliação da autonomia dos usuários sobre os determinantes da saúde como princípio fundamental da PS da forma que fazem as diretrizes nacionais: mantendo dispositivos fragmentados no território e verticalmente engessados. Para elas, a potencialização dos efeitos de atividades isoladas das equipes de AB é limitada, ainda que adotem um processo de trabalho que possa ser julgado interessante na perspectiva da aproximação com a PS (BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011).

No polo oposto está a falta de autonomia, no caso de ausência de profissionais de saúde em uma localidade relatado por um especialista, motivo pelo qual o sujeito não consegue se ver como um cidadão que pode reivindicar aquilo denota a importância deste princípio. Na situação em tela, a ausência do profissional faz com que a cidadania, que está além do que pensamos sobre saúde e PS, fosse cerceada.

Penido e Romagnoli (2018) afirmam que há um grande risco de que as práticas de PS se transformem em estratégias de vigilância e de controle das subjetividades envolvidas. Dessa forma, torna-se necessária a problematização da autonomia em relação a ideais bem ‘desenhados’ de práticas consideradas como padrão de saúde como não fumar, fazer atividade física (AF) e ter uma alimentação saudável, entre outras.

Madeira et al. (2018) criticam análises que defendem a autonomia dos indivíduos sobre seus comportamentos de forma desconectada com a realidade socioeconômica, nas quais há ênfase na força de vontade ou esforço pessoal. Há o resgate da polissemia da PS, que pode gerar deslizamentos semânticos e ideológicos na produção cotidiana de sentidos, em especial ao ser operacionalizada nos territórios, os quais são constantemente atravessados por variados discursos e práticas, com possibilidades até mesmo contraditórias. Tal polissemia está, em geral, relacionada aos conceitos de autonomia, risco e comunidade, tornando a PS ‘útil’ para diferentes intencionalidades (BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011).

A educação em saúde foi abordada em seis ExpMun e por um especialista, também podendo ser compreendida como um princípio clássico da PS, muitas vezes sendo consideradas como sinônimos. Ela é entendida a partir de duas possibilidades que encontram-se em polos opostos, quais sejam: de um lado, baseada em um modelo preventivo de educação em saúde pouco efetivo, já que geralmente despeja recomendações ou prescrições sem que, conforme exposto acima, sejam verificadas as

possibilidades de realização pelos sujeitos; de outro, com foco em práticas problematizadoras da realidade e libertadoras na busca de melhores condições de saúde e de vida.

Pelo exposto, as práticas educativas em saúde carecem de mais elementos para a sua caracterização como PS. Kessler et al. (2018) exemplificam essa situação ao afirmarem que uma das principais estratégias de PS desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica (eABs) e relacionadas a pessoas com DCNTs são os grupos de apoio ao autocuidado. Segundo os autores, estes grupos podem intensificar processos de educação em saúde, facilitar a construção de vínculos e promover o autocuidado e a adesão ao tratamento ou, por outro lado, podem se tornar uma barreira para o acesso, já que são utilizados como condição, por exemplo, para o recebimento de fármacos.

Além disso, os autores afirmam que, se prevalecer a ideia tradicional de educação em saúde, aquelas repetitivas e direcionadas à doença, as atividades em grupo podem desestimular a participação dos usuários (KESSLER et al., 2018). Para Loch e Guerra (2017), inegavelmente a educação é parte da solução, mas não será suficiente para apoiar mudanças mais amplas se for tratada de maneira isolada, sendo necessária uma articulação entre diversos setores.

Tanto na prática profissional, quanto nas pesquisas, é fundamental que a área da Saúde incorpore a ideia de que o conhecimento é importante, mas que é, em geral, insuficiente para a adoção de comportamentos saudáveis (LOCH et al., 2019). Logo, é necessário dimensionar a aposta na educação em saúde, mesmo nas que buscam melhores condições de saúde e de vida, para não acarretar a culpabilização dos sujeitos.

Segundo Prado, Falleiro e Mano (2011), a educação popular aparece como uma ferramenta e uma visão de mundo para a produção de novos saberes e subjetividades, com a possibilidade de ampliar e/ou fortalecer a autonomia dos sujeitos, a partir da horizontalização da relação profissional-usuário, desconstruindo a transmissão unidirecional de saber entre as pessoas. Do mesmo modo, para Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), é necessário gerar uma relação horizontal e de diálogo entre profissionais de saúde e usuários. Se isso não ocorrer, as ações de PS podem se tornar paternalistas e autoritárias, e as práticas de PS acabaram por limitar as liberdades individuais.

Silva e Tavares (2016) sustentam que o objetivo de trabalhar com práticas educativas de PS é interferir na realidade de determinada situação social, por meio da organização e empoderamento da população ante a realidade concreta. Para as autoras,

tais práticas podem ser estimuladas pelos profissionais de saúde, levando a população a identificar o processo saúde-doença-cuidado de forma diferenciada, baseada no exercício da cidadania, além de serem fatores facilitadores nas articulações intersetoriais.

Formas de operar ações de PS por meio de princípios como a integralidade, com abordagem multiprofissional e multidisciplinar e a partir de ações multiestratégicas, são relacionadas em duas ExpMun e por cinco especialistas. Já a concepção ampliada de saúde e de Atenção à Saúde é considerada em duas ExpMun e por três especialistas, enquanto a redução do número de consultas e internações pelo aumento da resolutividade, o reconhecimento de determinantes da Saúde na Clínica e no cuidado, a superação da assistência à saúde na lógica de queixa-conduta e a discussão, com os sujeitos, das opções terapêuticas são apresentadas em cinco ExpMun e por um especialista. Esses dados retratam um cenário na qual há crença de que a PS, operacionalizada das formas citadas, trará bons resultados, inclusive na perspectiva da Clínica. Esse destaque é importante dada a cisão entre a PS e o cuidado e a Clínica. Essa crença, se confirmada, seria um diferencial e um passo crucial para a interpenetração, na prática, desses conceitos e ideias que fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde.

Segundo Silva e Tavares (2016), para efetivação da integralidade da Atenção à Saúde, é importante que as equipes de saúde estejam estruturadas e articulem-se entre si, bem como com os agentes de outros setores. Para esses autores, a integralidade das ações carece de continuidade e comprometimento junto à comunidade para trabalhar sua autonomia e conscientização.

Para Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017), na perspectiva das políticas públicas de saúde, insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade, reforçando a fragmentação da vida e criação de atalhos contrários às diretrizes do SUS. Defendem que, nas práticas cotidianas de Atenção à Saúde, todo ato em saúde é dotado de significação e deve-se buscar revelá-las para que a relação entre profissionais e usuários possa ser horizontal.

Pettes e Da Ros (2018) argumentam que a concepção e o amplo entendimento da determinação social da saúde são ferramentas fundamentais para alcançar uma visão integral e ampla de cuidado à saúde na busca de explicar as relações entre sistema social, modos de viver e condições de saúde, a partir da desconstrução da lógica hegemônica e prática positivista de cuidado.

A equidade e redução de iniquidades foram abordadas por três especialistas, enquanto uma ExpMun e dois especialistas trataram sobre a territorialização. Isso mostra

que a busca pela distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos (Brasil, 2014a), é reconhecida como um norte para a PS e, ainda, que pensar o território, o contexto, é outro diferencial da PS. O protagonismo dos sujeitos e a educação permanente, continuada e multiprofissional também foram citados em uma ExpMun cada.

Minowa et al. (2017) afirmam, tendo como base pesquisa realizada com docentes universitários, que integralidade e equidade dificilmente têm sido utilizados como fios condutores das ações de PS na prática, ainda que haja clareza sobre sua importância. Pettres e Da Ros (2018) argumentam que a busca da equidade e desenvolvimento social, para oportunizar condições dignas de vida, interferem positivamente na qualidade de vida individual e coletiva por meio da abordagem ampliada do conceito de saúde, inserida no ideário da PS.

Para Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2015), a redução das iniquidades constitui requisito primário para uma política pública tornar-se social. Porém, fazem a ressalva que nem toda ação governamental possui essa virtude e que só o fato de se vincular a setores como Saúde, entre outros, torna uma política ou ação merecedora de tal predicativo.

Já Silva et al. (2015) argumentam que, para lidar com os problemas estruturais e complexos relacionados a uma abordagem mais ampla de saúde, conforme o defendido pela PS, a implementação de políticas não pode ser realizada de maneira instrumental, desconsiderando as particularidades do contexto local. Complementam dizendo que políticas e ações dependem da mobilização dos setores sociais e da participação da sociedade civil para ampliar a possibilidade de efetividade da intervenção.

Essas autoras indicam ainda a necessidade de um processo de educação permanente dos profissionais e usuários sobre aspectos conceituais de PS e sua vinculação ao cotidiano para mostrar que seus benefícios devem ser compreendidos como potencializadores da qualidade de vida, tanto dos trabalhadores como dos usuários (SILVA et al., 2015). Madeira et al. (2018) também apontam que a produção do conhecimento e a formação profissional em saúde baseiam-se, em geral, em uma visão causal unilinear e uma compreensão da relação entre estilos de vida e PS, o que desconsidera a determinação social desses fenômenos e culminam em discursos que se constroem a partir de leituras simplificadoras. Souza e Loch (2017) corroboram a necessidade da formação e educação permanente para a superação do modelo biomédico.

Prado, Falleiro e Mano (2011) destacam que, para que a PS avance, é necessária

uma mudança na relação entre profissional de saúde e usuário, o que diz respeito à Academia e à política de formação e qualificação de recursos humanos, uma vez que tal mudança necessariamente passará por um novo perfil de profissional de saúde. Minowa et al. (2017) registram que as universidades e seus professores possuem conhecimentos e opiniões especializadas e contextualizadas, tendo lugar privilegiado na formação em saúde e atuando como protagonistas no ensino da PS. Contudo, que PS predomina neste meio? Para Netto e Silva (2018), há que se ampliar a preparação dos profissionais para atuarem em PS com ações efetivas, a partir da necessidade de romper os limites impostos pelo racionalismo técnico e pela fragmentação do conhecimento, condicionados hegemonicamente pelo paradigma cartesiano na formação dos profissionais de saúde.

Netto e Silva (2018) também destacam que mudanças na educação e no ensino tem estimulado a criação de propostas pedagógicas com novas metodologias e defendem que a PS não pode ser discutida na formação e capacitação profissional com práticas pedagógicas que preconizam apenas atividades em sala de aula, com leituras e demonstrações. Para elas, a PS deve ser discutida de forma integrada, a partir do ensino reflexivo, com práticas pedagógicas que enfatizam o movimento crítico de ação-reflexão-ação com contato com a realidade, de forma intensa e constante, permitindo ao futuro profissional, ou os que já atuam nos serviços, produzir conhecimentos com base na sua prática laborativa (NETTO; SILVA, 2018). Nunes Filho et al. (2017) concordam com esta perspectiva formativa.

Netto e Silva (2018) sustentam que a PS requer disponibilidade de tempo de interação com o campo, com a equipe e com o professor ou preceptor e também com os determinantes e condicionantes de saúde, em especial na AB, potencializando o pensar e proposições de soluções para os problemas do contexto, com vistas a transformar o cenário onde está inserido. Assim, possivelmente, poder-se-á aprender, na prática, a lidar com situações fora da rotina, com a incerteza, com a singularidade e com os conflitos inerentes à prática cotidiana (NETTO; SILVA, 2018). Concluem, portanto, que os desafios a respeito da PS, evidenciados pelas imprecisões e confusões quando se trata das ações desenvolvidas nos/pelos serviços de saúde, devem-se aos limites da incorporação política e paradigmática da PS na formação e, conseqüentemente, na atuação profissional (NETTO; SILVA, 2018).

Prado, Medina e Aquino (2017) complementam esse aspecto ao afirmarem que o diálogo e a negociação com atores setoriais e extrasetoriais deve fazer parte da formação dos profissionais de saúde. A qualificação destes atores é uma estratégia imprescindível

à viabilização da construção de decisões articuladas de modo intra e intersetorial, direcionadas a atender as necessidades de saúde dos territórios de atuação dos profissionais, a partir da integralidade do cuidado e da interdisciplinaridade (PRADO; MEDINA; AQUINO, 2017).

Vale destacar que, ao longo dessa pesquisa, alguns princípios foram, aparentemente, negados ou reconhecidos como inexistentes ou desarticulados na realidade dos serviços e da gestão, já que foram utilizados como argumentos para a não caracterização das ações de saúde como PS. Dentre eles estão o foco em uma fase da vida e o fato das ações não atuarem diretamente na saúde da população realizando ações educativas visando orientar as beneficiárias, demonstrando uma compreensão de que ações educativas são distintas daquelas que atuam diretamente na saúde da população. Outros exemplos seriam as ‘caixinhas’ existentes no setor Saúde e a consequente compreensão restrita da saúde. Pode-se citar ainda o foco da ação de saúde para um grupo ou situação de vida, que rivaliza com a ideia generalizante de que a PS é para um coletivo, sem poder atender especificidades, indo contrariamente ao princípio da equidade.

Esses exemplos permitem afirmar a ideia da cisão entre PS e a educação em saúde, e também com o cuidado e a Clínica, que no imaginário coletivo, em geral, é o que atuam diretamente na saúde. Além disso, demonstram a dificuldade de diálogo e articulação no setor Saúde, historicamente reconhecidas como entrave para melhorias na saúde individual e coletiva, questões a serem aprofundadas e enfrentadas nas ações de saúde para que não sejam entraves para a efetivação da PS. Silva et al. (2015) afirmam, por exemplo, que práticas como os tradicionais grupos organizados nos serviços de saúde – hipertensão, diabetes, gestantes, entre outros – ou as PICs, geralmente classificados a priori como PS, não foram reveladoras dos princípios da PS.

Penido e Romagnoli (2018) destacam o cenário de imprevisibilidade e incerteza da singularidade dos casos no cotidiano das práticas de PS. Assim, destaca-se também o reconhecimento de que a PS não está nas práticas em si, ainda que as versões da PNPS tragam algumas que buscam atuar diretamente no quadro de morbimortalidade brasileira, mas na forma de operar as ações de saúde, com a presença de alguns elementos que são os princípios da PS.

Madeira et al. (2018) lembram que visando sobrepujar a ambiguidade entre comportamentos saudáveis, compreendidos necessariamente como aspectos da PS, e a falta de problematização de suas relações com aspectos macroestruturais da sociedade, a revisão da PNPS publicada em 2014 destaca a discussão de princípios, valores e diretrizes

que devem subsidiar as ações em PS. Souza e Loch (2017) também reconhecem o avanço que foi incluir na PNPS os princípios e valores da PS, mais do que determinadas práticas.

Defende-se, assim, que apesar da necessidade e essencialidade dos princípios nas ações de PS, eles não podem se tornar amarras. Só assim seria permitida a caracterização das ações de PS, muitas das quais, no cotidiano dos serviços e da gestão, são realizadas intuitivamente e não são denominadas como tal, mas que se aproximam do que é defendido nesta tese.

Aproximação com a prevenção de doenças

Um ponto essencial para compreender a Promoção da Saúde (PS) é a aparente dicotomia com a prevenção de doenças, que aqui contemplará também os agravos à saúde. Vale, portanto, o registro de que será respeitada a forma descrita pelos autores referenciados, podendo surgir ora uma forma ou outra de grafia. A afirmativa de ser aparente também será defendida neste trecho da tese.

Há na literatura, apesar de costumeiramente virem em conjunto, em par, a ideia de que a PS e a prevenção de doenças são necessariamente antagônicas. No entanto, acredita-se que aquela é mais ampla do que esta, o que não a invalida. Tal fato já é devidamente explorado (FERNANDEZ et al., 2008), conforme busca-se apresentar. O que ainda carece de exploração é a afirmativa de que a PS também contribui para prevenir doenças, o que não desqualifica a sua vertente crítica, a qual foi usada como base para as análises nesta tese. Esta defesa, da PS contribuindo para prevenir doenças, foi uma das que mais teve rejeição no referido debate com outros atores que participaram do processo de revisão da PNPS, o que revelou a importância de aprofundar a questão.

A partir dos conceitos de PS e prevenção de doenças, suas aproximações e distanciamentos, são feitos alguns apontamentos sobre suas aplicações nos serviços de saúde, partindo da ideia de que são fundantes do que é denominado nesta tese de instituído na PS. Há múltiplas e distintas interpretações sobre a PS e esse reconhecimento embasou a pesquisa, partindo-se da hipótese de que não há como estabelecer uma unívoca interpretação sobre a PS.

A prevenção de doenças é definida como a tentativa de evitar o surgimento de doenças reduzindo a incidência e prevalência nas populações, e se baseia no controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de DCNTs. Geralmente a estratégia utilizada é a educação em saúde tradicional por meio da transmissão de informações com o objetivo de adoção de hábitos saudáveis e mudanças de

comportamentos (SILVA et al., 2013). As medidas enfatizam o controle de riscos associados a algumas enfermidades (STALIANO; ARAÚJO, 2011).

Outro ponto no qual a prevenção de doenças baseia-se é a compreensão dos riscos ou da probabilidade de adoecimento, relacionando-a a prevalência de doenças em determinada região e almejando evitá-las (SOUZA; GRUNDY, 2004). Em determinado enfoque da prevenção das doenças, o objetivo da Atenção à Saúde é evitar a doença ou enfermidade, o que também é desejável. Porém, nessa ideia, o indivíduo passa a ser o alvo da intervenção e é responsável pelo seu estado de saúde, atribuindo ao seu comportamento, quase que exclusivamente, os fatores de risco para determinada doença. Nessa visão, o direcionamento das medidas de proteção é voltado a patologias específicas (GURGEL et al.; 2011).

Assim, é possível afirmar que a prevenção de doenças, vista de forma mais restrita, é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença, buscando identificar riscos e atuar sobre eles, mas não considerando a gênese desses riscos, sua natureza, mecanismos de atuação e a dimensão histórico-social do processo saúde-doença.

Norman e Tesser (2015) alertam que um ‘ideário preventivista’ pode estar prejudicando o acesso aos serviços de saúde ao privilegiar pessoas saudáveis portadoras de algum marcador biomédico de risco, parte delas alçadas à condição de doentes pela medicalização dos riscos, em detrimento das pessoas efetivamente doentes. A medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco vem se tornando regra, inclusive ampliando a faixa de pessoas, a partir de determinados sinais, sintomas ou marcadores biológicos, que necessitam de uso de procedimentos e medicação, movimentando o complexo médico-industrial da saúde e aumentando os custos do sistema de saúde para a sociedade (NORMAN; TESSER, 2015).

Mais próxima da prevenção de doenças, a vertente conservadora da PS é caracterizada quando a abordagem ocorre exclusivamente nos fatores de risco, ao buscar a simples mudança de comportamentos a partir de recomendações e prescrições descontextualizadas, por exemplo a atividade física sem a investigação das reais possibilidades e interesses dos sujeitos. Karlsen e Villadsen (2016) afirmam ser uma ‘promoção de saúde anterior’, que era centrada em avisos, autocontrole e racionalidade.

Por outro lado, a PS é mais vinculada a uma visão holística e socioambiental deste processo. As diferenças e semelhanças entre a PS e a prevenção de doenças são dadas a partir da relação com as concepções de saúde e doença que orientam suas práticas e das

vertentes político-ideológicas às quais se filiam. A PS é relacionada à autonomia e emancipação e surgiu a partir da insatisfação com abordagens verticais, higienistas e normatizadoras da educação em saúde e da prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006).

Dessa forma, implica um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde (CINCURÁ, 2014) e não pode ser entendida apenas como um conjunto de procedimentos destinados a reduzir riscos de doenças (ROCHA; AKERMAN, 2014). Para Silva (2008), atuar na perspectiva da PS significa recuperar a saúde como prática socialmente construída e compreender que o êxito das mudanças pretendidas depende da participação e protagonismo da população e usuários, que deixam de ser reconhecidos como ‘população alvo’ e passam a ser reconhecidos como sujeitos ativos e corresponsáveis.

A diferenciação entre uma ação de PS e outra que não pode ser caracterizada como tal está relacionada ao conceito de saúde das quais se originam, do alvo das ações e das abordagens utilizadas. Ressalta-se que tal diferenciação não é tão perceptível na prática e pouco se discute se ações ditas de PS estão incorporando seus princípios e diretrizes (CINCURÁ, 2014).

A prevenção de doenças se aproximará da PS a partir da possibilidade de combinação de estratégias para que as ações também atuem sobre as causas dos problemas e não só sobre riscos ou sinais e sintomas clínicos, assim como contemplem o empoderamento individual e coletivo (WESTPHAL, 2006). Para Karlsen e Villadsen (2016), a atual PS é menos uma questão de corrigir e normalizar os comportamentos e mais o incentivo a comportamentos ou formas de andar a vida com prazer que permanecem dentro de certos limites sensíveis, por não serem nem puritanas nem fanáticas, nem se deslizarem para o que é considerado um comportamento puramente prejudicial à saúde.

Para Campos (2006), ainda há a permanência da lógica do pensar e agir em saúde que privilegia o enfoque dos efeitos nocivos de determinados comportamentos relacionados ao tabaco, à atividade física e à alimentação. Mas o autor afirma que também há a compreensão de que a saúde é vinculada à cidadania, autonomia na construção na forma de viver. Logo, comprometida com a equidade e a justiça social.

Na vertente conservadora, o objetivo principal da PS é a mudança de comportamento para que sujeitos e coletividades tenham menos risco de adoecer a partir da premissa que isso é fruto apenas ou principalmente de esforço e engajamento pessoal.

As estratégias utilizadas, geralmente, são enfocadas na ideia de que esses sujeitos poderiam agir em favor de sua saúde baseados em sua vontade e esforço, desconsiderando o contexto no qual estão inseridos. A literatura de governamentalidade que se concentrou nas questões de saúde tem prestado muita atenção às estratégias para inculcar a ‘prudência’, a ‘auto-responsabilidade’ ou o ‘cálculo do risco’ (KARLSEN; VILLADSEN, 2016), o que nos parece permitir afirmar uma forte aproximação da vertente conservadora.

Na vertente crítica, o objetivo principal é a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos. Para isso, devem ser utilizadas estratégias diversificadas, considerando-se que há diversas influências – os determinantes e condicionantes da saúde – que tornam mais ou menos factíveis as ações em favor da saúde individual e coletiva. Ao invés de inculcar a culpa interna como o motor para abandonar o comportamento insalubre, é através do exercício de práticas e aquisição de novos gostos que uma mudança de estilo de vida saudável terá lugar (KARLSEN; VILLADSEN, 2016).

Para Castiel, Guilam e Ferreira (2010), ambas as vertentes se fundamentam na ideia de risco epidemiológico, o que não encontra respaldo na literatura em relação à vertente crítica da PS. Assim, a prevenção de doenças e a vertente conservadora da PS estariam mais relacionadas à mudança de hábitos de vida e comportamentos com ênfase na prescrição e disponibilização de informações de forma descontextualizada.

Abaixo, na tabela 2, os temas que surgiram da fala de trabalhadores/as, gestores/as e especialistas:

Tabela 2 – Temas: Aproximação com a prevenção de doenças

Foi caracterizada como PS

Qualidade de vida	
ExpMun	1 a 9
Ent	-
Prevenção de doenças, redução de riscos e danos quanto ao possível agravamento da condição da saúde, reabilitação	
ExpMun	2 a 4, 6, 7, 9
Ent	-

Ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde / extrapolar as estratégias assistenciais	
ExpMun	1, 3, 6, 7
Ent	10

Não foram levadas em consideração a doença e sim, a saúde / cuidar da população não só quando está doente / não parte de uma situação de doença já estabelecida	
ExpMun	2, 5, 6, 9
Ent	3

Aumento da autoestima, satisfação pessoal, diversão e bem-estar	
ExpMun	3 a 6, 9
Ent	-

Ações rotineiras e de baixo custo / diminuição de gastos	
ExpMun	2, 4, 7, 9
Ent	-

Benefícios biológicos à saúde / interferir diretamente na saúde	
ExpMun	2, 4, 6
Ent	-

Atendimento multidisciplinar com uma visão ampliada / Equipe multidisciplinar / Acesso e qualidade da assistência	
ExpMun	2, 6, 8
Ent	-

A saúde mental / interação nas comunidades que os grupos proporcionam / vínculo	
ExpMun	3, 5, 7
Ent	-

Planejamento mais próximo da realidade / monitoramento dos indicadores permite tomar decisões / melhoria nos indicadores de saúde / Avaliação das condições dos sujeitos	
ExpMun	1, 8
Ent	-
Considera as individualidades de cada um	
ExpMun	2, 5
Ent	-
Consideração a dinâmica social, as necessidades individuais das participantes e suas metas pessoais / olhar o indivíduo integralmente para todas suas necessidades	
ExpMun	2, 6
Ent	-
PNPS	
ExpMun	1, 7
Ent	-
Acompanhamento efetivo dos pacientes	
ExpMun	4, 9
Ent	-
Desenvolver campanhas educativas/ informações, orientações e atendimentos	
ExpMun	6, 9
Ent	-
Apesar dela ser para um público já acometido por algum tipo de problema, o que caracterizaria a prevenção	
ExpMun	3
Ent	-
Ações a um grupo vulnerável	
ExpMun	4
Ent	-

Práticas educativas libertadoras baseadas na dialogicidade, que foi ao encontro das demandas da população	
ExpMun	3
Ent	-

Autocuidado e hábitos saudáveis	
ExpMun	6
Ent	-

Participação	
ExpMun	6
Ent	-

Atuar sobre DCNTs	
ExpMun	6
Ent	-

Valorização e comprometimento dos profissionais	
ExpMun	8
Ent	

Não foi caracterizada como PS

Foco na prevenção / ações de cuidado / curativas / reabilitação promovidas pela equipe / fatores de risco	
ExpMun	2 a 4, 6, 7, 9
Ent	10

Se não houve comunicação e promoção da autonomia, não houve PS, apenas uma ação isolada / sem participação e com pouca autonomia do usuário no seu autocuidado / não foram levadas em consideração as características, desejos, interesses e história de vidas pessoais dos participantes	
ExpMun	2, 3, 4, 6
Ent	-

Enfoque em um público específico / A prevenção para de uma definição de um Problema específico / não abrange toda a população da área de abrangência do município	
ExpMun	2, 3, 5, 7
Ent	13

Redução da morbimortalidade (somente do número de óbitos e internações) / benefícios biológicos como resultado	
ExpMun	1, 4, 7
Ent	-

Problema já existente	
ExpMun	1, 4, 7
Ent	-

Ferramentas de execução e monitoramento individuais e não apresenta características de educação / monitoramento da assistência à saúde / não estar relacionada à qualidade de vida da população / se restringe aos trabalhadores da saúde e suas atribuições	
ExpMun	2, 8, 9
Ent	-

Atividades foram estritamente assistenciais (ou sua divulgação) e não consideraram a intervenção em outros fatores que determinam ou condicionam a situação de saúde (obesidade)	
ExpMun	2, 6
Ent	

Foram caracterizadas como PS e prevenção de doenças simultaneamente

Na realidade das pessoas elas dialogam / não vê uma fronteira extremamente clara, principalmente na esfera dos serviços de saúde, da prática, porque conceitualmente é mais fácil compreender os limites de uma e de outra / merece um ‘cuidado didático’	
ExpMun	-
Ent	2, 3, 13

A PS não precisa entrar nesta querela conceitual por ter muito campo de debates e ações	
ExpMun	-
Ent	9, 10

Redução da morbimortalidade	
ExpMun	1
Ent	-

Diminuir agravos e ou doenças, evitando problemas futuros como as DCNTs, o que é compreendido como melhora na saúde da população	
ExpMun	2
Ent	-

Em todas as ExpMun a qualidade de vida foi uma argumentação para a interpretação das ações apresentadas como PS. Não há muitos elementos para aprofundamento ao que, de fato, os(as) respondentes se referem ao utilizarem ‘qualidade de vida’. Destaca-se que, no Brasil, houve um investimento conceitual importante em relacionar a PS à qualidade de vida (BUSS; 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008) e é comum ambas virem juntas no âmbito discursivo. Tal investimento também ocorreu para o reconhecimento da relação entre PS e os determinantes e condicionantes da saúde que, em conjunto com a necessidade de extrapolar as estratégias assistenciais, também foram utilizados para a caracterização da PS, aparecendo em quatro ExpMun e na resposta de um especialista.

Uma espécie de inversão conceitual e pedagógica ocorreu, no tocante à PS, ao incluir os determinantes e condicionantes da saúde como questão central para a vertente crítica e como marcador que a distingue da vertente conservadora. Aparentemente tornaram-se jargões que buscam uma aceitação nessa vertente, que são usados sem apropriações de seus significados, e que se não abordados na ação de saúde, essa necessariamente não será PS.

As mudanças nas condições de vida são processuais e podem significar pequenas conquistas para os sujeitos, por exemplo, na vida cotidiana, a construção de outra forma de compreender e encarar o contexto na qual está inserido, mesmo com suas adversidades e complexidades, a partir do aumento da autonomia e empoderamento.

Foi destacada, em seis ExpMun e por cinco especialistas, a ação de saúde sendo

PS por prevenir doenças – ou PS e prevenção e doenças na mesma ação de saúde, já que na realidade elas dialogam ou não ser necessário entrar nesta divergência conceitual –, por reduzir riscos e danos quanto ao possível agravamento da condição da saúde, pela redução da morbimortalidade, e até mesmo por ser reabilitação. Isso mostra um borramento conceitual importante, ou seja, não há uma fronteira extremamente clara, principalmente na realidade prática dos serviços de saúde, diferentemente da perspectiva conceitual na qual é relativamente simples compreender os limites de uma e de outra.

A redução de riscos, danos e morbimortalidade e a prevenção doenças, não seriam desejáveis? Concordando que é desejável, isso não seria PS? Defende-se que reduzir riscos, danos e morbimortalidade e prevenir doenças é importante e necessário. A forma como isso é alcançado é que deve passar sobre escrutínio para trazer elementos, os princípios e diretrizes da PS, para que a ação de saúde possa ser caracterizada como PS.

Por exemplo, a redução do uso de fármacos por si só, como argumentado em uma das ExpMun, caracteriza a PS? Entende-se que não, pois isso pode ocorrer sem que estejam presentes elementos que a caracterizem. Da mesma forma, trazer benefícios biológicos pode ser desejável, mas como foi esse processo?

Os limites para definições conceituais entre PS e prevenção de doenças não são rígidos, observa-se pouca precisão na formulação de conceitos, com isso também há indefinição na formação e no campo das práticas em saúde (CAMPOS, 2006; CARVALHO, 2009; LOPES et al., 2010; BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011; SILVA et al., 2013; CINCURÁ, 2014; PINHEIRO et al., 2015). Esses conceitos, muitas vezes, são tratados de forma intercambiável, aparecem unidos como se não houvesse distinção (MEDINA et al., 2014) ou, ainda, em distinções simplistas nas quais a PS é associada apenas a informações e orientações (STALIANO; ARAÚJO, 2011; REIS; SILVA; UN, 2014). Mesmo quando a distinção entre eles é marcante e inequívoca, ao falar em processos saudáveis (PETTRES; DA ROS, 2018), não há clareza sobre seus reais limites na prática, já que, a rigor, a prevenção de doenças teria possibilidade de enquadramento em tais processos.

Para Chiesa et al. (2011), uma das dificuldades que a operacionalização da PS encontra é a falta de compreensão dos profissionais da área em relação ao conceito. Os profissionais têm entendimento superficial sobre a PS e, muitas vezes, reduzem-na à prevenção de doenças e agravos instalados no corpo físico. É comum, segundo as autoras, que haja dicotomia entre as ações de PS e as curativas, o que prejudica a incorporação da PS nas práticas profissionais e nos serviços de saúde.

Beato, Van Stralen e Passos (2011) relataram que os profissionais de saúde têm uma determinada compreensão da PS que a enquadra em ações específicas sem reconhecer a possibilidade de as ações programáticas também serem atividades de PS. Os autores trazem ainda que os sentidos sobre PS se diferenciavam entre discurso e prática, ou seja, apesar de afirmarem que saúde se relaciona com fatores socioculturais, as intervenções não acompanhavam esta configuração.

A polissemia na PS, ou seja, a existência de diversas correntes de pensamento impede a definição de um referencial homogêneo e não permite a primazia de alguma dessas correntes. Há também uma pluralidade conceitual e metodológica, ora sendo sustentada em diretrizes políticas de mesma origem, ora orientada por diferentes campos de conhecimento e prática (BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011; REIS; SILVA; UN, 2014; SILVA et al. 2015). Aparentemente os princípios e diretrizes da PS não estão bem definidos, com sua matriz conceitual muito diversificada e pouco específica, o que permite a coexistência de distintas concepções (CINCURÁ, 2014).

A tenuidade da separação entre o conceito de PS e o de prevenção de doenças é um dos fatores impeditivos para que aquela se realize (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014). Netto e Silva (2018) registram que há confusão entre os termos PS e prevenção de doenças com marcante imprecisão conceitual sobre a PS, prevalecendo a perspectiva biologicista e o caráter preventivo, ligados às práticas sem revelar a dimensão política vigente no campo. Segundo as autoras, tal imprecisão e a confusão conceitual no conteúdo das práticas ditas de PS também ocorrem no processo formativo.

Para Silva et al. (2015), há pluralidade conceitual e metodológica nas ações de PS e reprodução de um modelo de institucionalização programática descendente, ou seja, a partir do que é desenhado nas normativas, geralmente federais, do Ministério da Saúde. Contudo, existe o que denominaram de ‘rotas de fuga’, um conjunto de práticas realizadas no nível local que escapam à normativa das políticas e se apresentam como invenções. Beato, Van Stralen e Passos (2011) defendem que, seja no plano da gestão ou da equipe de saúde, estão abertos e em permanente construção a ressignificação de sentidos sobre a PS.

Fracolli, Gomes e Gryscek (2014) apontam que muitos gestores de saúde, profissionais de saúde e a própria população confundem as ações de PS com as ações de prevenção de doenças, de controle das DCNTs e de proteção à saúde. Segundo Prado, Falleiro e Mano (2011), mesmo quando o conceito de PS está relativamente bem entendido, ainda há dificuldades relacionadas à implantação das atividades, bem como de

sua avaliação e monitoramento. O problema estaria em traduzir em atividades e números um conceito basicamente qualitativo e subjetivo. Para os autores, é necessário desenvolver métodos que permitam avaliar qualitativamente as atividades de PS desenvolvidas e que esta informação sirva para o planejamento do trabalho nos serviços (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011).

A PS compreendida a partir de uma ação de saúde na qual as pessoas não estão doentes é apontada em quatro ExpMun e por um especialista, ao afirmarem que em determinada ação não foi levada em consideração a doença, mas sim a saúde, e que é necessário cuidar da população não só quando essa está doente. Destaca-se que interpretações de que a PS seria, necessariamente, voltada para ‘pré-doenças’ ou agravos e baseada em ações gerais que não poderiam focar em uma determinada condição de saúde são recorrentes na literatura.

Por exemplo, Costa et al. (2013) apresentaram um questionamento referente a se um serviço de PS conseguirá produzir resultados satisfatórios se a maioria dos usuários necessitar de uma atenção voltada para o controle das DCNTs. Para esses autores, programas de PS devem incorporar medidas que não se direcionam a uma determinada enfermidade ou desordem, mas que objetivem propiciar saúde e bem-estar. Consideram, ainda, que o objetivo da PS está relacionado a um processo que possibilita os indivíduos e as coletividades a aumentarem o controle sobre os determinantes e condicionantes da saúde e pode estar desvirtuado diante de dificuldades de sustentabilidade do serviço revelada pela predominância de indivíduos doentes (COSTA et al., 2013).

Já Kessler et al. (2018) apontam que a oferta de ações de saúde está focada em indivíduos com DCNTs e mudanças de hábitos de vida inadequados, e não na PS em população saudável, relatando que indivíduos adultos com DCNTs como hipertensão, diabetes e excesso de peso recebem mais orientações sobre alimentação saudável e prática de AF do que os indivíduos sem doenças crônicas ou excesso de peso (KESSLER et al., 2018). Pode-se inferir que, para esses, autores a PS é voltada para quem está saudável.

Ora, os autores supracitados aparentemente defendem que a PS não seria para quem está doente, ou seja, essas pessoas não poderiam buscar aumentar o controle sobre os determinantes e condicionantes da saúde, dentre eles o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Logo, o que pode ser feito para tratar ou curar, quando possível, uma determinada enfermidade não é, necessariamente, PS. Fica claro que há a clássica distinção entre PS e o cuidado, tratamento e reabilitação. Em uma das experiências municipais afirma-se que é PS porque melhora qualidade de vida de pessoas doentes,

indicando, portanto, que não se exclui a possibilidade de compreensão de uma ação como PS quando o sujeito já está adoecido.

O aumento da autoestima, satisfação pessoal, diversão e bem-estar foram utilizados como argumentos em cinco ExpMun, o que remete à subjetividade de sentimentos e sensações importantes para a saúde, compreendendo-a para além da biologia e de aspectos orgânicos. É possível inferir uma possibilidade interpretativa de que a PS necessariamente seria algo desejável e que aborda determinantes e condicionantes da saúde apenas como retórica argumentativa vazia. Isso a levaria a um aspecto demasiadamente discursivo que a afastaria da realidade dos serviços de saúde do SUS. Defende-se que a PS necessita dialogar não só com a racionalidade científica, mas com a subjetividade dos desejos, histórias e contextos de vida, para tornar possível produzir saúde e, entre essas duas possibilidades interpretativas, investe-se, como potência da PS, naquela na qual há a compreensão mais ampla, não só nos aspectos orgânicos ou biológicos, sem deixar de reconhecer sua importância, mas sendo necessário estar atento à sua utilização conforme problematizado por meio da crítica à retórica argumentativa.

Em quatro ExpMun, o baixo custo das ações, a diminuição de gastos e o fato delas serem rotineiras foram utilizadas como argumento, o que traz uma nova perspectiva para a PS: os custos da saúde. Uma das críticas existentes na literatura está relacionada à ideia de que a vertente conservadora da PS é utilizada como forma de redução de investimentos pelo Estado, a partir da responsabilização dos sujeitos quanto à sua saúde, em uma perspectiva culpabilizatória.

Para essa vertente, estes sujeitos teriam plena capacidade de alcançar gradações maiores de saúde individual, independente, por exemplo, de acesso aos serviços de saúde e outros serviços essenciais ou de sua condição socioeconômicas. Assim, concorda-se que reduzir custos é necessário, mas a forma como isso é alcançado é essencial para que seja possível afirmar que isso ocorrer em função de ações de PS. Existindo a perspectiva de culpabilizatória, não poderá tal redução ser associada à PS.

Em três ExpMun a PS foi caracterizada: por trazer benefícios biológicos à saúde e assim interferir diretamente na saúde; pelo atendimento multidisciplinar com uma visão ampliada e pelo acesso e qualidade da assistência; e por ter benefícios para a saúde mental a partir da interação nas comunidades que os grupos proporcionam, criando vínculo. Benefícios para a saúde, biológicos ou mentais, são extremamente desejáveis. Em relação aos primeiros, há uma crítica consolidada que, quando só estes são objetivados, não

caracterizariam a PS ou estariam relacionados à vertente conservadora.

O acesso e qualidade da assistência à saúde e do cuidado, a partir de equipes multidisciplinares com uma visão ampliada de saúde, é um elemento essencial para a discussão relacionada à dimensão da Atenção à Saúde da PS, uma das principais inovações desta pesquisa e que será explorada em item próprio. Aqui cabe destacar a relação entre o cuidado e a PS e que é possível inferir que há margem para a atividade assistencial, ao não ser estrita, se aproximar da PS. Para Chiesa et al. (2011), a qualidade de vida, expressa por meio da compreensão da saúde como resultado de um processo de produção social, é um dos objetivos centrais do cuidado em saúde, mostrando uma possibilidade de aproximação com a PS.

Prado, Falleiro e Mano (2011) entendem que a busca do fortalecimento do trabalho interdisciplinar se baseia em pensar o cuidado como relação, possivelmente harmoniosa entre sujeitos que se respeitam e procuram crescer juntos. Contudo, afirmam que tal harmonia pode não ser espontânea, podendo ser construída e/ou conquistada, inclusive com dilemas e conflitos, e esclarecem que a harmonia não está presente somente em consensos, mas também em dissensos respeitosos, o que existe em serviços com equipes constituídas de diferentes sujeitos, com pensamentos diferentes e práticas singulares.

Em duas ExpMun aparece: a questão normativa, já que a ação de saúde traz algum elemento da PNPS; o planejamento mais próximo da realidade com monitoramento dos indicadores, o que permite tomar decisões para alcançar melhoria nos indicadores de saúde, com uma avaliação das condições dos sujeitos para que as ações sejam realizadas. Nunes Filho et al. (2017) destacam a importância do planejamento em saúde já que não se pode separá-lo da ação, pois o planejamento a precede e a preside.

Também em duas ExpMun aparece a consideração: das individualidades de cada um; das necessidades individuais das participantes e suas metas pessoais; o acompanhamento efetivo dos pacientes; a dinâmica social, o olhar para o indivíduo integralmente, para todas suas necessidades; e o desenvolvimento de campanhas educativas com informações, orientações e atendimentos.

A questão normativa é indutora de uma determinada compreensão da PS, aparentemente aquela apriorística, ou seja, se está na PNPS necessariamente é PS. Nessa visão, não importa, por exemplo, a forma como a ação de saúde é planejada e operacionalizada, o que segundo Minowa et al. (2017) encontra grandes críticas na literatura.

Silva et al. (2015) afirmam haver incorporação das diretrizes da PNPS nas ações de PS, contudo essas ações em âmbito municipal ficam restritas aos eixos centrais definidos na PNPS. As autoras registram que, tradicionalmente, no modelo de formulação e implementação de políticas no Brasil, as decisões são tomadas por autoridades que têm um certo controle do processo e decidem quais e como as políticas serão implementadas havendo pouco espaço para discussão de outras ações que deveriam estar contempladas no âmbito da PS (SILVA et al., 2015).

Há o reconhecimento, segundo Malta et al. (2016), da pertinência de produzir uma ampliação no leque de intervenções propostos na PNPS em uma decisão técnica e política. Sendo essa, uma decisão que pressuponha que esta política não deveria se restringir aos fatores de risco consagrados para as DCNTs e que procure enfrentar outros determinantes e agravos importantes, estando aberta a incluir outros problemas de saúde a partir das necessidades da população.

De forma geral, as políticas são publicadas na forma de programas normativos, regulatórios, quanto ao escopo, ações, metas e forma de avaliação, o que para Silva et al. (2015) é uma lógica contraditória à PS, a qual exige uma construção com a participação de diversos segmentos, envolvendo a sociedade civil e os setores públicos e privados, segundo estas autoras. A versão atual da PNPS, de 2014, contou com ampla participação, de diferentes segmentos (ROCHA et al., 2014; MALTA et al., 2016; MINOWA et al., 2017), sendo possível afirmar que atendeu ao que foi abordado acima.

Tal movimento participativo na construção de políticas de PS também ocorreu em alguns estados e municípios brasileiros, permitindo buscar atender demandas regionais específicas (CAMPOS et al., 2017). Silva et al. (2015) não negam a necessidade de um Estado indutor, articulador e agregador de condições estruturantes para a PS no território, mas reconhecem que o predomínio das políticas definidas na esfera federal acarreta a uniformização da organização da Atenção à Saúde no país, desconsiderando as particularidades de cada estado e de cada município.

Sobre planejamento e indicadores, tomando como exemplo o relatado na ação de saúde em uma ExpMun, uma realidade na qual há diminuição do consumo de álcool e drogas e ainda de agravos relacionados a acidentes e violência, a partir de ações planejadas baseadas em dados da realidade local, não seriam indicativos que gradações maiores de saúde foram alcançadas? E conseqüentemente de PS? Esta ExpMun ressalta a articulação com órgãos competentes da gestão municipal, por meio da adoção de medidas educativas que obtiveram como resultados as diminuições citadas, permitindo

afirmar que essa ação se aproxima da PS.

Beato, Van Stralen e Passos (2011) registraram que uma equipe de saúde, em uma situação de retorno constante de usuários, não se contentando em aplicar o rótulo de ‘poliqueixosos’, comum entre conversas de profissionais da saúde segundo as autoras, criou uma forma de qualificar as demandas e intervir sobre elas. A equipe relatou resultados satisfatórios a partir de grupos de apoio com atividades variadas, ações clínicas, investimento na escuta qualificada no consultório, fortalecimento do vínculo por meio da afetividade e da identidade daquele coletivo, o que demonstra a importância do planejamento para a PS.

Destaca-se que as autoras fizeram uma crítica a essa abordagem, uma vez que, mesmo que buscassem se distanciar da prescrição de hábitos de vida saudáveis, essas ações acabavam por fazer uma significativa aposta no sujeito como sendo capaz de mudar os rumos da vida, desconsiderando toda a complexidade dos problemas existentes (BEATO; VAN STRALEN; PASSOS, 2011). Mais uma vez evidencia-se a complexidade da PS, que vai muito mais além dos discursos sobre uma saúde qualitativamente aceita como ‘boa’.

Tanto a consideração das necessidades individuais, quanto da dinâmica social, o que permitirá um olhar integral sobre os sujeitos, são elementos que diferenciam a PS. Uma PS que é operacionalizada na realidade e no cotidiano dos serviços de saúde, que busca diminuir riscos e a morbimortalidade, mas que considera a realidade dos sujeitos e, a partir dela, negocia e pactua com eles.

Em relação a campanhas educativas com informações e orientações, ainda que ocorram atendimentos por profissionais de saúde, há ao menos duas formas de compreendê-las, não se nega que informação e conhecimento são essenciais, contudo podem não ser suficientes para que as pessoas adoçam menos e para, a partir daí, afirmar-se que por isso seria menos custoso, conforme já apontado. A questão é que esse pensamento pode impedir o reconhecimento de que há determinantes e condicionantes da saúde que independem do conhecimento dos sujeitos, os quais podem saber que determinada conduta é prejudicial à saúde e, ainda assim, não terem opção de não a fazer, ou o contrário, saber o que beneficiaria a saúde, mas também não possuindo possibilidade de realizar.

Do mesmo modo, a disponibilização de informações sobre essas condições de saúde, sem ofertar acesso ao cuidado nos serviços de saúde também é algo que discorda-se. É preciso investigar e agir sobre as possibilidades e interesses dos sujeitos e

coletividades em efetivar o que é informado ou prescrito, seja por serviços e profissionais de saúde, seja pela mídia leiga ou especializada. É comum que ocorra a culpabilização daqueles que não adotam as recomendações, desconsiderando que muitas vezes as causas estão interligadas a dimensões sociais, econômicas e culturais, as quais estão fora da governabilidade individual.

Mássimo e Freitas (2014) destacam que frequentemente as ações e programas de saúde centrados em comportamentos fracassam ao buscarem convencer sujeitos a modificá-los a partir da consideração de que seriam prejudiciais ou arriscados à saúde e à vida. Essas ações e programas partem da crença de que a informação está no centro, sendo ela somente parte de um processo para se reconstruir representações, em meio à subjetividade e uma racionalidade limitada quando se trata de riscos, especialmente de riscos em saúde (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

Para Karlsen e Villadsen (2016), a ênfase analítica no papel do prazer ou divertimento nas atuais campanhas de saúde, em um determinado contexto, no qual parte-se do princípio que o destinatário da mensagem é ele mesmo consciente da discrepância entre a norma oficial e a mensagem real, desafia as interpretações que enfatizam univocamente as demandas de cálculo racional do risco. Apela-se à abstenção e à supressão dos prazeres irracionais e, de fato, a PS contemporânea parece ter incorporado certos incentivos ao prazer, divertimento ou mesmo transgressão (KARLSEN; VILLADSEN, 2016).

No mesmo sentido Mássimo e Freitas (2014) afirmam a existência de representações centradas na impossibilidade de se considerar a saúde em primeiro plano e constantemente na vida cotidiana, devido à existência de desejo de viver prazeres e satisfações que, muitas vezes, não são coerentes com a determinação de ser saudável. Além disso, as autoras lembram que há a necessidade humana de transgressões para se sentir vivo e mais forte que a morte.

A adesão a modos de vida saudáveis e a disposição para o cuidado e o autocuidado são constructos sociais adquiridos ao longo da vida, havendo o predomínio da cultura proveniente da medicina prescritiva que remete à crença, por parte de muitos usuários do SUS, de que o cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). Para Machado, Vieira e Silva (2010), a perspectiva curativa está incutida na população e foi reforçada na realidade pesquisada, uma vez que os médicos que atuam na ESF são na maioria especialistas e não generalistas.

Alguns argumentos e respostas para classificar uma ação como PS que apareceram

em apenas uma ExpMun foram as ações serem para grupos vulneráveis; serem práticas educativas que foram ao encontro das demandas da população, portanto libertadoras e dialógicas; propiciarem e estimularem autocuidado e hábitos saudáveis; serem participativas; atuarem nas DCNTs; e apresentarem valorização e comprometimento dos profissionais. Outro ponto citado foi que se tratava de PS apesar da ação ser para um público já acometido por algum tipo de problema, o que caracterizaria a prevenção, resgatando o que foi abordado anteriormente ao defender-se a possibilidade da PS existir independente das condições de saúde dos sujeitos e coletividades envolvidos.

Para a não caracterização como PS, ou seja, a afirmativa de que a ação de saúde retratada na experiência municipal não poderia ser compreendida como PS, o argumento usado em seis ExpMun e por um especialista foi de que o foco era na prevenção, em fatores de risco, em ações de cuidado curativas e na reabilitação promovidas pela equipe. Afirmar, a priori, que uma ação não é PS porque está voltada à modificação de fatores de risco é entrar em mais uma ‘armadilha’ conceitual e discursiva, simplificando questões naturalmente complexas que são as ações de PS.

Ora, como no exemplo da ExpMun 7, quedas em idosos são eventos com alta prevalência de morbimortalidade, com aumento das taxas de mortalidade e internação no Brasil entre 1996 e 2012 (ABREU et al., 2018). Assim, atuar para sua diminuição é essencial, mas como relaciona-se com o risco, por si só não seria PS nessa visão. Ainda que a ação de saúde seja construída ‘apenas’ sobre o aspecto motor dos sujeitos, no caso dos idosos ela torna-se ainda mais relevante e até mesmo um determinante e condicionante da saúde, uma vez que para esse grupo a questão motora é essencial para a saúde.

Segundo Kessler et al. (2018), o envelhecimento populacional vem aumentando a prevalência de DCNTs e de incapacidades gerando desafios para o setor Saúde, como a promoção do envelhecimento ativo e a garantia da atenção à saúde do idoso. Os autores defendem a necessidade de ações de PS orientadas ao envelhecimento saudável, e não resumidas ao acompanhamento das cronicidades. Faltam, na ação de saúde relatada (ExpMun 7), elementos para compreender como as ações eram desenvolvidas, além da parte motora, ainda que realizava dinâmicas que envolvem brincadeiras, canto e dança, o que aparenta ser uma metodologia participativa.

Merece destaque, no imbróglio entre PS e prevenção de doenças, a abordagem exclusiva ou demasiada nos fatores de risco, o que gerou a cooptação da PS pela epidemiologia do risco, ou seja, a PS se resumiu à prevenção das DCNTs. Essa situação

pôde ser vista, em especial, nos últimos 15 anos no Brasil, quando o embrião da primeira versão da PNPS começou a ser confeccionado na área VS do MS (SILVA; BAPTISTA, 2015), por diversos motivos, não só a inserção institucional citada.

É inegável a necessidade de atuação nas DCNTs, que possuem grande prevalência no atual quadro epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2014b), mas a PS precisa ser mais ampla do que a atuação em tais fatores, considerando o contexto de vida dos sujeitos e coletividades. A focalização nos fatores de risco impede o olhar sobre os determinantes e condicionantes da saúde, dando maior atenção à doença do que para o sujeito que com ela convive. Nesses casos, as ações de saúde podem impedir o cuidado integral, equânime, resolutivo, humanizado e dialógico (SILVA, 2008), como a PS preconiza.

Para Ayres (2011), ocorreu a perda do sentido social da experiência de saúde, doença e cuidado, seja no plano individual ou coletivo, em função da lógica do risco na PS. A implementação de políticas e ações de saúde fundadas exclusivamente na noção de risco epidemiológico é um dos caminhos mais rápidos para que a PS reforce a culpabilização da vítima e se torne uma forma sutil de controle social (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

O argumento utilizado em quatro experiências municipais e por um especialista para afirmarem não ser PS foi o de ter havido enfoque em um público e um problema específico, não abrangendo toda a população de determinada área do município. Também afirmou-se não ser PS, em quatro ExpMun, por não haver promoção da autonomia, por ser apenas uma ação isolada sem participação do usuário e porque não foram levadas em consideração as características, desejos, interesses e história de vidas pessoais dos participantes.

Concorda-se com a perspectiva da ação isolada que não promove autonomia dos sujeitos. Ainda que isso seja complexo de avaliar, é possível afirmar que ofertar apenas informações e prescrições, por exemplo, tem pouca possibilidade de contribuir para a PS. Já o enfoque em um público específico provavelmente surge da ideia de que a PS é para coletivos e grupos, não podendo ser para situações específicas, e que teria que abordar generalidades sobre condições de vida, algo distante da realidade dos serviços. Com isso, se nega a possibilidade de abordar grupos e temas específicos, mais uma vez levando a PS a algo da ordem do desejável, do idealizado, tornando-a inócua na perspectiva do cotidiano das pessoas e dos serviços.

Em três ExpMun, a redução da morbimortalidade e benefícios biológicos como

resultado; por ser um problema já existente; e por se tratar de ferramentas de execução e monitoramento individuais ou monitoramento da assistência à saúde, foram os argumentos relacionados para não as classificar como PS. A compreensão de que a PS não é para quem está doente, um estágio pré-patogênese, já foi abordada. Ora, a redução em marcadores biológicos não pode ser PS? Até quando cursar com o estímulo à reflexão sobre saúde nas atividades diárias, além do acesso, a um determinado tipo de atividade, conforme relatado por um(a) respondente do formulário FormSUS?

Aqui está mais uma das ‘armadilhas’ que uma interpretação quase ingênua da PS criou. A partir da crítica a ter tais benefícios como fim único do que se denominava PS, a interpretação criada e amplamente compartilhada foi a de que necessariamente estes benefícios não estariam relacionados à PS, ou no máximo, à sua vertente conservadora. Defende-se a necessidade de tais benefícios e a forma como eles serão alcançados caracterizarão a PS ou não.

Em complemento, na experiência sobre ferramentas de gestão, afirma-se que não é PS por não estar relacionada à qualidade de vida da população, restringindo-se aos trabalhadores da saúde e suas atribuições. Infere-se que a PS não poderia embasar planejamento de ações de saúde, que seria apenas ação para a população usuária, desconsiderando que, por exemplo, na ExpMun 8 logrou-se êxito em melhorar a qualidade dos serviços. Quando então começaria a PS? A PS na gestão e planejamento ainda não é algo comum, o que aparentemente causa surpresa, e não é reconhecida como tal. Defende-se que a melhoria do processo de trabalho da equipe de saúde e a PS estão inevitavelmente relacionadas e afirma-se que houve, na experiência municipal, melhoria nos indicadores de saúde.

Em duas ExpMun afirmou-se que as atividades foram estritamente assistenciais e não consideraram a intervenção em outros fatores que determinam ou condicionam a situação de saúde e, portanto, não seriam PS. Concorde-se com essa colocação, mas é importante ressaltar que, em determinados contextos e situações, pode ser que a PS não seja uma possibilidade, por motivos diversos. Portanto, não se defende uma ideia totalizante de que sem PS não há saúde.

Chama a atenção o fato de a mesma experiência municipal ser compreendida como PS e não ser compreendida desta forma, inclusive com a utilização do mesmo argumento, por exemplo, quando envolve ações de cuidado, reabilitação ou ainda a interpretações distintas sobre o que é qualidade de vida. Destaca-se também as transições relatadas, em que até certo ponto a ação de saúde é PS e depois deixa de ser tornando-se

ação curativa, fornecendo mais um elemento para afirmar que a PS é a forma de fazer e não a ação em si. Ou seja, a ação de saúde ser pontual, por exemplo, é um problema, mas ainda que seja dessa forma, se incluir um ou outro elemento, como a participação dos sujeitos, afirma-se que ela pode se aproximar da PS, indicando uma temporalidade e uma finalidade complementar da ação de saúde.

Gerhardt (2009) afirma que, em um texto científico, cada palavra, cada conceito tem peso, pois representa um ponto de vista, uma visão de mundo por parte do pesquisador. Assim, destaca-se, na relação entre a PS e a prevenção de doenças, a utilização dos termos: centrados, focados, mais amplos, mais abrangentes e ênfase/enfatizar; ou ainda, em contraste, o termo limitados; entre outros. Todos esses termos são utilizados para demarcar a superação da prevenção de doenças pela PS, evidenciando a relação entre elas.

Prado, Falleiro e Mano (2011), ao problematizarem a proximidade entre PS e prevenção de doenças, afirmam acreditarem que, ao promover saúde, previne-se a doença, mas que isso pode não ser verdade em todas as situações. Complementam que, ao prevenir doenças, nem sempre, ou quase nunca, se está ao mesmo tempo promovendo saúde, embora possa acontecer. Para esses autores, no horizonte da PS está a felicidade da pessoa e no da prevenção, evitar que a pessoa fique doente.

Ora, estar doente é necessariamente oposto à felicidade? Discorda-se desta visão e defende-se que melhorias nas condições de vida e saúde, advogadas pela vertente crítica da PS, também, mas não só, requerem a prevenção de doenças e tratamento quando necessário. Aqui merece destaque o acesso e a qualidade dos serviços de saúde como determinantes sociais da saúde conforme modelo adaptado de Dahlgren e Whitehead (BRASIL, 2013a).

A PS, a partir da proposição de uma abordagem mais ampla, não só focada na doença, surgiu para preencher a lacuna que o modelo biomédico reducionista deixou. Para a PS, a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável, requerem medidas de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo para sua efetivação (SOUZA; GRUNDY, 2004). Para Silva (2008), a distinção entre a prevenção e a PS é a ênfase atribuída ao papel ativo das pessoas, grupos e organização no desenho das práticas e políticas de saúde. Desse modo, mais que um ideário repleto de boas intenções e termos aceitáveis, ou um conceito estático que só serve à Academia e não aos serviços e profissionais de saúde, a PS busca a melhoria das condições de vida e saúde da população, mas também mostra a complexidade envolvida.

Os mesmos autores que problematizaram a proximidade entre PS e prevenção de doenças, afirmam que a PS vai além de cuidados técnicos de saúde já que pressupõe a empatia, o cuidado e o comprometimento com as causas do agravo (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011). Aparentemente, se preocupar com as causas é PS, tentar evitar que a doença ocorra, não é. Assim, PS e prevenção de doenças, no cotidiano dos serviços de saúde, podem ser próximas. As fronteiras são marcadas conceitualmente, mas não nas práticas, sendo possível pensar na prevenção de doenças em uma ‘etapa ou um componente’ de um processo maior que seria a PS.

Nos termos utilizados por uma especialista, pode-se implementar barreiras para a adesão a um comportamento não saudável, como a bebida alcoólica e o sexo sem preservativo, mas, além disso, há o olhar sobre o contexto. Há pactuações e construção, com o sujeito, de formas de cuidado e autocuidado, o que caracteriza uma aproximação entre PS e prevenção de doenças, uma espécie de borramento das fronteiras conceituais, ou seja, são considerados princípios e diretrizes da PS.

Para Knuth, Silva e Mielke (2018), não é mais possível o entendimento raso de PS, restrita a intervenções em fatores de risco e amenizando repercussões de DCNTs já instaladas, defendendo que o trabalho preventivo com grupos considerados de risco é fundamental. Nos casos nos quais já há a DCNT, evitar incapacidades, sofrimento e mortalidade precoce é inegavelmente relevante. A questão, para os autores, é que houve a naturalização desse trabalho como sendo PS.

O conceito de integralidade também é trazido por Knuth, Silva e Mielke (2018), os quais afirmam ser base do SUS, para defender a importância tanto da PS quanto da prevenção de doenças. No entanto, alertam para a existência de problema quando não se percebe que a simbiose entre os conceitos afasta o *advocacy* em direção à ampliação teórica e prática sobre os fundamentos da PS e defendem a compreensão de que há aspectos críticos que condicionam ou determinam a saúde.

Ainda de acordo com esses autores, não é necessário seccionar PS e prevenção de doenças, mas entender historicamente os conceitos e a construção destas ações, assim como questionar sua utilização indiscriminada e confusa, o que enriquecerá o arsenal teórico e sua aplicação. Eles destacam que um dos avanços essenciais é questionar os modelos que se rotulam de PS e são limitados a atribuir aos indivíduos o êxito ou fracasso nas ações de saúde, sem considerar as condições de vida, os interesses corporativos, as desigualdades sociais, entre outros. Tal avanço é o necessário deslocamento do indivíduo para o contexto (KNUTH; SILVA; MIELKE, 2018).

Algumas interpretações das distinções entre PS e prevenção de doenças são tão estanques que, ao tomar partido pela PS, permitiriam afirmar que prevenir doenças é quase indesejável. É possível pensar então no recurso imagético de um *continuum* na relação entre PS e prevenção de doenças tendo ambas nos extremos, mas podendo existir um caminho do meio possível por meio do cuidado. Um exemplo seria uma ação anteriormente denominada como prevenção de doenças, mas que, através de alguns princípios da PS, permita aproximar esses conceitos.

Ressalta-se, contudo, que pode ser desejável que em alguns momentos um ou outro prevaleça. Assim, não é simples e trivial classificar programas e ações como sendo de PS, a avaliação de uma ação ou política, no tocante à PS, é processual, depende do contexto.

O papel do setor Saúde

Afinal, qual é o papel da Saúde na PS? Ao ler/ouvir/pensar pela primeira vez sobre o questionamento, é grande a possibilidade de haver um sentimento de obviedade e quase certeza sobre uma resposta. Nesse questionamento coloca-se algo aparentemente trivial sob suspeita: a PS e o setor Saúde estariam, em uma primeira análise, necessariamente e intrinsecamente ligados. Contudo, acredita-se que é mais um tema da PS que precisa ser debatido para seu avanço teórico e prático.

Abaixo, na tabela 3, os temas que surgiram da fala de trabalhadores/as, gestores/as e especialistas:

Tabela 3 – Temas: O papel do setor Saúde

Foi caracterizada como PS

O setor Saúde tem um papel de tanto de protagonista / liderança e articulação dentro do próprio setor Saúde (Intrasetorialidade) e com os outros setores nos processos promotores de saúde / disseminador e agregador de ideias ... entender a importância da saúde como a potencialidade de vida dos indivíduos	
ExpMun	-
Ent	1 a 8, 10 a 12

Pensar na PS sem o envolvimento do setor Saúde / não foi um protagonismo das pessoas do setor Saúde, mas de alianças / o setor Saúde ... ainda tem a evoluir e avançar muito nas questões que são vinculadas com a intersetorialidade, para que ele entre como um e não como, necessariamente, o principal parceiro	
ExpMun	-
Ent	1, 3, 4, 6, 8, 10 a 13

Inversão do modelo de atenção à saúde / alargar o olhar não só para a doença, ... produção de cuidado / compreender saúde para além do cuidado à doença / assistência à saúde como um processo da medicina curativista / ir na causa das causas e nos determinantes necessidades de saúde são abordadas em uma perspectiva mais ampliada / saúde para além do cuidado à doença	
ExpMun	9
Ent	1, 2, 4 a 10, 13

Serviços de saúde necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde / ampliar a percepção dessas pessoas, fortalecê-las, empoderá-las, para que pudessem elas mesmas atuar em prol daquilo que elas consideram mais importante para sua própria saúde / organização dos serviços de saúde específicos para aquela população, aquele território, ... numa perspectiva da equidade e da justiça social /	
ExpMun	8
Ent	2, 5, 7, 8

Saúde e perspectivas educacionais, comunicacionais, de satisfação e etc / estudantes da área da saúde ... chegam no serviço de saúde querendo aplicar vacina, fazer atendimento individual, passar sonda, fazer curativo, etc. Para eles, se não tiver fazendo isso eles não estão fazendo nada e se questionam sobre o que estão fazendo ali	
ExpMun	-
Ent	2, 4

Houve amplo reconhecimento do protagonismo e liderança do setor Saúde na PS, com 11 especialistas abordando a questão nesta pesquisa. Houve enfoque na importância e necessidade de articulação com outros setores, mas também para dentro da Saúde, agregando as chamadas ‘caixinhas’, que podem limitar uma perspectiva ampliada da

saúde. Assim, há quase um consenso sobre a centralidade do papel do setor Saúde na PS a partir da sua capacidade indutora de levar questões da Saúde para outros setores e esferas.

Dentro da Saúde, tal pensamento, por ‘caixinhas’, seria o de não questionar e/ou mudar uma configuração instituída relacionada ao que vai ser financiado ou não, que geralmente privilegia ações e um cuidado restrito baseado exclusivamente na doença e suas repercussões. E ainda, não questionar o cotidiano dos serviços e equipes de saúde no seu fazer. Silva e Tavares (2016) afirmam que as equipes de saúde realizam ações sem o devido planejamento e avaliação e defendem que as ações de PS terão maior expressão quando avaliadas, contribuindo para a democratização institucional e para a tomada de decisões para o enfrentamento dos problemas.

A avaliação, segundo as autoras, precisa estar vinculada ao planejamento, privilegiando as necessidades de saúde da população (SILVA; TAVARES, 2016). O desenvolvimento do planejamento é essencial para o estabelecimento de vínculo com a comunidade e para, assim, compreender melhor os riscos para o surgimento de doenças, podendo criar estratégias mais eficazes para combater os principais agravos (NUNES FILHO et al., 2017). Não só riscos para doenças, mas também formas de atuar a partir das condições de vida dos usuários.

Rocha e Padilha (2016) defendem serem necessárias mudanças no saber fazer dos trabalhadores da saúde no tocante à capacidade para resolver as demandas que chegam, as quais se explicitam na especificidade do campo de conhecimento profissional que são voltadas para as enfermidades, mas não às necessidades individuais e sociais da população.

Outro ponto amplamente discutido nesta pesquisa – por 10 especialistas e em uma ExpMun – relaciona-se ao papel do setor Saúde na mudança da forma de ofertar o cuidado na Atenção à Saúde a partir da reorientação dos serviços de saúde. Superar um olhar restrito ao adoecimento é fortemente defendido, o que cursaria com a inversão do modelo de Atenção à saúde com especial atenção aos determinantes e condicionantes da saúde, sem deixar de dar a devida importância para o biológico e à doença. Não se defende sair de um extremo, no qual estes são privilegiados e até mesmo recebem todo o enfoque, para outro no qual não seriam abordados. É necessário que as necessidades de saúde sejam abordadas em uma perspectiva mais ampliada.

A respeito da forma como as diretrizes são absorvidas pela equipe de Saúde da Família (eSF), Beato, Van Stralen e Passos (2011) questionam se é possível escapar da

produção de corpos e mentes que se autoprotejam de riscos. Em sua pesquisa, a equipe participante mostrou que estava abrindo caminhos possíveis ao fortalecer redes sociais de apoio, abrir-se a uma escuta ampliada do sujeito para além da doença e tentar diluir o pensamento disciplinar e prescritivo. Assim, é apontada uma forma de ofertar o cuidado na PS, sendo papel da Saúde implementá-lo.

Dessa forma, a hipótese de que a PS pensa muito ‘para fora’ do setor Saúde, por colocar a intersectorialidade como uma condição quase *sine qua non*, é relativizada, já que há o reconhecimento de que o setor Saúde tem o papel não só de articular e levar questões da Saúde para outros setores, mas também de olhar para dentro, fazer sua parte, inclusive no cuidado. É essencial afirmar que há o reconhecimento da importância da intersectorialidade, não objetivando diminuí-la, mas buscando-se dar destaque para os avanços necessários na intrasectorialidade.

Norman e Tesser (2015) retratam uma compreensão que expropria a Saúde da PS, em especial por separá-la da prevenção e do cuidado. Para eles, os sistemas de saúde têm um campo específico, mas limitado na produção de saúde, já que defendem que se produz saúde em sua maior parte a partir de outros setores da sociedade relacionados a condições gerais de vida: educação formal, emprego e renda, moradia adequada, redistribuição de riquezas, implantação efetiva da democracia, entre outros. Ou ainda, que a PS, em suas macroações, e a abordagem preventiva populacional dependem principalmente de medidas que estão além da esfera dos serviços de saúde da AB e da ESF, embora possa envolvê-las. Assim, segundo estes autores, a prevenção de doenças e o cuidado são mais diretamente dependentes do sistema de saúde, enquanto as demais responsabilidades pertencem principalmente a outros setores (NORMAN; TESSER, 2015).

Há concordância com a importância de outros setores na produção de saúde, assim como da especificidade da Saúde no cuidado, na prevenção de doenças e, ainda, na PS. Porém, não há como afirmar que um ou outro setor ou ação é mais importante que a outra, uma espécie de hierarquia, essa ideia é um exemplo da cristalização já citada na vertente crítica da PS. Exemplificando, de forma simplista, mas que permite ilustrar a problematização, é como se um sujeito doente com um quadro agudo ou crônico, ao receber uma promoção no trabalho e aumentar sua renda pudesse ser considerado possuir ‘mais’ saúde do que outro que está saudável, sem nenhum quadro patológico, sinal ou sintoma de doença, se sentindo bem, mas que não mudou sua renda ou escolaridade ou local de moradia.

Para a compreensão da PS e do papel do setor Saúde defendida aqui, nem um,

nem outro caso exemplificado permitiria tal classificação. Logo, a Saúde tem seu papel tanto na PS quanto no cuidado e prevenção de doenças, não há como separá-los. Ressalta-se a observação de um dos especialistas ao se atentar que seria comum perguntar ‘*qual é o papel da PS no setor Saúde?*’, mas que a pesquisa fez o inverso na problematização teórica. Esta não é uma simples mudança na ordem dos termos/conceitos, o foco é pensar a PS dentro da Saúde, não como algo naturalizado, não necessariamente intrínseco.

Em uma ExpMun e por quatro especialistas foi abordada a necessidade da organização dos serviços de saúde contemplarem as especificidades do território e da população atendida, em uma estratificação de risco que, ao considerá-la, se tornará mais efetiva em proteger e promover a saúde por considerar critérios de diferentes naturezas: clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros. A estratificação de risco contribui para a tomada da decisão terapêutica (COLOMBO et al., 2010) a partir da definição de estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional (OPAS, 2013).

Esse é um aspecto que colabora para que os serviços e equipes de saúde participem ativamente das soluções dos problemas de saúde ao objetivar empoderar as pessoas para que possam atuar em prol da saúde individual e coletiva a partir do que essas pessoas consideram prioridade e não só de prescrições técnico-profissionais. Isso permitirá a conjugação entre a vida real e concreta das pessoas, suas possibilidades, interesses, crenças, etc., e o trabalho dos profissionais de saúde, baseado em premissas científicas. Assim a autonomia e equidade, princípios caros à PS, poderão ser efetivados e, mesmo que os profissionais não conheçam ou não acreditem na PS enquanto conceito estruturado e práticas, o cuidado que eles ofertam poderá ser uma forma de promover saúde.

Destaca-se que nove especialistas chamaram atenção para o fato de também ser papel do setor Saúde na PS estar aberto a parcerias e alianças lideradas por outros setores, de não ser protagonista, de ofertar apoio. Ou seja, há consistente reconhecimento do protagonismo da Saúde na PS, mas com clareza de que ela tem que estar disponível para iniciativas e ações nas quais será mais um a participar ou até mesmo quando não participar. Compreende-se que isso ainda precisa ser conquistado, que atualmente não é uma realidade.

Indicada por dois especialistas aparece a perspectiva ampliada de compreensão da saúde por meio de enfoques educacionais, comunicacionais, de satisfação, entre outros, o que extrapola a Clínica, a atenuação de sinais e sintomas ou cura, geralmente as formas de analisar e avaliar ações de saúde. Em contraste, tal perspectiva, não foi encontrada em relatos sobre a forma como estudantes da área da saúde em formação, ao adentrar os

serviços de saúde, constroem abordagens e ações de saúde. Afirma-se que já possuem respostas prontas, que acreditam que seu saber técnico-científico é suficiente.

Defende-se que a formação, inclusive nos serviços de saúde, deve buscar desmistificar isso, dando ferramentas para que os profissionais de saúde estejam abertos ao que vem das pessoas e do território. Vale destacar que a perspectiva educacional formal contribuiu para mudanças de visão e atitudes de profissionais. Assim há conexão entre a formação e educação permanente para a PS e o papel do setor Saúde em fomentá-los para que a gestão e a Atenção à Saúde se aproximem da PS e, então, sejam mais efetivas em proporcionar melhorias nas condições de saúde individual e coletiva.

Como argumento utilizado por um especialista, está a urgência em traduzir o conhecimento acumulado da PS para permitir concretizar ações uma vez que, conforme já abordado, ainda há uma ‘aura’ extremamente discursiva sobre a PS, o que a afasta da realidade dos serviços de saúde do SUS. Além disso, há a rotatividade de profissionais que os serviços de saúde enfrentam, assim como as disparidades na formação destes, com apropriações muito distintas sobre a PS, inclusive porque a PS possui muitas interpretações e compreensões. Silva e Tavares (2016) encontraram alta rotatividade nas equipes devido à relação de vínculo profissional, o que pode comprometer a formação de vínculos entre equipes e usuários, característica importante para a PS.

O papel do setor Saúde na PS gira tanto em torno tanto do seu protagonismo e liderança, com destaque para a articulação intrassetorial, ou seja, ‘olhar para dentro’ e reorientar serviços, políticas e ações de saúde, como da importância de articulação com outros setores, estando aberto a ser partícipe e não necessariamente o protagonista. Sobre este último aspecto, deve-se explorar a capacidade indutora para evidenciar que políticas e ações de outros setores influenciam diretamente nas condições de saúde individuais e coletivas.

‘Para dentro’, é premente considerar determinantes e condicionantes da saúde o que permitirá buscar a mudança da forma de ofertar o cuidado na Atenção à Saúde. Para isso, também é papel da Saúde contribuir na formação de profissionais e trabalhadores da saúde para que possam efetivar esse cuidado a partir da PS e estimulem os usuários a participar efetivamente, seja da gestão da unidade ou da política de saúde, seja de sua saúde individual e do território.

É necessário considerar que a PS inclui estratégias e abordagens amplas e diversas, e ainda ações coordenadas e integradas nas quais são necessárias mudanças na

legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais (SOUZA; LOCH, 2017). Desse modo, também é papel do setor Saúde, ‘olhando para dentro e para fora’, buscar mudar o ‘senso comum’, ou seja, o pensamento societal, para que seja facilitada a opção por modos de vida mais saudáveis.

Capítulo 4

Em busca da superação do instituído na Promoção da Saúde: a dimensão da atenção à saúde e o cuidado, a mudança de comportamento e a abordagem individual

A dimensão da atenção à saúde

A Carta de Ottawa colocou a Reorientação dos Serviços de Saúde como um dos campos de ação da Promoção da Saúde (PS), sendo mais um indício, da existência da dimensão da Atenção à Saúde desde a gênese do conceito moderno de PS, a qual se não é negada na literatura, também não é devidamente explorada. Assim, problematizar esse tema em relação à PS é importante para avançar na construção teórico-conceitual, fornecendo elementos para a prática no Sistema Único de Saúde (SUS).

Atenção à Saúde refere-se a um conjunto de atividades intra e intersetoriais que inclui a assistência individual, mas que não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter ou melhorar as condições de saúde, e que requer ações concomitantes sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (NARVAI; PEDRO, 2008). Para Demarzo (2013), a Atenção à Saúde seria o objeto de atuação dos serviços de saúde e o campo de competência do profissional de saúde dentro do processo saúde-doença, compreendido em sua complexidade e multideterminação, reconhecendo a partir daí as limitações do setor Saúde nesse processo.

Pode-se também compreender a Atenção à Saúde como as ações que envolvem o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de proteção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças e de PS (BRASIL, 2013c), denotando a aproximação com a PS, sendo essa incluída na Atenção à Saúde. Por outro lado, nesta tese, propõe-se a compreensão da Atenção à Saúde incluída na PS, o que não altera a ideia e a defesa apresentada na tese.

Já o cuidado é definido como o conjunto de ações interligadas que perpassam todos os níveis da Atenção à Saúde, considerando a integralidade do sujeito e envolvendo os setores que intervêm nos determinantes sociais da saúde. Busca-se a qualidade técnica e ética, por meio do reconhecimento dos direitos, da subjetividade e das referências culturais do usuário, garantindo o respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação

econômica, orientação sexual, entre outras (BRASIL, 2013c).

A partir do entendimento do processo de cuidado como a principal ação da dimensão da Atenção à Saúde, buscou-se explorá-la por acreditar que ela é essencial à PS. Destaca-se que, no contexto desta pesquisa, essa ideia de ação e dimensão por vezes se tornou fluída e tratada como semelhantes ou sinônimos, o que acredita-se não ter prejudicado o objetivo de apresentar e debater a dimensão da Atenção à Saúde.

É relevante a armadilha de distanciar a PS da Clínica (CAMPOS, 2006), sendo necessário agregar a PS, a prevenção de doenças, a terapêutica e a Clínica. Resgata-se um dos conceitos de PS já apresentados, que traz a produção de saúde individual e coletiva por meio de um conjunto de estratégias e formas, com destaque para a articulação e cooperação intrassetorial, por meio da formação e articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com outras redes de proteção social, sendo essencial a participação e controle social (Brasil, 2014a). Esse enfoque na intrassetorialidade e na RAS corrobora a defesa da existência da dimensão da Atenção à Saúde na PS que será explorada nesta parte da tese.

A PS nesta pesquisa se aproxima de sua vertente crítica. Desse modo, se refere não só à dimensão citada, defendendo-se sua relação com questões mais amplas, tais como as condições de trabalho, emprego, renda e acesso a bens sociais. Contudo, a perspectiva da Atenção à Saúde e do setor Saúde na PS costuma ser relegada a planos menos importantes devido à possibilidade de negar ou relativizar um de seus princípios mais importantes, a intersectorialidade, entre outros motivos que serão apresentados.

Cecílio (2012) afirma que nossos fazeres e práticas são conformados, de modo mais ou menos explícito, por teorias, conceitos, visões de mundo e projetos ético-políticos que, segundo o autor, delimitam como pensamos o Estado, as políticas públicas e a sua operacionalização efetiva. Assim, destacando as teorias e os conceitos que conformam fazeres e práticas, não debater a dimensão da Atenção à Saúde da PS pode significar a busca de forma incompleta, ou mesmo não ampliada, da atuação no processo saúde-doença-cuidado, tal como a vertente crítica da PS defende.

Além da crença relacionada a uma possível negação ou diminuição da importância da intersectorialidade, acredita-se que essa dimensão não é abordada, em parte, pela possibilidade de voltar a permitir a hegemonia da assistência à saúde sobre outras dimensões, a partir da compreensão de que a 'missão' do setor Saúde na PS é 'só' puxar agendas intersectoriais ou apontar que o setor Saúde sozinho não dá conta de alcançar gradações maiores de saúde para indivíduos e coletivos. Concorde-se com isso, mas há

algo intrínseco à Saúde e à Atenção à Saúde, por meio da produção do cuidado, que também faz parte dessa busca pelas gradações citadas.

Outra relação importante de ser lembrada como hipótese para que, em geral, não se considere a dimensão da Atenção à Saúde da PS é a especialização exacerbada, ou seja, a perda da visão geral e do contexto no qual as pessoas vivem. A formação em saúde foi concentrada no saber especializado, o que, entre outras coisas, acarretou na hegemonia na perspectiva biologicista, tecnicista e hospitalocêntrica, amplamente criticada pela vertente crítica da PS.

Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) afirmaram que o relatório Flexner, em oposição aos movimentos da Medicina Integral e a Medicina Comunitária que surgiram já no século XX, baseado em extensa investigação sobre as condições do ensino médico nos EUA e no Canadá, culminou em propostas de mudança curricular na medicina. Os autores destacam ainda que a reforma proposta por Flexner sistematizou e formalizou as especificidades próprias à modernização da medicina, com isso ocorrendo a referida especialização que culminou na hegemonia citada.

É possível afirmar que isso também ocorreu com as demais formações e profissões em saúde, gerando um privilegiamento de sinais e sintomas de doenças e agravos à saúde em detrimento da compreensão do contexto mais geral de vida das pessoas. Destaca-se, portanto, como se pretende discutir através da dimensão da Atenção à Saúde, também ser necessário atuar sobre estes sinais e sintomas.

De forma semelhante, Pettres e Da Ros (2018) abordam o Relatório Flexner, também denominado biomédico, em relação ao reducionismo na compreensão do processo saúde-doença a partir do modelo unicausal após a descoberta da bactéria por Pasteur, negando, portanto, o processo de determinação social. Os autores confirmam que este relatório influencia as práticas nos dias de hoje, centradas na doença e no hospital, incluindo uma assistência individual, positivista, curativista, biologicista e fragmentada. Esse modelo de Atenção à Saúde implica em uma solidez da lógica dominante com olhar reducionista para o cuidado com a saúde (PETTRES; DA ROS, 2018).

Um elemento tão problemático quanto a superespecialização na formação e capacitação é a insuficiência de conhecimentos em determinadas áreas como na PS (NETTO; SILVA, 2018), evidenciando a importância da discussão da dimensão da Atenção à Saúde. Ao avançar na inclusão da PS na formação e capacitação, é essencial que tal dimensão seja explorada para que a PS não seja apenas um discurso distante das práticas cotidianas nos serviços de saúde.

O fato de não se considerar a dimensão da Atenção à Saúde na PS pode ser compreendido também a partir do histórico recente desta. Apesar do resgate histórico já realizado, destaca-se mais um fato importante, em especial para pensar a dimensão da Atenção à Saúde. Westphal e Franceschini (2016) relembra que, em 1984, foi realizado no Canadá um congresso denominado 'Para além da assistência à saúde'. Nesse evento, segundo as autoras, foram firmados os princípios de uma nova proposta de PS orientada pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade.

Há, portanto, dois extremos. De um lado está a exclusividade da intersectorialidade para pensar a PS, ou seja, necessariamente para fora do setor Saúde, e do outro, uma aposta exacerbada no autocuidado e no controle dos comportamentos por parte dos sujeitos, o que diminuiria o risco de adoecimentos e agravos à saúde. Como exemplo, cita-se a compreensão de que a PS se destaca ao tender a negar a assistência à saúde, entendendo que uma maior complexidade tecnológica se apresenta com poucos resultados na saúde embora seja importante para o tratamento de doenças, e com isso resgata-se a relação entre saúde e condições de vida (PETTRES; DAROS, 2018), uma clara dicotomia entre PS e Atenção à Saúde.

Westphal e Franceschini (2016) lembram o pressuposto de que a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida vai além de curar as doenças e requer atuar sobre as condições sociais que são determinantes da saúde. Logo, ao se focar, nesta tese, a dimensão da Atenção à Saúde e no setor Saúde, sabe-se que fazem parte de uma das perspectivas na construção teórica e prática da PS, não havendo hierarquização com as demais. Portanto, é necessário abordar o processo saúde-doença-cuidado a partir de suas múltiplas perspectivas, da interrelação entre os determinantes e condicionantes e a Atenção à Saúde.

No tocante à dimensão da Atenção à Saúde é relevante a inclusão da PS nas Linhas de Cuidado em produções técnicas do Ministério da Saúde, as quais também afirmam que a PS precisa dialogar com o setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que sejam partícipes no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade (BRASIL, 2013c). As Linhas de Cuidado são modos de organização da gestão e da Atenção à Saúde que articulam, nos diferentes pontos da rede de serviços de saúde, os recursos e as tecnologias para assegurar o acesso ao cuidado. Medidas de regulação, legislação e intervenções nos determinantes sociais que impactam o processo saúde-doença são articuladas por meio das linhas de cuidado.

Uma das inovações da atual versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é a intrasetorialidade como princípio, permitindo pensar as RAS como espaço importante para a operacionalização da PS. Rocha e Padilha (2016) afirmam que se abre uma possibilidade de compreender como as práticas do cuidado se inserem na perspectiva da PS quando se opera com a produção de saúde.

Já em 1986, na Carta de Ottawa, afirmava que o surgimento do conceito de PS se deu a partir da necessidade de superar o enfoque exclusivo ou predominante da assistência à saúde. Conforme já exposto, a Reorientação dos Serviços de Saúde é um dos campos de ação da PS, no qual defende-se ser necessária uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (BRASIL, 2002).

Além disso, esse documento trazia a necessidade de os serviços de saúde adotarem uma postura abrangente, respeitando as peculiaridades culturais e, com isso, apoiarem as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, além de suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência (BRASIL, 2002). Defende-se que a PS, mesmo com a amplitude e complexidade de suas propostas, pode ser operacionalizada também nos espaços micropolíticos das unidades de saúde (SPERANDIO et al., 2016), inclusive por meio da Atenção à Saúde. Para Westphal (2006), a vertente crítica de PS pode ser aplicada na Atenção à Saúde em atividades de prevenção, tratamento e reabilitação.

Destaca-se que a Atenção à Saúde engloba a atuação em todos os níveis de atenção do SUS, assim como em todos os níveis de governo. As ações são dirigidas aos indivíduos ou à coletividade e prestadas no âmbito ambulatorial ou hospitalar, bem como em outros espaços, incluindo o domiciliar (BRASIL, 2013c).

De uma forma geral, é possível afirmar que, na literatura, há uma visão restrita de que PS, Atenção à Saúde e cuidado são coisas distintas. No viés que compreende a PS como atividade em grupo e palestra e o cuidado como tratamento, Clínica, de forma restrita, ou você faz cuidado, Clínica, ou você faz PS. Nessa visão, a qual se considera restrita, se dá maior valor ao cuidado. Assim, não entender o cuidado na PS quando o contexto é considerado tanto na avaliação, diagnóstico, quanto na terapêutica proposta, se deve a essa compreensão hegemônica da PS, que a vê como simples, descompromissada com a efetividade, fácil de fazer, grupos, educação em saúde e falação sobre DSS sem, de fato, considerá-los no processo terapêutico. Esse maior valor dado ao cuidado e à Clínica torna a questão assistencial como norteadora de processos de trabalho,

recursos etc. Logo, é importante conseguir definir e explorar a dimensão da Atenção à Saúde na PS.

Abaixo, na tabela 4, os temas que surgiram da fala de trabalhadores/as, gestores/as e especialistas:

Tabela 4 – Temas: A dimensão da Atenção à Saúde

Foi caracterizada como PS

A PS como componente da linha de cuidado / contrária à dicotomia entre Clínica, Cuidado e PS / há uma intervenção sobre o processo saúde-doença em si e ali é uma possibilidade de construção da PS / o campo da PS é compreendido desde a atenção clínica até a formulação de política	
ExpMun	-
Ent	1 a 4, 6, 7, 9 a 13

Atenção a todos os aspectos que estão envolvidos na saúde das pessoas / Cuidado não só do ponto de vista de tratamento, mas que abranja essas outras dimensões de escuta, de respeito, de um posicionamento ético frente a esses sujeitos, com suas demandas e suas necessidades / a PS pode ampliar essa ótica, influenciar, para que ela tenha uma perspectiva ampliada do cuidado	
ExpMun	-
Ent	1, 2, 4, 6 a 9, 11

Ações de autocuidado que levaram a uma redução de peso, de índices glicêmicos e colesterol refletindo em uma melhor qualidade de vida / Orientações / avaliação e monitoramento / Benefícios biológicos	
ExpMun	4 a 7, 9
Ent	-

<p>Todo cuidado com a saúde pode ser classificado como PS, inclusive o tratamento / o Cuidado é sempre necessário / Melhoria no atendimento aos usuários / melhorias nos encaminhamentos/ conjunto de estratégias e ações integradas que objetivam o cuidado / maior motivação da equipe para a melhora da qualidade assistência ao usuário / valorização dos profissionais</p>	
ExpMun	1, 3, 6, 8, 9
Ent	-

<p>Ação multiprofissional, o que estimula e motiva os usuários a dar continuidade no cuidado uma vez que estes obtém os resultados esperados / pelo modelo de matriciamento que amplia a atenção e cuidado, na prevenção de agravos e doenças / atendendo as especificidades de vários públicos</p>	
ExpMun	2, 3, 6, 9
Ent	-

<p>Mesmo com a ... saúde ... como ausência de doenças, ainda assim uma parte da atenção que diz respeito à PS, porque o cuidado de agravos à saúde ou à doença dá condições para que as pessoas ... atingirem a plenitude da sua potencialidade / na atenção à saúde há PS na medida em que contribui para recuperar a saúde do indivíduo / é preciso dar respostas para aqueles que têm necessidades, ofertando o Cuidado daquele individuo, de maneira ampliada</p>	
ExpMun	-
Ent	2, 7, 12

<p>Relativiza a crítica ao modelo biomédico afirmando ser necessário profissionais competentes, que, por exemplo, saibam fazer diagnósticos precisos, etc, mas entendendo a possibilidades de complementaridades além da medicina curativista / quebrar a hegemonia biomédica, tendo uma visão mais abrangente do território, realizavam atividades em conjunto com a população fortalecendo a comunidade e se articulando a programas complementares</p>	
ExpMun	-
Ent	5, 6, 9

PS ... como uma diretriz, um princípio e ela poderia ser considerada uma dimensão da atenção à saúde / a PS ... presente em todos os níveis de cuidado e da atenção à saúde / embora na parte teórica PS e Cuidado sejam coisas distintas, na prática orienta e portanto está articulada ao processo de cuidado / há muito investimento na discussão sobre desenvolvimento social, mas há distanciamento do Cuidado e afirma que um eixo produção social do cuidado é importante

ExpMun	-
Ent	3, 9

Construção da autonomia do indivíduo, o empoderamento no processo de Atenção à Saúde, para que ele participe... se corresponsabilize sobre o cuidado / ações que se aproximam dos princípios da PS, mesmo com foco em uma determinada condição de saúde

ExpMun	-
Ent	3, 11

Superação da abordagem exclusivamente medicalizadora. A PS ajuda a ter um olhar ampliado com destaque à importância de ver a pessoa no seu contexto, pensar ... problemas que não só os biológicos / Estratégias como a clínica ampliada, processo terapêutico singular, ... a abordagem clínica, restrita, vai tratar 'só o sintoma', sendo necessário abordar o sujeito de forma ampliada

ExpMun	-
Ent	9, 13

Os profissionais estudaram antes o perfil da população indo de encontro às suas especificidades / foram levadas em consideração as necessidades pessoais / análise do perfil epidemiológico da população e com isso houve a priorização das principais linhas de cuidado

ExpMun	3
Ent	-

PS também para quem está doente. O Cuidado deve propiciar isso / Viver bem mesmo com sobrepeso ou obesidade / PS, em quem está doente, dá QV

ExpMun	4
Ent	-

Resolutividade de casos / por ter aumentado a resolutividade das eSF e a capacidade de fazer e compartilhar a coordenação do cuidado / redução do número de consultas medicas e de enfermagem ampliando o autocuidado e a responsabilidade com a própria saúde / diminuir a fila de espera e agilizar as consultas com os especialistas	
ExpMun	9
Ent	-

Não foi caracterizada como PS

Foi uma estratégia de cuidado de saúde exclusivamente / o acompanhamento deve fazer parte do plano de cuidado para pacientes com patologias	
ExpMun	3, 4, 7
Ent	-

Apesar de refletir na qualidade da assistência ao usuário, é uma ação de organização e planejamento do processo de trabalho / por ser uma estratégia de gestão que impactará no processo de trabalho dos envolvidos	
ExpMun	8
Ent	-

Dos(as) 13 especialistas entrevistados, apenas dois não falaram explicitamente sobre a dimensão da Atenção à Saúde. Porém, é possível inferir que concordam com sua existência quando afirmam que a relação entre profissionais de saúde e usuários deve considerar os saberes de ambos, sem hierarquias ou colonização do saber do outro. O mesmo pode ser dito quando defendem a importância do conhecimento do território e identificação de determinantes da saúde das populações, indicam como fazer PS, e não só falam, e demonstram a compreensão que o primeiro cuidado é saber como as pessoas estão e se sentem, pois a partir daí é que elas poderão ofertar cuidado para outros.

A contrariedade à dicotomia entre Clínica, cuidado e PS foi marcante nas respostas dos entrevistados, assim como o reconhecimento de que não há dedicação em efetivar a Atenção à Saúde enquanto um campo da PS, deixando a discussão do cuidado esquecida, com foco exclusivo ou exagerado nas melhorias das condições de vida. Já as condições de saúde são debatidas no abstrato, como se o adoecimento não fizesse parte delas.

Defende-se que o processo de cuidado será muito beneficiado ao incorporar princípios e valores da PS. Para Prado, Falleiro e Mano (2011), o cuidado é função essencial do profissional de saúde e objetivo comum entre ele e o usuário, não devendo ser associado com controle.

Penido e Romagnoli (2018) destacam ser preciso levar em conta que a Clínica, na PS, parte do desafio fundante relacionado à centralidade da doença para o discurso científico e prático da Clínica, ainda que devam ser reconhecidos os esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) em busca de ampliar o conceito de saúde para além da simples ausência de doença. Para as autoras, tal ampliação do conceito de saúde colaborou sobremaneira para interrogar as práticas clínicas em saúde, especialmente na AB.

Prado, Falleiro e Mano (2011) argumentam que a PS constitui o eixo transversal da assistência à saúde, principalmente na AB, para a produção do cuidado, indo além da prevenção de doenças. Os autores defendem que a associação com a PS produz cuidado com autonomia, empoderamento e qualidade de vida e que o cuidado não comporta um modelo centrado na doença e no entendimento cartesiano do corpo humano como máquina. Para eles, protocolos de conduta são importantes, mas não consideram a singularidade do indivíduo, cujo entendimento é também resultado de uma prática cuidadosa e verdadeiramente comprometida com o respeito e a autonomia do outro (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011). Do mesmo modo, Haeser, Büchele e Brzozowski (2012) defendem que promover a vida, em suas várias dimensões, requer atenção tanto da singularidade e autonomia dos sujeitos, quanto um esforço das ações do âmbito global do Estado.

Penido e Romagnoli (2018), ao buscar responder como operar a relação entre sujeitos na Clínica, tomando como foco a autonomia, apontam a necessidade de uma modulação da Clínica que incorpore práticas de cuidado. As autoras ressaltam que a concepção de autonomia, ao reger a atuação e a intervenção Clínica com os usuários de forma comprometida com suas condições de vida, dá sustentação a uma PS crítica.

Em complemento, dois especialistas destacam a forma como esse cuidado é produzido, considerando princípios e diretrizes da PS, em especial o empoderamento, a autonomia e o protagonismo do sujeito. Desta forma, a ação clínica ganha outros contornos, o foco deixa de ser uma abordagem exclusivamente medicalizadora apenas nos sinais e sintomas, a partir de um olhar ampliado que permitirá que o sujeito participe efetivamente do processo de cuidado.

A atuação de uma equipe multiprofissional, destacada em quatro experiências municipais, foi defendida por ampliar as possibilidades de êxito do processo terapêutico, em especial quando ocorre o matriciamento, por estimular os usuários a atingir os objetivos coletivamente construídos. Silva e Tavares (2016) destacam que são características do processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade e que isso contribuiu para a renovação do modelo de Atenção à Saúde. Uma abordagem ampliada da Clínica com diálogo compreensivo dos valores, crenças e preferências dos usuários (CHIESA et al., 2011), em conjunto com o saber técnico-científico do profissional de saúde, comporiam um processo de cuidado com maior possibilidade de êxito.

A forma como a Atenção à Saúde vem sendo operacionalizada hegemonicamente também é um importante entrave para sua consideração na PS. Aquino et al. (2014) afirmam que há o reconhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde e a necessidade de atuação sobre eles por parte dos profissionais de saúde que atuam na AB. As autoras ressaltam que o discurso destes já superou o enfoque exclusivamente na doença, contudo as ações desenvolvidas, apesar de alguns avanços, ainda são fortemente focadas exclusivamente na mudança de comportamento dos indivíduos, com atribuição da responsabilidade pela sua condição baseados principalmente no modelo tradicional da educação em saúde estabelecendo uma relação profissional-usuário verticalizada (AQUINO et al., 2014).

Para Pettres e Da Ros (2018), a superação da perspectiva de atuação fragmentada, com terapêuticas sobre o corpo como máquina ou saúde simplesmente como ausência de doença, traz a compreensão da saúde como produzida pela sociedade e influenciada pelas formas de organização da vida, sociabilidade, afetividade, cultura, lazer, entre outras. Haeser, Büchele e Brzozowski (2012) afirmam que o lazer, a educação, as relações sociais, o trabalho, enfim, as condições de vida, são elementos determinantes para a constituição da saúde.

Já Prado, Falleiro e Mano (2011) abordam a ideia de produção de cuidado, expressa no sentido de processo, construção, caminho a ser percorrido por indivíduos que apostam no diálogo e na escuta. Segundo os autores, uma escuta atenta a versões, verdades, crenças e histórias do outro em um tempo no qual o profissional de saúde abdica da fala e presta atenção a quem fala.

Beato, Van Stralen e Passos (2011) afirmam, sobre as significações existentes sobre o ideário da PS presentes no contexto da ESF, existir fragmentação e polarização

frequentes entre Clínica e as ações coletivas programáticas. Ambas se pautam em lógicas que raramente dialogam entre si, tornando-se, por sobreposição, uma só estratégia por força de normas institucionais. Entretanto, segundo as autoras, a construção de um projeto de PS relacionada à saúde mental pela equipe de Saúde da Família (eSF) se aproxima de sentidos que estão mais próximos de uma concepção crítica do ideário.

Destaca-se a inter-relação entre os determinantes e condicionantes da saúde e a Clínica e o cuidado, tendo em vista que estes não estão apartados do contexto no qual os sujeitos vivem. Ainda que surjam, questões relacionadas à proposta de reorientação do modelo de atenção através da ESF, à PS se apresentar em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde, aos desafios para a construção de um modelo de Atenção à Saúde resolutivo voltado à atenção integral, de forma geral, a literatura relacionada à PS não aborda especificamente a Atenção à Saúde.

Um ponto importante, abordado por oito especialistas, é pensar no cuidado não só na forma de terapêuticas específicas para a saúde em um sentido mais estrito, por exemplo o uso do cinema e da meditação. Deve-se considerar também atividades que não focam especificamente o problema ou uma determinada condição de saúde, mas que permitam fruição por parte dos sujeitos, diversão, relaxamento, aumento da autoestima, sem com isso querer atingir uma parte do organismo ou condição de saúde específica.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) são um exemplo dessas atividades, possuindo várias interfaces diferentes com a PS. Os valores e princípios subjacentes da PS e das PICs convergem e este encontro oferece um caminho para a Reorientação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica (AB) para um modelo mais democrático e promotor de saúde para o SUS. Afirma-se ainda que as PICs e a PS reconhecem a natureza multidimensional e indivisível do "ser" (CARVALHO; ALMEIDA; SOUSA, 2017; FRANCO DE SÁ; NOGUEIRA; GUERRA, 2018) e assim são possíveis respostas, como abordagens mais holísticas e globais sem necessariamente focar uma determinada condição de saúde ou parte do organismo.

Complementando essa ideia a partir do destacado por dois especialistas, deve-se quebrar barreiras de comunicação entre profissionais e usuários, compreender o contexto e as possibilidades dos usuários, como relatado em uma entrevista que trouxe uma ação de cuidado à saúde mental que aliou atividades manuais e econômicas, que mudou a terapêutica farmacológica que foi identificada como um problema.

Defende-se que a comunicação passa pelo que Haeser, Büchele e Brzozowski (2012) afirmaram ser uma dificuldade de pensar em autonomia como respeito ao modo

de pensar do outro, ao invés da tentativa de imposição de um estilo de vida ou comportamento. As autoras argumentam que a comunicação e a busca pelo fortalecimento da autonomia na PS não podem ser pensadas de forma vertical, ou seja, o profissional da saúde comunicar ao usuário qual é a melhor forma de cuidado para garantir sua saúde e ele, agora informado, decidir sobre sua saúde autonomamente. Para elas, a autonomia na PS não está relacionada somente com o conhecimento técnico sobre saúde, também engloba aspectos políticos e sociais relacionados à cidadania e criticidade, os quais não estão restritos apenas à área da saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012), mas que, na Saúde e no cuidado, também precisam estar presentes por meio de uma comunicação efetiva entre os sujeitos, profissionais de saúde e usuários.

Na PS, a participação dos trabalhadores e serviços de saúde na busca por ofertas que favoreçam o autocuidado e cogestão, com o protagonismo dos usuários, mostra que o processo de cuidado não se esgota no serviço de saúde e no atendimento pelo profissional de saúde. Reconhecer isso é importante para a construção de projetos terapêuticos factíveis e com maior possibilidade de êxito, o que permitirá inferir que a equipe de saúde está preparada para operar a PS em suas distintas perspectivas. A consideração das necessidades pessoais e a análise do perfil epidemiológico da população, e com isso priorização das principais linhas de cuidado, foi destacada em uma ExpMun.

O autocuidado foi lembrado em cinco experiências municipais, sendo considerado como PS. Isso indica que há a compreensão de que a participação dos sujeitos no processo de cuidado é essencial, além de trazer benefícios biológicos. Também em cinco ExpMun foi abordado o tratamento, o atendimento e o encaminhamento, em uma perspectiva de melhorias nestes, a partir da valorização dos profissionais, revelando que esta etapa do processo de cuidado faz parte da PS. O aumento da resolutividade de casos com a redução do número de consultas médicas e de enfermagem foi lembrada em uma ExpMun.

É relevante a compreensão, evidenciada por três especialistas, que o cuidado estaria relacionado à PS ainda que a saúde seja considerada como ausência de doenças, ou seja, na perspectiva da recuperação da saúde em casos de adoecimentos, pois isso é necessário para que as potencialidades dos sujeitos sejam desenvolvidas e vividas. Logo, no processo de cuidado, quando forem necessárias terapias farmacológicas ou outras intervenções mais próximas da ideia mais procedimental de saúde, ainda pode ser PS a partir da sua dimensão da Atenção à Saúde.

Para três especialistas que abordaram a questão do modelo biomédico, ele não é

nem menos nem mais importante, em algum momento ele vai ser essencial, não poderá faltar, e em alguns ele vai ser só auxiliar. Conforme já ressaltado, o modelo biomédico é biologicista, curativista, hospitalocêntrico e é predominante (PETTRES; DA ROS, 2018). Já Franco de Sá, Nogueira e Guerra (2018), utilizando a expressão ‘Medicina convencional’, afirmam-na como um modelo baseado em ciências naturais duras, medicalizado e mercantilizado e que é hegemônico nos sistemas de saúde, possuindo legitimação e institucionalidade nas suas práticas.

As autoras complementam esse tema afirmando que a perspectiva biomédica prejudica a tradução da teoria da PS em ação, gerando até mesmo ambiguidade e normativas e documentos contraditórios, que afetam não só a teoria, mas também a materialidade do SUS, impedindo ou retardando a transição das práticas de saúde em direção a uma abordagem mais integral e participativa (FRANCO DE SÁ; NOGUEIRA; GUERRA, 2018). Assim, a principal crítica se concentra na hegemonia deste modelo, pois acredita-se que ele é necessário, mas não é suficiente.

O profissional de saúde geralmente é formado no modelo citado e, mesmo conhecendo as melhores evidências, por exemplo, de que determinado material ou medicamento seria melhor que o outro, a partir do contexto de um usuário, pode fazer outra opção terapêutica pois vai ser melhor para o processo terapêutico daquele sujeito, daquela individualidade, naquele contexto. Assim, a construção de projetos terapêuticos considerará a realidade na qual os sujeitos estão inseridos, tendo maior possibilidade de êxito mediante sua factibilidade.

Prado, Falleiro e Mano (2011) afirmam que tecnologias duras e estrutura hospitalar dão uma falsa sensação de que é neste espaço que haverá o cuidado, o alívio e a cura, destacando que muitos profissionais de saúde pensam assim, e não só os usuários, o que remete a um poder simbólico que, segundo eles, contraditoriamente significa saúde. Contudo, reforçam que não necessariamente a prática hospitalar e/ou a especialização focal são empecilhos para que apareçam a subjetividade, o sentimento e o cuidado. O olhar e a abordagem ampliados podem ser próprios de um especialista e estranhos a um generalista, vai depender da forma como se relaciona com o sofrimento do outro (PRADO; FALLEIRO; MANO, 2011).

Assim, a partir da clareza, por parte dos profissionais, de que o contexto condiciona as possibilidades dos sujeitos de adotar ou não determinadas recomendações, este profissional se tornará mais qualificado para o cuidado. Como exemplo, cita-se que trabalhadores passam 1/3 do dia no transporte público de um grande centro urbano (SOUZA,

2019). Estes sujeitos são ‘culpados’ por não realizarem um ou outro comportamento saudável como a atividade física ou a alimentação saudável?

A partir da fala de dois especialistas, defende-se que a compreensão estática e imutável que afasta PS e cuidado não é possível na realidade cotidiana dos serviços de saúde, sendo algo que encontra respaldo apenas na esfera conceitual. Uma forma de compreender a PS próxima ao cuidado pode ser vislumbrada na afirmativa, relacionada à ExpMun 9, de que, além de tratar, reduz o número de consultas, ou seja, curar ou atenuar as repercussões das condições de saúde é essencial para a PS que não se pretende apenas discursiva e que possui objetivo macro de mudar as condições de saúde e de vida, não dando a devida relevância para o adoecimento e sua mitigação.

Assim as fronteiras conceituais entre PS e cuidado podem ser borradas e se interpenetrar, refutando a ideia de que cuidado, a Clínica, é uma coisa e PS é outra, como se eles não pudessem ser permeáveis, não pudessem dialogar. A hipertensão foi um exemplo utilizado em uma entrevista como caso que permitiu, a partir de uma determinada condição de saúde, aproximar cuidado e PS, com a ideia da PS como um componente do processo de cuidado.

De forma geral, os profissionais de saúde são formados para seguir protocolos e, quando as coisas saem um pouco dessa ‘caixinha’, há maior dificuldade. Quando os sujeitos não seguem o que foi recomendado ou prescrito, um ‘deslize’ que ‘ameace’ o poder do profissional de saúde gera a culpabilização deste pela condição de saúde do sujeito. Afirma-se que as ações de PS são processuais, fluidas, até mesmo transitórias, e podem não ser palpáveis ou com a concretude que um protocolo dá.

Como saída, Nunes Filho et al. (2017) afirmam que a interação entre o serviço e a universidade se mostra indispensável para a formação em uma determinada área da saúde, e acredita-se ser possível extrapolar tal afirmativa para todas as formações da área. A partir da realidade vivenciada, os autores sustentam que o estudante consegue aprimorar sua prática e perceber que seu conhecimento teórico, da forma como foi ensinada, não necessariamente pode ser aplicado diretamente na comunidade. Assim ele exercita o pensamento crítico e a criatividade na busca para aplicar, da melhor maneira, seu domínio teórico de modo a conseguir transformar as condições de saúde da população na qual está inserido.

Foi utilizado em uma entrevista o exemplo da Atenção Especializada Hospitalar para afirmar que é possível fazer PS inclusive num atendimento de urgência e emergência, num processo de cuidado que considera a articulação de seu pressupostos, princípios,

diretrizes e valores. Com a defesa, nesta tese, de que a Atenção à Saúde também requer parcerias e articulações intra e intersetoriais, não faria sentido separá-la da PS. Ou seja, na amplitude da PS está incluída o processo de cuidado, a dimensão da Atenção à Saúde.

O cuidado contribuindo para propiciar qualidade de vida também para quem está doente, assim como a busca por viver bem por quem já possui uma doença, foi citado em uma ExpMun. Não há concordância com a ideia de que voltar a atenção ao sujeito que possui uma determinada condição de saúde seria quebrar um dos primeiros princípios da PS, qual seja, pensar a população como um todo e não em grupos de risco. Ao defender a existência da dimensão da Atenção à Saúde na PS, defende-se que o cuidado é condição necessária para que os sujeitos alcancem gradações crescentes de saúde, inclusive agindo sobre determinantes e condicionantes.

Na dimensão da Atenção à Saúde, diagnosticar e tratar sinais e sintomas, a dor, o sofrimento, também pode ser PS, mas há clareza de que não é só isso. É necessário olhar e atuar sobre o contexto, além do corpo biológico, identificando e buscando atuar sobre as causas. Heidemann et al. (2015) sustentam que há novos desafios para reformular, reposicionar e renovar os esforços para fortalecer a PS em seu papel de reorientar serviços de saúde e Rocha e Padilha (2016) defendem mudanças no processo de formação dos trabalhadores da saúde para conseguir a Reorientação dos Serviços de Saúde.

Malta et al. (2016) relacionam a elaboração de documentos e projetos sob o marco da PS no SUS, no início dos anos 2000, com o contexto de iniciativas nacionais e internacionais associadas à redução das principais causas de morbimortalidade. Assim, é possível afirmar que essa redução também está relacionada à PS e, inegavelmente, a Atenção à Saúde contribui para isso, além de outras abordagens como a educação em saúde.

Já para a não caracterização como PS, em 3 ExpMun afirmou-se que as ações de saúde foram uma estratégia de cuidado de saúde exclusivamente. Denota-se aqui a compreensão de que cuidado e PS são necessariamente coisas distintas. Silva et al. (2015) destacam que o modelo de Atenção à Saúde, com foco na doença, possui uma força historicamente estabelecida que não irá ceder apenas por boas intenções. Será um passo importante para a PS conseguir dialogar e adentrar esse espaço para, uma vez que há um forte poder indutor de recursos, tornar as práticas em saúde mais efetivas ao considerarem mais que sinais e sintomas. Assim o tratamento partirá da busca por compreender e atuar sobre as causas, o que ampliará as possibilidades dos sujeitos seguirem a terapêutica sugerida, a partir da compreensão do que favorece ou impede que eles alcancem

gradações crescentes de saúde.

Possibilidades de efetivação da dimensão da atenção à saúde por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Em busca de exercitar possibilidades de efetivação da dimensão da Atenção à Saúde na Promoção da Saúde (PS) operou-se o diálogo entre esta e a avaliação externa (AE) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), por meio de revisão bibliográfica e análise exploratória. Utilizou-se como base a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a partir das diretrizes que dialogam com os programas e ações da AB, a saber:

- i) A incorporação das intervenções de PS no modelo de Atenção à Saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de AB em saúde;
- ii) O fomento ao planejamento de ações territorializadas de PS, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades para favorecer a construção de espaços de produção social da saúde;
- iii) Apoio à formação e à educação permanente em PS para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas (BRASIL, 2014a).

O PMAQ possui o objetivo de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades de Saúde por meio das equipes de Atenção Básica (eABs). Com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, busca-se implementar iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados, sendo o PMAQ uma das principais estratégias indutoras da qualidade no SUS.

O programa está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2013b). É uma iniciativa do governo federal, responsável pelo repasse de incentivos financeiros que possibilitam a melhoria da qualidade da estrutura e da assistência nos serviços (KESSLER et al., 2018).

Para os fins desta tese e para contextualização importa fornecer maiores informações sobre a AE, a qual consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das eABs participantes do programa. Ente outras coisas, busca-se: (a) reconhecer e valorizar os esforços e resultados das eABs e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB; (b) reforçar práticas de cuidado,

gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da AB; (c) considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS (BRASIL, 2013b).

A AE traz questões referentes: (a) às condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das unidades de saúde; (b) ao processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado por meio de entrevista com o profissional da equipe de AB e verificação de documentos; (c) à satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). Segundo Franco de Sá, Nogueira e Guerra (2018), na AB, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) compostas por equipes de Saúde da Família (eSF), agentes comunitários de saúde (ACS) e outras equipes de saúde são o principal e centro de comunicação entre usuários e toda a rede de Atenção à Saúde.

O 1º ciclo do PMAQ ocorreu em 2011 e 2012, o 2º ciclo em 2013 e 2014 e o 3º ciclo iniciou-se em setembro de 2016. No 2º ciclo do PMAQ participaram 5.070 municípios (91%) e 30.522 eABs (88,7%). Em relação ao número de municípios e eABs, isso representou um aumento de 27,8% e 74,5% respectivamente, já que foram 3.965 municípios (71,2%) e 17.482 equipes no 1º ciclo. Registra-se que, para o 3º ciclo, se inscreveram 40.348 eABs, mostrando mais um crescimento no número de participantes (BRASIL, 2016).

De acordo com Teixeira et al. (2014), o PMAQ trata-se de uma avaliação orientada para as atividades e ações dos profissionais, na medida em que se propõe a auxiliar na identificação de áreas prioritárias na Atenção à Saúde voltada para o usuário, além de apoiar os gestores locais no desenvolvimento de linhas de ação que produzam melhoria das ações prestadas à população. O PMAQ traz em seu bojo um somatório de esforços para a priorização de processos mais participativos de avaliação e abre canais de comunicação e uma forte indução para reengenharia nos processos de trabalho, a partir do uso das informações (TEIXEIRA et al., 2014).

Para Medina et al. (2014) o PMAQ é um projeto bastante ambicioso de iniciativa nacional que alia incentivos financeiros e avaliação de processos locais. Significa pôr em operação uma logística complexa com toda uma rede de relações que extrapolam, inclusive, a dimensão técnica de uma mensuração de qualidade do trabalho das eABs. Para esses autores, como experiência de avaliação, o PMAQ já passou por dois ciclos e, sendo assim, espera-se que a análise cuidadosa e mergulho analítico e crítico nos dados produzidos sirva para melhorar investigações posteriores e, especialmente, a qualidade das ações desenvolvidas na AB (MEDINA et al., 2014).

Esses mesmo autores afirmam ainda que, apesar dos limites, a AE apresentou um retrato do processo de trabalho de parcela importante das eABs no país e pode ser um bom ponto de partida para análises posteriores. Este registro representa o início de um processo consistente de monitoramento e avaliação da AB e objeto de contínuo aperfeiçoamento metodológico, dados os desafios postos pela complexidade tecnológica da AB (MEDINA et al., 2014).

Destaca-se que o PMAQ completou sete anos recentemente, o que mostra ser um programa recente, mas com grande potencial para a PS por meio da dimensão da Atenção à Saúde. É necessário considerar, segundo Kessler et al. (2018), que são equipes e municípios que fazem a adesão e se submeteram voluntariamente a um processo avaliativo, logo presume-se que estão cientes e que buscam atender ao que será avaliado, possivelmente revelando um quadro melhor do que a realidade geral.

Os elementos da PNPS, tais como princípios, valores, diretrizes, eixos operacionais, temas prioritários, entre outros, foram utilizados para interpretar as questões da AE com o objetivo de evidenciar a dimensão da Atenção à Saúde da PS e o PMAQ como um programa com grande potencial para a PS. As questões da AE, divididas em três eixos, trazem informações sobre as unidades de saúde, eABs e avaliação dos usuários. Além das eABs participantes do 2º ciclo, conforme já informado, participaram 24.055 unidades de saúde (US) e 114.615 usuários foram entrevistados.

Destaca-se que, devido à metodologia utilizada nesta pesquisa, os dados quantitativos não serão apresentados, mas essa é uma possibilidade de pesquisa complementar a ser explorada para ampliar a compreensão do fenômeno e cumprir o objetivo principal de evidenciar a dimensão da Atenção à Saúde da PS e o PMAQ como um programa com grande potencial para a PS. Na tabela 5, utilizando a PNPS como fonte de análise para evidenciar o potencial do PMAQ para a PS, a partir de sua dimensão da Atenção à Saúde, apresentam-se os elementos que permitiram tal aproximação.

Tabela 5 – Análise do instrumento da AE do PMAQ a partir da PNPS

PNPS		PMAQ
OE	Integralidade do cuidado na RAS	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços disponíveis - Processo de trabalho da equipe - Disponibilidade de insumos e medicamentos - Usuários se sentem respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião
	Adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis	<ul style="list-style-type: none"> - Ações para comunidades tradicionais/ assentados/população rural
EO	Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Horário de funcionamento - Ambientes - Disponibilidade de insumos e medicamentos - Processo de trabalho da equipe - Serviços disponíveis - Consideração de resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ na organização do processo de trabalho da equipe.
TP	Formação e educação permanente	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades na escola - Formação, EP e qualificação das ações desenvolvidas
	Alimentação adequada e saudável	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades na escola
	Práticas corporais e atividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços disponíveis - Atividades na escola
	Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços disponíveis - Atividades na escola
P	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades na escola
	Intrasetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com outros pontos da RAS

		- Apoio de outros profissionais da rede
	Participação social	- Avaliação dos usuários sobre o cuidado recebido pela equipe de saúde - Usuários que não mudariam de US se tivessem oportunidade - Recomendação pelos usuários da US a um amigo ou familiar
TT	DSS	- Serviços disponíveis - Horário de funcionamento - Tempo de espera para o acolhimento e consulta
V	Respeito às diversidades	- Ações para comunidades tradicionais/ assentados/população rural - Usuários se sentem respeitados pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião
	Humanização	- Usuários à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações. - Profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida além da queixa principal - Usuários acham que o tempo de consulta é suficiente - Atendimento pelo mesmo profissional
	Corresponsabilidade	- Busca pela resolução das necessidades/problemas - Usuários acreditam que durante as consultas, os profissionais sugerem soluções possíveis de serem realizadas.

OE – Objetivo específico; EO – Eixos operacionais; TP – Temas prioritários; P – Princípios; TT – Temas transversais; V – Valores.

Fontes: Brasil (2014a; 2013b)

O PMAQ, em alguns momentos, reproduz a dicotomia entre PS, cuidado e a Clínica, ainda que alguns estudos já evidenciem seu potencial como um dispositivo de PS

(TEIXEIRA et al., 2014; MEDINA et al., 2014). Contudo, nestes estudos, assim como o próprio instrumento de AE do programa, há a compreensão de que a PS se restringiria a atividades de educação em saúde, práticas corporais e atividade física, entre outros classicamente relacionados ao conceito de PS, não abarcando questões relacionadas à Atenção à Saúde e outros aspectos como o acesso e a resolutividade na AB, por exemplo.

Destaca-se ainda a distinção que o PMAQ traz entre atividade clínica, PS e prevenção, como no caso das atividades realizadas nas escolas. Problematizar a compreensão da PS apresentada acima e tal distinção são essenciais para os objetivos desta pesquisa, ao defender a perspectiva da Atenção à Saúde na PS. Afirma-se ainda, como exemplo de algumas questões que podem causar confusão nos respondentes, que não há elementos para compreender a distinção entre ações e consultas no instrumento da AE, assim como entre práticas corporais e atividade física, em especial devido ao debate existente sobre estes termos/conceitos na literatura (CARVALHO, 2016a). Também é possível identificar uma aproximação com a vertente conservadora da PS quando algumas ações são classificadas a priori como PS.

Cincurá (2014) afirma que o campo da saúde ainda não elaborou um saber específico que oriente a forma pela qual as eABs devem operacionalizar a PS. É necessário destacar que apenas a indução de estratégias restritas à mudança do estilo de vida individual subestima questões referentes aos determinantes e condicionantes da saúde que influenciam o processo saúde-doença e os conflitos e diferenças de classes sociais, grupos étnicos, religiosos e de gênero, entre outros (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAÚJO JÚNIOR, 2016). Tal indução geralmente é a partir da lógica na qual os comportamentos e o estilo de vida são fenômenos individuais adotados independentemente do contexto, desconsiderando emoções, desejos, sensações, entre outros, os quais são elementos fundamentais no processo de adoção de comportamentos, gerando abordagens fragmentárias do processo saúde-doença dos sujeitos (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Aquino et al. (2014) apontam a complexidade da PS e asseguram que há uma superposição histórica e ideológica entre ela e a AB, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a educação em saúde, o desenvolvimento sustentável, dentre outros, assim como também há, no Brasil, aproximação e diálogo entre seus princípios e objetivos com os do SUS e da ESF. Os autores complementam trazendo que isso se dá em função do compromisso de bem-estar e qualidade de vida da população, pontos comuns a estas propostas e pelas fortes relações que elas estabelecem ao se transformar em práticas

(AQUINO et al., 2014).

Guerra et al. (2015) lembram ser possível trabalhar com os fatores de risco na perspectiva ampliada, aproximando-se dos determinantes e condicionantes da saúde, por meio de ações intersetoriais e com metodologias participativas. De acordo, com Carvalho et al. (2014), a PS redefine e amplia a abordagem tradicional dos problemas de saúde ao buscar transcender a abordagem do risco. Os profissionais de saúde precisam compreender que a PS envolve diversas estratégias de intervenção, com atuação desde a Clínica até o contexto dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, e que o empoderamento dos múltiplos atores sociais deve ser estimulado (HEIDEMANN et al., 2015).

Por fim, destacam-se alguns elementos da PNPS presentes no PMAQ:

- intrassetorialidade, o que remete ao desafio da desfragmentação das ações e serviços com o objetivo de formação de redes cooperativas e resolutivas;
- Redes de Atenção à Saúde (RAS), que busca transversalizar a PS nos diferentes serviços e ações das redes assistencial e de proteção social;
- educação, formação e educação permanente, atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos para gestores e trabalhadores;
- gestão, priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação;
- DSS, em busca da equidade e respeito à diversidade por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares;
- integralidade, na qual intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos;
- corresponsabilidade, ou seja, responsabilidades partilhadas de obrigações e/ou compromissos (BRASIL, 2014a).

A análise empreendida nesta tese permite inferir o potencial do PMAQ para a PS (CARVALHO, 2016b), a efetivação se dará na realidade dos territórios, no trabalho cotidiano das eABs, a partir dos elementos, princípios e diretrizes da PS. Reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos DSS está relacionado ao objetivo geral da PNPS, em complemento à promoção da equidade e melhoria das condições e modos de viver, buscando ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva.

Há ainda o estímulo à PS como parte da integralidade do cuidado na RAS como objetivo específico da PNPS. Assim, a dimensão da Atenção à Saúde é essencial para a

construção teórico-prática da PS e o PMAQ possui grande potencial para contribuir, ao buscar garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde da AB. Desse modo, o PMAQ torna-se uma importante ferramenta para o alcance do objetivo principal da PNPS.

Não foi objetivo deste trecho da pesquisa a análise quantitativa e comparativa dos resultados. Optou-se por não analisar, por exemplo, a positiva avaliação dos usuários aos serviços ofertados, a disponibilidade de medicamentos, os desafios apresentados pelo pouco funcionamento após o horário comercial ou aos sábados – o que ampliaria o acesso aos trabalhadores e trabalhadoras – ou a baixa disponibilidade de insumos e exames como os testes rápidos, a coleta de sangue e o eletrocardiograma. Outras publicações realizaram esse e outros tipos de análise, dentre eles o volume 38 do periódico Saúde em Debate do CEBES (2014) e o livro de Gomes, Barbosa e Ferla (2016), mostrando a diversidade de compreensões possíveis a partir do PMAQ.

Akerman e Rocha (2018), transitando em diferentes contextos e territórios da AB, se perguntaram: como disputar a agenda desses serviços tradicionalmente estruturados e voltados para o modelo queixa-conduta? A resposta foi que não há dicotomia entre Clínica e PS, mas um entre que seria a potência e o desejo dos sujeitos. Nessa perspectiva, a PS dentro dos serviços de saúde e na Clínica implicaria, necessariamente, a ampliação das estratégias do cuidado a partir da compreensão do adoecimento como um acontecimento na vida dos sujeitos. Para os autores, haveria esperança de não mais se cair no falso dilema entre Clínica e PS no encontro singular entre cuidador e usuário, defendendo que, assim como a PS não está em oposição à clínica, a PS representa a potência da vida e a singularidade das distintas manifestações na vida de cada pessoa (AKERMAN; ROCHA, 2018).

Na perspectiva intrassetorial, pensando no processo de cuidado, a partir da defesa de que a saúde é mais do que o cuidado em si, essa questão na PS ficou esquecida. Falou-se do macro e ‘esqueceu-se’ de olhar para dentro, para o tratamento, cura quando possível, acompanhamento, enfim, pensando também nessa perspectiva da saúde, sem advogar centralidade ou maior importância dela, mas no seu papel na busca de melhores condições de saúde individual e coletiva e de vida.

Por exemplo, na AB, um profissional de saúde, uma equipe ou um gestor que defenda a PS sabe que a saúde, o cuidado, tem repercussões para fora do setor Saúde, mas tem que pensar para dentro também, nos serviços ofertados cotidianamente, como deve

atuar? Penido e Romagnoli (2018) propõem que para se operar uma relação clínica, no plano dos encontros cotidianos, pautada na produção de autonomia de forma a produzir efeitos nas subjetividades que o compõem, é necessário investir no ‘entre’ profissionais e usuários criado a partir dos encontros, da dimensão que emerge nas relações entre sujeitos, já que prescrições, protocolos e normatização da rotina não podem limitar potências para a vida.

Essa seria uma Clínica que dialoga com outros saberes, principalmente os dos usuários, e que reconhece e legitima a potencialidade das ações de cuidado dos não especialistas, com elas se articulando. Trata-se de uma prática que coliga elementos heterogêneos: clínica ‘e’ cuidado, especialista ‘e’ usuário, e não uma lógica binária e dicotômica que separa esses elementos com o ‘ou’ (PENIDO; ROMAGNOLI, 2018). Com isso, a PS obtém legitimidade pelo compromisso diário no exercício do cuidado a partir de abordagens ampliadas e empoderadoras (NORMAN; TESSER, 2015).

O PMAQ ao induzir melhorias de acesso e qualidade, abordar questões ligadas à coordenação do cuidado, às estruturas físicas, à gestão, à resolutividade e aos processos de trabalho e evidenciar como a AB vem sendo operacionalizada, possui grande potencial para a PS, por meio da dimensão da Atenção à Saúde, sendo necessárias pesquisas nos territórios para confirmar tal potencial.

É essencial, na dimensão da Atenção à Saúde na PS, buscar-se a resolução ou atenuação das necessidades/problemas de saúde a partir de soluções possíveis de serem realizadas pelos usuários. Há uma complexa conjunção, desde os serviços disponíveis, o processo de trabalho da equipe, a disponibilidade de insumos e medicamentos, a necessária articulação com outros pontos da RAS, o respeito aos hábitos culturais e costumes dos usuários, até a participação destes na avaliação do cuidado, o que permitirá reformulações para alcançar o objetivo de garantir acesso com qualidade e resolutividade às ações e serviços de saúde.

A PS necessita ser multiestratégica e, ao focar a dimensão da Atenção à Saúde, não se advoga que ela é suficiente, mas entende-se que debater sobre ela também é necessário, já que se trata de um determinante e condicionante da saúde.

Mudança comportamental / construção de modos de vida saudável

A ideia da mudança de comportamento geralmente não é considerada por aqueles que se propõem a defender a vertente crítica da PS. No entanto, algumas condições de saúde podem, em geral, serem prevenidas e tratadas tendo, como ofertas de cuidado, ações

relacionadas a tais mudanças. Afastando-se da vertente conservadora da PS, defende-se que essa mudança de comportamento não se baseará em culpabilização, ou seja, na ideia de que o sujeito possui total governabilidade para realizar as medidas terapêuticas necessárias e não as faz simplesmente porque não quer ou por não possuir ‘força de vontade’. O que fundamentará essa mudança será a construção de possibilidades através do empoderamento desse sujeito ou, ainda, de mudanças gerais em seu contexto de vida.

Para Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), as ações de PS que se baseiam no desenvolvimento de hábitos e estilos de vida saudável podem enfraquecer a possibilidade de ampliação ou fortalecimento de autonomia individual ou coletiva, pois apresentam dificuldades para superar a tendência comportamentalista. Afirmam ainda que essas ações podem se tornar estratégias de vigilância que muitas vezes restringem as liberdades e decisões individuais.

O desenvolvimento de hábitos e estilos de vida saudável citado pode ser compreendido também como mudanças de comportamento. Ora, afirma-se que as dificuldades de superação citadas pelas autoras não são intransponíveis, sendo possível inferir que há formas de construir as mudanças de comportamento que não reproduzam as limitações nomeadas como dificuldades.

A promoção de comportamentos saudáveis tem sido apontada como importante desafio para as políticas públicas. Tais comportamentos são influenciados por aspectos econômicos, sociais e psicológicos, entre outros (LOCH et al., 2019), aparentemente afastando a vertente conservadora da PS. Loch et al., 2019 consideram ser fundamental que os profissionais envolvidos com essa temática, que por natureza é intersetorial, se apropriem de elementos que possam ajudá-los a desenvolver ações mais efetivas. Do mesmo modo, Madeira et al. (2018) afirmam que as pessoas têm capacidade de escolher seus estilos de vida, mas essas escolhas são limitadas por suas condições de vida.

Abaixo, na tabela 6, os temas que surgiram da fala de trabalhadores/as, gestores/as e especialistas:

Tabela 6 – Temas: Mudança comportamental / construção de modos de vida saudável

Foi caracterizada como PS

O profissional precisa entender que esse comportamento é decorrente de muitas outras coisas, e não apenas da informação que possa ser passada / a PS pode contemplar mudanças comportamentais, mas em uma perspectiva dela como resultante de aspectos mais macro, como a questão cultural, econômica, socioambiental / visão mais ampliada, que considera aspectos estruturais e assim não fica só culpabilizando as pessoas pelos comportamentos que elas têm	
ExpMun	1 a 6, 9
Ent	2 a 6, 8 a 13

Modificar comportamentos de risco / mudar hábitos de vida e prevenir doenças / mudar estilo de vida / a mudança de comportamento é fundamental	
ExpMun	1 a 7, 9
Ent	4, 12

As mudanças comportamentais são consequência, não devem ser a centralidade dos objetivos das ações de PS / mudança deve ser vista como uma consequência de compreensões mais amplas do que seja saúde a partir do empoderamento dos grupos, de suas potencialidades / o comportamento não pode ser entendido como uma escolha individual / a pessoa pode querer mudar, mas ter dificuldades concretas ou de concepção para fazê-lo	
ExpMun	-
Ent	2, 3, 6, 7, 9, 11, 12

Troca de saberes e conhecimentos, com consequente melhora da QV e promoção do bem-estar / interferem no ser biopsicossocial	
ExpMun	2 a 4, 7, 9
Ent	-

Desenvolver ações educativas	
ExpMun	1, 6, 7, 9
Ent	11

A melhora no quadro de geral de saúde das pessoas participantes	
ExpMun	3
Ent	-

Análise epidemiológica com foco nas prioridades que permitiram atingir o objetivo proposto	
ExpMun	3
Ent	-

O acompanhamento intensivo motiva o paciente a ... ter uma vida saudável e de qualidade	
ExpMun	4
Ent	-

Crítica sobre a ação ser muito pontual, não há garantia de mudança permanente dos hábitos / ações pontuais também promovem mudanças de comportamento menores do que as ações contínuas, porém são válidas por atingirem um maior número de pessoas	
ExpMun	6
Ent	-

Não foi caracterizada como PS

Ter objetivos de modificação de componentes da aptidão física, de fatores de risco, a partir de hábitos de vidas individuais / da abordagem comportamental se aproxima do estilo de vida em um formato mais tradicional, predominante e hegemônico, mais próximo dos referenciais da prevenção de doenças / a PS não pode se restringir a ações dos profissionais de saúde ou dos serviços de saúde para mudar comportamentos dos indivíduos ou das comunidades	
ExpMun	2, 6
Ent	4, 6, 13

Apesar de levar informações que possam levar a mudanças de hábitos, é uma ação isolada e sem continuidade	
ExpMun	6
Ent	-

Nesta pesquisa verificou-se a concordância sobre a necessidade e a importância da mudança de comportamento. Mudar hábitos e estilo de vida para prevenir doenças foi defendido em oito experiências municipais e por dois especialistas. Merece destaque a forma como será construída e efetivada a mudança de comportamento que foi amplamente debatida em sete ExpMun e 11 especialistas: desde a participação de equipe multidisciplinar e multiprofissional, o que mostra a integração de vários serviços e equipes da AB; levar em consideração os saberes das pessoas a partir das formas e contextos nos quais as pessoas vivem, sem imposições e prescrições descontextualizadas; até a clareza de que o comportamento é decorrente de muitas outras coisas, e não apenas da informação que possa ser passada pelos profissionais de saúde.

O acesso a hábitos de vida mais saudáveis, na perspectiva de facilitar a adoção e incorporação ao cotidiano, é uma questão essencial ao se pensar e debater a mudança de comportamento, já que uma das principais críticas na PS se refere às recomendações feitas não serem factíveis. Para Penido e Romagnoli (2018), a conscientização é importante para aumentar os graus de autonomia, mas não é suficiente. Assim, o acesso é condição para a construção e pactuação de tais mudanças, refletindo uma visão mais ampliada, que considera aspectos estruturais e rechaça a responsabilização individual exclusiva ou culpabilização das pessoas pelos comportamentos.

Bagrichevsky, Estevão e Vasconcellos-Silva (2015) criticam propostas que objetivam mudanças de comportamentos como eixo central da PS. Em sete ExpMun defende-se que as mudanças comportamentais são consequência e assim não devem ser a centralidade dos objetivos das ações de PS. O empoderamento e a autonomia dos sujeitos são questões-chave dessa construção e pactuação, pois aumentarão a possibilidade de fazer escolhas sem faltar clareza de que o contexto e o ambiente interferem nelas e que os serviços e trabalhadores da saúde são facilitadores do processo de mudança de comportamento, mas a decisão é do indivíduo.

Loch et al. (2019), ao discutirem a economia comportamental enquanto campo de conhecimento e práticas, afirmam que as escolhas humanas não são resultado de uma cuidadosa ponderação de custos e benefícios. Alguns aspectos como fatores psicológicos, cognitivos, emocionais, sociais, entre outros, podem influenciar a tomada de decisão por parte das pessoas, o que também foi abordado por Loch e Guerra (2017). Opta-se por não discutir o referido campo, por não ser objetivo desta pesquisa, mas é possível observar que há proximidade com a PS tal qual apresentada nesta tese.

Destaca-se que a PS, para Karlsen e Villadsen (2016), testemunha o surgimento

de um objetivo reconfigurado que não envolve uma ‘conversão’ do indivíduo em um discípulo de salubridade. O problema deixa de ser a falta de autodomínio e passa a ser o que os autores chamam de problema de equilíbrio entre autocontrole e desejo, racionalidade e prazer. Assim, uma PS ‘desejável’ deve tomar como ponto de partida o reconhecimento não apenas a liberdade pessoal e informada, mas também os desejos conflitantes das pessoas (KARLSEN; VILLADSEN, 2016).

Para Loch et al. (2019), as pessoas, em sua maioria, não têm dúvida em relação aos seus objetivos mais ou menos universais como manter a saúde, mas existem vieses que são especialmente eficazes em solapar as estratégias para chegar a esses fins. Vieses relacionados à racionalidade, ou falta dela, na realização de escolhas que mais as beneficiariam. Os autores apontam que as campanhas educativas parecem ter um impacto limitado na ‘correção’ desses vieses.

Destaca-se ainda a necessária consideração de que a efetividade de orientações individuais e comunitárias se torna restrita em condições sociais, culturais e existenciais adversas ou impeditivas, situações muito comuns no Brasil (NORMAN; TESSER, 2015), o que também é verdadeiro ao pensar as mudanças de comportamento. Logo, tais mudanças se darão por meio do empoderamento e do aumento da autonomia, assim buscar-se-á alcançar maior participação e envolvimento de sujeitos e coletivos com as decisões relacionadas à saúde, entre outras.

Fazer com que a adoção de comportamentos saudáveis seja mais fácil por parte das pessoas é uma das funções dos profissionais de saúde (LOCH et al., 2019) e entende-se que a construção dessas possibilidades, na relação entre sujeitos e trabalhadores e serviços de saúde, relaciona-se à negociação e conquista, ao poder compartilhado e a saberes distintos, baseados na formação técnico-científica do profissional e na vida real e concreta das pessoas, mas igualmente importantes. Desse modo, por meio de um processo de produção e compartilhamento do conhecimento, incorporado aos princípios e diretrizes da PS, será oportunizada a ampliação da autonomia e da criticidade individual e coletiva dos sujeitos. O favorecimento da participação pode reconfigurar as relações de poder, de forma a desconstruir e reconstituir histórias e realidades (ZANCAN et al., 2014).

Loch e Guerra (2017) exemplificaram essa possibilidade com o caso do combate ao tabagismo, afirmando que durante muito tempo o hábito de fumar foi encarado como algo individual, na perspectiva dos malefícios à saúde. A partir de evidências de que também havia malefícios para pessoas não fumantes que inalavam a fumaça do cigarro e

da mobilização de diversas instituições e segmentos da sociedade, ocorreram mudanças tanto na questão legislativa, quanto na aceitação societal, o que tem importante contribuição na mudança de comportamento, para além do desejo e esforço pessoal.

Penido e Romagnoli (2018) concluem que não é simples sustentar ações de PS que visam a ampliar a autonomia dos usuários no autocuidado. Para elas, não há fórmulas a seguir, em especial em contextos vulneráveis e precarizados, mas sim rotas singulares e complexas a serem traçadas.

Para Machado, Vieira e Silva (2010), ao abordar a efetivação da ESF, acredita-se ser possível extrapolar e falar de forma geral no tocante à mudança de comportamento. Essa mudança é necessária a partir do que as autoras denominaram de participação habilitadora, a qual consiste em mudança consciente tanto pela participação efetiva do usuário/família nos meios de produção de conhecimentos e de habilidades para a PS, quanto pela mudança de atitude e valores dos trabalhadores da AB, ao estimular o usuário a conhecer efetivamente o contexto da saúde, relacionando-o aos seus direitos, a partir de sua experiência vivenciada.

Esse tipo de participação, segundo Machado, Vieira e Silva (2010), é um processo consciente e crítico que leva à autonomia e emancipação do usuário no qual a mudança de comportamento para cuidar da saúde se dará pela aprendizagem sobre saúde, pelas habilidades aprendidas, pelo entendimento das condições de saúde articuladas ao estilo de vida e como os serviços de saúde operam. As autoras relataram um caso de sua pesquisa no qual houve maior participação de usuários para resolver problemas no acesso aos serviços de saúde, identificando tal ação como mudança de comportamento.

Prado, Medina e Aquino (2017) relatam também uma intervenção que incentivou a realização de atividades, por adolescentes, sujeitos da pesquisa retratada, que promovessem e fortalecessem o protagonismo para fomentar mudanças de hábitos. Ou seja, buscou-se a mudança de comportamento, mas a forma como foi feita pode ser um grande diferencial. Nessa intervenção, objetivou-se resultados de curto prazo relacionados aos hábitos alimentares e prática de atividade física e, no longo prazo, mudanças em marcadores biológicos (PRADO; MEDINA; AQUINO, 2017). Tais objetivos de longo prazo, a priori, impediriam a compreensão dessa ação de saúde como PS, o que se objetiva desconstruir por meio da tese.

Madeira et al. (2018) afirmam que estilos de vida saudáveis são hegemonicamente interpretados como um conjunto de comportamentos individuais capazes de favorecer a saúde, a partir da sua compreensão como fenômeno eminentemente biológico. Os autores

registram que a PS acrescenta o conceito da determinação social às discussões acerca das relações entre estilos de vida e saúde com o objetivo de favorecer a superação do modelo de culpabilidade individual centrada na abordagem de risco epidemiológico nas discussões sobre estilo de vida. Tal superação, que fortalece a forma de construção da mudança de comportamento, se dará, segundo Madeira et al. (2018), com o fortalecimento conceitual do ideário da PS no favorecimento de ações integrais, inclusivas, participativas e de empoderamento individual e coletivo, em contraponto a ações prescritivas focadas na prevenção ou controle de doenças, ainda marcantes nas práticas em saúde.

O desenvolvimento de ações educativas foi abordado em quatro ExpMun e por um especialista, e a troca de saberes e conhecimentos, com a consequente melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar, foi citada em cinco experiências municipais. Esses registros fortalecem a perspectiva de como a mudança de comportamento é planejada e operacionalizada e demonstram que condenar a priori essa possibilidade pode ser um equívoco na busca por melhores condições de saúde individuais e coletivas.

Para Karlsen e Villadsen (2016), o pressuposto parece ser que o sujeito alvo da proposta de mudança de comportamento está fundamentalmente dividido entre duas disposições: por um lado, é suscetível de apelos por comportamentos de saúde prudentes e racionais e, por outro lado, há desejo e prazer, uma irracional resistência a esses recursos. O objetivo da PS não é uma ‘conversão’ do indivíduo em um discípulo fanaticamente comprometido de saúde, mas sim o de promover um sujeito ‘equilibrado’ (KARLSEN; VILLADSEN, 2016). Ou seja, esse sujeito seria capaz de equilibrar o cuidado de sua saúde, com o apoio dos serviços e profissionais de saúde, com seus prazeres, desejos e possibilidades dado o contexto no qual está inserido. Máximo e Freitas (2014) relataram representações sobre formas de lidar com a saúde, de diferentes ciclos de vida, denotando alguma necessidade de transgressão ou desejo de viver prazeres e aventuras e a impossibilidade de se pensar em saúde constantemente no cotidiano, o que se opõe, fundamentalmente, ao modelo prescritivo das ações de saúde ainda existentes.

Assim, as mudanças comportamentais podem ser necessárias, porém, a questão é a forma como elas serão construídas na relação entre os sujeitos, trabalhadores e serviços de saúde. É desejável manter a possibilidade de escolha das pessoas, mas também é desejável o incentivo às escolhas consideradas saudáveis e sustentáveis. Em outras palavras, afirma-se que o Estado pode e deve induzir o cidadão a optar pelo que se afigura como a melhor decisão, sem, todavia, obrigá-lo a isso (LOCH et al., 2019), buscando aliar

autonomia e empoderamento.

Em duas experiências municipais argumentou-se que a questão da ação de saúde, para ser PS, teria que ser desenvolvida antes do adoecimento, assim como a necessidade de atingir um grande grupo de pessoas conforme já discutido anteriormente. Em uma ExpMun afirmou-se: que a mudança de comportamento contribui para a melhora no quadro de geral de saúde das pessoas; que a análise epidemiológica com foco nas prioridades permitirá atingir o objetivo proposto; que o acompanhamento intensivo motiva o sujeito a ter uma vida saudável e de qualidade.

Em outra ExpMun, além da crítica sobre a ação ser muito pontual, foi ressaltado que, mesmo não se tendo a garantia de mudança permanente dos hábitos, também pode-se promover mudanças por meio das ações de PS, ainda que a possibilidade seja menor do que as ações contínuas, porém são válidas por atingirem um maior número de pessoas. Outra crítica que surge em uma ExpMun é sobre, apesar de levar informações que possam contribuir com mudanças de hábitos, essa ser uma ação isolada e sem continuidade; assim como não haver um trabalho para conscientização e mudança de comportamento dos profissionais, apenas a recompensa por gratificação em cumprir metas.

Norman e Tesser (2015) defendem que ações de PS e de prevenção de doenças descoladas das necessidades sentidas pela população podem e devem ocorrer, mas sem ocupar considerável tempo da equipe de saúde, sendo necessário integrar tais ações de forma criteriosa com o acesso ao cuidado. Já para Souza e Loch (2017), não se trata de ignorar a importância de ações específicas e até pontuais, mas defendem ser equivocado limitar a compreensão de PS a estas ações.

Aqui é preciso fazer a ressalva de que mudanças de comportamentos são complexas e processuais e não estão apenas na esfera individual, única e simplesmente da vontade. Logo, ainda que possa existir alguma possibilidade em eventos e ações pontuais, elas são reduzidas. Portanto, para construir mudanças de comportamento ações pontuais não devem ser o maior investimento ou objetivo, elas até podem servir para sensibilizar, mas não se permite crer que são suficientes.

Loch e Guerra (2017) fizeram uma reflexão sobre a velocidade com que algumas ações demoram para ter impacto já que mudanças de comportamentos e até mesmo de valores podem demorar. Assim, a criação de novas formas ou ofertas de ações de PS pode não fazer automaticamente com que grandes contingentes passem a usufruí-las.

Em duas experiências municipais e na fala de três especialistas critica-se a abordagem comportamental por se aproximar do conceito de estilo de vida em um

formato mais tradicional, predominante e hegemônico, mais próximo dos referenciais da prevenção de doenças. Outra crítica é ter o objetivo de modificação de fatores de risco a partir de hábitos de vidas individuais, uma vez que há pouca construção de condições melhores, mesmo do ponto de vista dos comportamentos individuais, remetendo à discussão do acesso já realizada.

Knuth, Silva e Mielke (2018) criticam a ideia de ‘tudo’ nos indivíduos e nada, ou quase nada, no contexto, defendendo ser necessário reconhecer que modificar um comportamento, em âmbito populacional, é papel não só da Saúde. Souza e Loch (2017) acreditam que não é papel do profissional de saúde fazer julgamentos morais e prescrever comportamentos, mas sim ter sua atuação como facilitador, fornecendo informações e construindo conjuntamente com o sujeito formas mais saudáveis de viver, a partir do fortalecimento individual e coletivo da autonomia.

Assim, a PS não pode se restringir a ações dos profissionais ou dos serviços de saúde para mudar comportamentos dos indivíduos ou das comunidades. Contudo, é necessário desconstruir a conotação negativa apriorística da mudança de comportamento, a partir da defesa desta absolutamente pactuada com os sujeitos e associada à busca de mudanças no contexto no qual os sujeitos e coletividades estão inseridos.

Madeira et al. (2018) afirmam que a classificação de comportamentos como fatores de risco a partir de sua fragmentação podem estimular mudanças de comportamento individuais, mas pode representar uma limitação se não houver compreensão do contexto de vida das pessoas. Para Castiel, Guilam e Ferreira (2010), a ênfase se dirige às formas complexas de interação entre comportamento individual, coletivo e o conjunto de recursos existentes nas comunidades.

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) destacam que a lógica epidemiológica pode servir de referência para algumas decisões humanas, porém a estratificação social, a pluralidade cultural e a subjetividade concorrem para a multiplicidade de percepções, significados e atitudes diante do risco. Karlsen e Villadsen (2016) afirmam que os comportamentos são social e culturalmente moldados e exemplificam abordando determinadas campanhas midiáticas relacionadas à saúde nas quais o objetivo não é obrigar o público-alvo a abster-se de comportamentos de risco ou sabidamente prejudiciais à saúde, mas incentivar a vivenciá-los de uma forma mais informada, havendo a substituição da proibição e abstenção.

É comum, na abordagem da vertente crítica de PS, em oposição à terminologia e ideia relacionadas à mudança de comportamento, a utilização do termo/conceito

‘construção de modos de vida saudável’. Os modos de vida são uma tentativa de ordem teórico-conceitual que procura ir além das proposições conservadoras de demarcação do estilo de vida ao buscar ultrapassar o foco no comportamento individual, partindo da ênfase na história das classes sociais, marcada pelas relações mais abrangentes, cujo cenário é caracterizado por sistemas de poder, por elementos simbólicos e socioculturais (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Outra definição afirma que modos de vida são uma instância determinante dos processos saúde-enfermidade, mediada pelas dimensões do estilo de vida e das condições de vida, sendo relacionado a formas sociais e culturalmente determinadas de viver, que se expressa em condutas e está relacionada às condições materiais necessárias à subsistência (FIGUEIRA et al., 2015).

Concorda-se com a necessidade e importância de superar as propostas conservadoras relacionadas ao estilo de vida e o foco no comportamento individual a partir da consideração de que aspectos sociais, culturais e materiais condicionam as formas de viver. Destaca-se que tais fatores devem ser considerados na construção das possibilidades de mudança de comportamento, assim, tal mudança é compreendida como parte de um processo mais amplo, que supera a culpabilização e reconhece a necessidade de atuação sobre o contexto no qual está inserido o sujeito.

Compartilha-se uma reflexão: ora, o que, de fato, está sendo denominado como mudança de comportamento? É comum pensá-la, por exemplo, em parar de fumar, fazer atividade física, ter uma alimentação saudável, entre muitos outros exemplos possíveis. Mas como vimos anteriormente, foi denominada como mudança de comportamento a maior participação dos sujeitos que conseguiram um profissional de saúde para a unidade do território, ou seja, denominou-se como mudança de comportamento o empoderamento e a maior participação social para conquistar um direito.

Em complemento, a mudança de atitude e valores dos profissionais e serviços de saúde, assim como pensar em mudanças coletivas, societárias, de normas sociais também deve ser debatido. Um exemplo no Brasil, relativamente recente, de duas ou uma década para cá, é relacionada ao controle do tabagismo a partir de medidas regulatórias, algo muito em voga atualmente também na questão da alimentação e nutrição. Outro exemplo é relacionado à sobretaxação de bebidas adoçadas, assim como ocorreu com os cigarros, que está relacionada à restrição de acesso a esse tipo de produto considerados nocivos à saúde (NG et al., 2018), o que permite pensar a construção destas mudanças de comportamento que não sejam baseadas em culpabilização ou restritas apenas à ‘camada do indivíduo’.

Assim, a mudança de comportamento é uma possibilidade e, em algumas ou muitas situações, pode até ser um objetivo, a partir da clareza inequívoca de que não está só na governabilidade do sujeito. Existe todo um contexto social, cultural e econômico, enfim, de acesso, que vai permitir que uma pessoa adote ou não determinada mudança comportamental, caso ela queira. A forma como elas são construídas determina se a ação é de PS ou não.

Na literatura o termo utilizado é a construção de modos de vida saudável, mas compreende-se que também pode cursar com mudança comportamental. Logo, se a mudança é construída, apoiada e pactuada, se aproxima da PS, se ela é prescritiva, autoritária, culpabilizante e desconectada com o contexto e realidade da pessoa, baseada apenas no saber técnico-científico do profissional de saúde, se afasta. Destaca-se que cabe aos profissionais e serviços de saúde dar o apoio, buscar contribuir para a construção da autonomia e empoderamento, mas é o sujeito que vai fazer opções, que são mais ou menos factíveis, dependendo dos determinantes e condicionantes sociais aos quais está imerso e com os quais interage.

Abordagem individual

Em geral, a possibilidade de atuação no âmbito individual não é considerada como estratégia de PS, apesar de a dimensão individual estar presente nos diferentes conceitos de PS apresentados anteriormente (p. 29). Esse tipo de atuação é também necessária, sendo importante não haver a descontextualização das questões que envolvem a condição de saúde que fogem ao âmbito individual. Assim a categoria da abordagem individual busca desmistificar a compreensão de que a PS é, necessária e incondicionalmente, abordagem coletiva e grupal.

Destaca-se que o objetivo da abordagem individual, na perspectiva defendida nesta tese, é o aumento da autonomia do sujeito. Não se trata apenas do estímulo à adoção de determinadas condutas ou comportamentos baseados somente na divulgação de informações científicas e/ou da determinação de profissionais de saúde, mas da consideração de que o aumento das opções para o autocuidado, assim como o cuidado individual e coletivo, relaciona-se a mudanças nas condições e no contexto de vida. Logo, afirma-se que há na PS um microcampo de intervenção/ação individual (SILVA; CARVALHO, 2014).

Abaixo, na tabela 7, os temas que surgiram da fala de trabalhadores/as, gestores/as e especialistas:

Tabela 7 – Temas: Abordagem individual

Foi caracterizada como PS

A abordagem individual é um dos componentes da PS, sem, contudo, se encerrar em si / se o profissional de saúde tiver introjetado os princípios e estratégias da PS, a relação será diferente, empoderadora do outro através da abertura à participação / Qualquer interação com o sujeito é uma possibilidade de efetivar a PS, a partir de valores básicos como a corresponsabilização	
ExpMun	-
Ent	2 a 4, 6, 7, 9 a 13

Na abordagem individual ... o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos de pensar sobre o seu contexto / ação de PS na medida que reconhece de maneira dialógica a possibilidade de integração ou de encontro com diversos saberes, práticas mais libertadoras, emancipatórias / encontros de pessoas são muito potentes quando a gente tem conhecimento e consideram-se as possibilidades de construção coletiva e compartilhada de reflexões e ações	
ExpMun	-
Ent	4 a 8, 10 a 12

É possível e desejável ‘colocar a PS’ em uma abordagem individual integradora, ainda que isso ainda, na prática, não ocorra	
ExpMun	-
Ent	9

Não foi caracterizada como PS

Havia uma seleção para participação, o que daria característica de atendimento individualizado / feita isoladamente a abordagem individual não é PS, porque ... não aborda aspectos bem mais amplos da vida das pessoas, que não têm a ver com o indivíduo apenas, mas sim com onde esse indivíduo se coloca dentro de uma comunidade, de uma sociedade, de uma família, etc	
ExpMun	4, 7
Ent	2

Por trazer ações de prevenção e cuidado individuais para pessoas ... com DCNTs	
ExpMun	4
Ent	-

Não apresenta elementos que abranjam todos os envolvidos	
ExpMun	7
Ent	-

Conceitualmente a abordagem individual não é PS	
ExpMun	-
Ent	3

A abordagem individual na PS é um tema ainda pouco explorado, uma vez que HÁ a ideia de que, para caracterizá-la, as ações têm que necessariamente serem coletivas ou envolver grupos. Dos especialistas entrevistados nesta pesquisa, 10 consideraram que a abordagem individual é um dos componentes da PS, ou seja, não se esgota nela, sendo necessário considerar seus princípios e diretrizes, pois, dessa forma, o contato individual é considerado um momento importante para a construção de confiança e vínculo, e a relação entre o sujeito e o profissional, contribuirá para a PS a partir do empoderamento de ambos.

De forma oposta, duas ExpMun e um especialista, ao tratarem da abordagem individual, não consideraram a ação de saúde como PS, uma vez que seria atendimento individualizado ou ainda que, por ser feita isoladamente, necessariamente não consideraria outros elementos além daqueles que dizem respeito somente ao sujeito. Em outras três situações em que apareceram a questão: em uma ExpMun afirmou-se que a abordagem individual não é PS por conter ações de prevenção e cuidado individuais, em outra ExpMun, por não abranger todos os envolvidos na ação de saúde, e para a especialista conceitualmente a abordagem individual não é PS.

Norman e Tesser (2015) afirmam que a PS em sua dimensão micro e a assistência à saúde do indivíduo podem ser sinérgicas, já que todos os aspectos da pessoa, vida passada e familiar, cultura e sociedade, papéis, associações e relacionamentos, entre outros, podem ser abordados naquele momento. Ressalta-se, portanto, o caráter indissociável da PS e do cuidado, que convergem numa clínica centrada na pessoa, na

família e na comunidade.

Foi apontada, por oito especialistas entrevistados, a forma que a abordagem individual deve ser desenvolvida para caracterizar a PS, desde a participação dos sujeitos no processo terapêutico até o conhecimento e consideração, pelos profissionais, das condições gerais de vida dos sujeitos, nos contextos nos quais vivem, com clareza de que haverá questões que fogem à governabilidade de ambos, mas que ainda assim podem ser acolhidos e debatidos. Também trouxeram a construção de práticas dialógicas e libertadoras, nas quais há respeito e estímulo a saberes diversos – técnicos, científicos, do cotidiano de vida das pessoas etc. – para oportunizar nesses encontros a criação e fortalecimento de vínculo, confiança, autonomia e apoio mútuo. É destacado por um especialista que essa forma de desenvolver a abordagem individual, em geral, ainda não ocorre, mas ela é possível e necessária.

A partir do modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead (BRASIL, 2013a), afirma-se que os fatores determinantes e condicionantes da saúde estão dispostos no âmbito pessoal, além do comunitário e estrutural. Os comportamentos individuais, modos de vida ou fatores de risco precisam ser problematizados. Há a necessidade de estratégias e intervenções nos âmbitos individuais e coletivos com o reconhecimento da dificuldade de mudanças nos comportamentos individuais e nos modos de vida, de trabalho e de lazer, sem que se ocorram mudanças no contexto (SILVA, 2008).

Para Cincurá (2014) isto reforça a necessidade de atuação, em ações de PS, também no âmbito individual, já que as ações apresentam diferentes possibilidades nos três âmbitos citados, quais sejam: pessoal, comunitário e estrutural. É importante destacar que há o afastamento da perspectiva defendida nesta tese sobre a abordagem individual na PS quando ocorre a responsabilização exclusiva dos sujeitos sobre seu comportamento individual, desconsiderando os fatores sociais, econômicos, culturais, entre outros, a partir da crença de que mudanças são de plena governabilidade dos sujeitos e coletividades. Verdi e Caponi (2005) denominaram essa responsabilização como hipertrofia do campo de ação da PS conhecido, como o desenvolvimento de habilidades individuais.

A PS combina escolhas individuais com a responsabilidade social pela saúde mediante a participação da população desde a formulação de políticas de saúde até sua implementação. Assim, além da abordagem individual e sobre o comportamento, é necessário conhecer e agir sobre os determinantes e condicionantes da saúde

(MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014).

Prado, Falleiro e Mano (2011) defendem que a missão de cuidar é de todos os envolvidos, mas principalmente do usuário, já que é ele quem cria as saídas e pode produzir em si um cuidado que gera saúde. Destacam que é uma escolha individual, mas é uma escolha entremeadada de gestos e ações de outros que respeitem a partilha, a possibilidade de outro saber.

Pettes e Da Ros (2018) consideram que as formas de viver verificam-se em nível individual, ao qual se tem algum arbítrio, autonomia relativa. Desta forma, a situação individual de saúde também estaria relacionada com o jeito de vida, singular, e com os processos que os reproduzem e transformam expressos por meio da jornada de trabalho, padrão familiar e pessoal de consumo (alimentação, descanso) e valores pessoais.

Já Norman e Tesser (2015) defendem que é atividade de PS possível e desejável o atendimento individual ou por meio de microações coletivas, mas destacam ser necessário existir o compromisso em responder ao sofrimento dos indivíduos. Esses autores afirmam ainda que a atuação local sobre determinantes coletivos e sociais deve ser almejada, sem que prejudique o cuidado longitudinal das pessoas, especificidade da Saúde.

Desse modo, há uma determinada forma de a abordagem individual se aproximar da PS. A relação profissional de saúde e paciente, ou sujeito-sujeito, não pode ser desenvolvida sem interação, negociação e pactuação, apenas com prescrições de determinadas terapêuticas. Deve-se, sim, basear em escuta qualificada do contexto de vida desse sujeito, para a partir daí ver as possibilidades terapêuticas, inclusive ver a factibilidade. Porque ainda que, científica, clínica e epidemiologicamente, haja a ‘melhor’ terapêutica, a mais eficaz, isso pode não dialogar com a realidade daquele sujeito e será necessário fazer adaptações, sob o risco de se tornar basicamente uma prescrição totalmente descontextualizada e até não factível de ser realizada.

Pressupostos, princípios, diretrizes e estratégias da PS destacadas como necessárias para a abordagem individual foram autonomia, participação, empoderamento, intersubjetividade e ‘capacidade da presença’ nos encontros, não só física, que levará a práticas mais libertadoras, emancipatórias e que fortalecerão a corresponsabilização na relação entre sujeitos, profissionais e usuários no processo saúde-doença-cuidado. A tríade Formação, Educação Permanente e Educação em Saúde também foi lembrada como importante para o alcance desta abordagem individual como PS.

Dessa forma, longe de afastar o âmbito individual, a PS precisa considerá-lo.

Necessita-se avançar em estratégias de comunicação e negociação para que seja factível o alcance de gradações crescentes de saúde não só individual, mas coletiva. Ressalta-se a valorização e escuta das trajetórias, narrativas e histórias de vida dos sujeitos buscando produzir cuidado a partir destas singularidades (ROCHA; AKERMAN, 2014). Para Prado, Falleiro e Mano (2011) o cuidado e PS são elementos indissociáveis para a construção da autonomia do usuário, buscando o investimento no ser humano.

Assim, a abordagem individual considera que questões estruturais e contextuais condicionam, em maior ou menor grau, a forma como se relaciona com a saúde, a partir daí as informações e recomendações são ressignificadas a partir da interação com os sujeitos, seus saberes, crenças, valores e desejos.

Capítulo 5

Considerações finais

Inicia-se a parte final desta tese afirmando que ‘quase todo mundo’ sabe o que é Promoção da Saúde (PS), porém existe uma interpretação simplista, que remete à educação em saúde e a atividades coletivas, e que se afasta da Atenção à Saúde. Há, ainda, uma ‘aura’ extremamente discursiva sobre a PS, o que não dialoga com a realidade dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, ainda antes do início desta pesquisa, refletia-se sobre a PS não poder ficar restrita, de um lado, a planilhas de Excel e pacotes estatísticos com indicadores de saúde, nem, de outro lado, a discursos idealizados relacionados a condições de vida.

Em busca de inovar, no tocante à PS, foram apresentadas algumas interpretações críticas por meio da contribuição de trabalhadores(as) e gestores(as) da Atenção Básica (AB) e de especialistas no tema. O debate se deu em torno do que foi denominado de instituído, com especial foco na dimensão da Atenção à Saúde a partir da aproximação com o cuidado, além das mudanças comportamentais, abordagens individuais, entre outras.

Amplamente utilizada nas publicações científicas, conforme evidenciado pelo número de artigos, dissertações e teses encontrados na revisão bibliográfica, a PS como expressão, conceito, ideários e ideias, Promoção de / à Saúde, ainda permite, ou mesmo exige, que se questione o que ela é e quais são seus limites, para assim, avançar na sua compreensão e, principalmente, na sua operacionalização, em especial na AB. São múltiplas as possibilidades de compreensão, o que gera até mesmo contradições, tendo sido comum a expressão ‘promoção e prevenção da saúde’, o que a rigor significaria prevenir a saúde, ou seja, evitar que se tenha saúde.

Tal multiplicidade referida remete-se às formas diversas de interpretações e sentidos sobre a PS, já que ela é utilizada, conforme exposto, como um ‘salvo-conduto’, ou seja, uma forma de incluir um tema, qualquer tema, dentro de uma esfera qualitativamente positiva na saúde, uma salvaguarda. Há uma disputa de sentidos e esta tese, ao buscar desvelá-la, pretendeu contribuir para que seja possível efetivar a PS no cotidiano dos serviços e equipes de saúde principalmente da AB. Resgata-se, aqui, a afirmativa da 'encruzilhada conceitual' em função dessa multiplicidade interpretativa, que é constitutiva do campo, ao defender que a PS é mais ampla e complexa do que a

prevenção de doenças mas precisa dela, pois evitar adoecimentos e tratá-los, quando possível, fazem parte do curso da vida.

Trabalhadores(as) e gestores(As) da AB confirmaram que tais conceitos são compreendidos e utilizados indistintamente e não há como afirmar que se basearam na ideia ampliada defendida nesta tese. Reconhece-se ainda que mudar tal compreensão está mais no plano epistemológico e da pesquisa do que no das práticas cotidianas, nas quais as ações são fluídas e não respeitam fronteiras conceituais. Do mesmo modo, não há desmerecimento ou diminuição da importância de tais mudanças no plano epistemológico e da pesquisa, uma vez que podem ser embriões das mudanças que se deseja nas práticas.

Esta tese se baseou na compreensão da PS a partir da saúde sendo produzida de forma dinâmica e relacionada ao contexto sócio-histórico, com o destaque da Saúde para liderar a intersetorialidade, o que não quer dizer que seu papel seja apenas esse. Além disso, reconhece-se a importância tanto da dimensão coletiva/comunitária, quanto da individual, sem hierarquizações, assim como da participação e controle social. A partir da contribuição de atores do SUS, não se tem a pretensão de esgotar ou uniformizar em apenas uma as compreensões possíveis sobre a PS, mas busca-se reduzir as possibilidades interpretativas mediante a PS que está sendo de fato denominada ao utilizá-la como prática.

Assim, a PS é um conjunto de estratégias que necessariamente devem ser articuladas com outras para produzirem possíveis melhorias nas condições de vida, respondendo às necessidades sociais em saúde. Porém, não se pode esperar linearidade entre os achados desta pesquisa e a realidade de quem tenha contato com ela, ou seja, um profissional conhecedor e defensor da concepção descrita acima pode não possuir governabilidade para operacionalizá-la.

Defende-se que reduzir riscos e morbimortalidade e prevenir doenças, seja pelo motivo que for, é importante e necessário. A PS será caracterizada ou não pela forma como isso será construído e alcançado. Ao se verificar que estão presentes princípios e diretrizes da PS, será possível afirmar tais ações de saúde como ações de PS, com a necessária clareza de que há elementos que não estão sob a governabilidade dos sujeitos, assim como do papel de mudanças estruturais para que sejam mais factíveis opções saudáveis.

Na prática dos serviços de saúde, diferentemente da perspectiva conceitual na qual é relativamente simples compreender os limites da PS – da prevenção de doenças e de outros conceitos, independente da denominação –, a forma de atuar dos profissionais será

o grande diferencial. Denominou-se, nesta tese, como ‘armadilha’ conceitual e interpretativa existente na PS aquela que não compreende, necessariamente, a redução em marcadores biológicos como seus resultados, independente de outros elementos presentes. Tal interpretação surgiu do enfoque exclusivo que a vertente conservadora da PS deu a mudanças de comportamento para alcançar tais reduções ou mudanças na perspectiva biológica da saúde.

Compartilha-se da crítica a esta forma de compreender a PS, o que não significa concordar com a visão reducionista que só compreende a PS a partir de mudanças macroestruturais e não considera o micro, o cotidiano e a vida das pessoas. Obviamente não se refere apenas a mudanças na perspectiva biológica, mas sim de inúmeras outras possibilidades de pequenas mudanças de atitude e de compreensão no e do cotidiano.

Na querela entre PS e prevenção de doenças, ao tomar-se partido pela primeira, é quase indesejável prevenir doenças segundo algumas interpretações, o que se considera estanque e irreal. Resgata-se a ideia do recurso imagético de um *continuum*, com ambas localizadas nos extremos, defendendo-se que existe um caminho do meio, ainda que haja o reconhecimento de que, em algumas ocasiões, possa ser desejável que um ou outro prevaleça.

Tanto na literatura quanto na pesquisa de campo confirma-se a afirmativa de que há um borramento conceitual importante entre PS e prevenção de doenças, ou seja, não existe uma fronteira extremamente clara, fora da perspectiva conceitual. Logo, ainda que seja necessário discutir suas distinções na formação e na educação permanente, construir uma nova forma de fazer saúde pelos serviços e profissionais ao incluir nela princípios da PS é ainda mais importante, poder-se-ia dizer essencial.

Outra ‘armadilha’ conceitual e discursiva é a afirmativa apriorística de que uma ação de saúde não é PS porque está voltada à modificação de fatores de risco, já que demandaria análise da forma como isso é feito, fugindo de simplificações de questões que podem ser complexas. Atuar sobre tais fatores é essencial e a PS defende a atuação mais ampla, considerando o contexto no qual as pessoas estão inseridas. É importante registrar que, quando se advoga por mais análises, não se busca rebuscar processos cotidianos ou dar status a especialistas que poderiam, com exclusividade, atestar o que é ou não PS, mas reconhecer que a PS é mais do que palavras e intenções e por isso requer melhor compreensão do que é feito em ‘seu nome’.

Na PS, há o desafio da Saúde equilibrar o olhar ‘para dentro e para fora’. A intersectorialidade é estruturante, mas não pode impedir que a Saúde faça uma parte que

também é sua por meio da Atenção à Saúde, do cuidado. Ou seja, o setor Saúde tem o papel não ‘só’ de articular e levar questões para outros setores. Pensar a PS dentro da Saúde remete a não naturalizar a relação entre elas, desconfiar se são intrínsecos, pois, a PS passa pelas indefinições corriqueiras a partir dessa crença. É tudo e é nada.

Defender a importância da dimensão da Atenção à Saúde não é o mesmo que defender a hegemonia da assistência à saúde sobre outros componentes das ações de saúde, do cuidado. Considerar necessidades individuais em conjunto com a dinâmica social e o contexto no qual vivem as pessoas permitirá um olhar integral sobre elas, suas vidas e sua saúde, o que diferenciará a PS que é operacionalizada na realidade e no cotidiano dos serviços de saúde, a partir de negociação e pactuação com os sujeitos na busca por diminuir riscos e morbimortalidade.

Na dimensão da Atenção à Saúde na PS, busca-se a resolução ou atenuação das necessidades/problemas de saúde a partir de soluções possíveis de serem realizadas pelos usuários em uma complexa conjunção presente no cotidiano dos serviços e profissionais de saúde. Tal conjunção envolve o processo de trabalho da equipe, a disponibilidade de insumos e medicamentos, a articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, o respeito aos hábitos culturais e costumes dos usuários, entre outros.

Como princípios da PS, destacam-se a autonomia e o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com determinantes e condicionantes da saúde e o empoderamento dos sujeitos, das famílias, das comunidades, dos profissionais e das equipes, ou seja, múltiplo e não só dos usuários. Também merecem destaque a corresponsabilização do sujeito no cuidado e no processo saúde-doença e a participação e mobilização, e a concepção ampliada de saúde.

Contudo, há a ressalva de que é necessário dimensionar a aposta nesses princípios. Como exemplo, utiliza-se as perspectivas da autonomia e do empoderamento que, ainda que basilares para a PS, podem ser utilizadas para a culpabilização dos sujeitos. Esses podem ser levados a assumirem responsabilidades sem que seja uma possibilidade, como no caso do não uso de medicação e da automedicação retratados. Reitera-se que a PS, mais do que princípios e discursos, no cotidiano lida com complexidades, diversidades e particularidades que não permitem crer que ela é uma coisa simples, fácil de fazer.

Ainda é necessário afirmar a discordância com a exigência de uma espécie de pacote mínimo de princípios que permitiria a classificação da ação de saúde como PS. Advoga-se que não há obrigatoriedade de todos os princípios e diretrizes estarem presentes nas ações ou programas, nem há como pensar em um conjunto mínimo destes

para que possa ser caracterizada a PS.

O protagonismo e a liderança da Saúde na PS advêm da articulação intersetorial, cabendo explorar ainda mais sua capacidade indutora para evidenciar que políticas e ações de outros setores influenciam diretamente nas condições de saúde individuais e coletivas. Destaca-se que a Saúde também precisa estar aberta a ser partícipe e não necessariamente o protagonista em ações de PS. Mas é premente investir na articulação intrassetorial, ‘olhar para dentro’ e reorientar serviços, políticas e ações de saúde.

Ao ‘olhar para dentro’, destaca-se como papel do setor Saúde a construção de formas de atuação que superem abordagens restritas ao adoecimento, o que fortaleceria a busca pela inversão do modelo de Atenção à Saúde com especial enfoque aos determinantes e condicionantes da saúde, o que, em conjunto com a perspectiva biológica, ampliaria a compreensão do processo saúde-doença-cuidado. É importante que as necessidades de saúde sejam abordadas em uma perspectiva ampliada, fugindo de extremos, nos quais uma ou outra perspectiva é privilegiada indistintamente.

Defende-se também a mudança de comportamento como uma importante possibilidade de efetivação da PS, destacando a questão da governabilidade dos sujeitos para isso, já que existe todo um contexto social, cultural e econômico, entre outros, que tornará factível e facilita, ou não, a adoção de determinado comportamento. A forma como as ações são construídas determina se são de PS ou não. Além disso, é essencial reconhecer que mudanças de comportamentos são complexas e processuais, e que há uma temporalidade necessária para que ações individuais e coletivas cursem com tais mudanças.

Utiliza-se, na literatura, a construção de modos de vida saudável ao invés de mudança comportamental, mas afirma-se que podem ter sentidos semelhantes, com as mudanças construídas, apoiadas e pactuadas com os sujeitos. Se essa mudança se basear apenas no saber técnico-científico do profissional de saúde, for o objetivo único e central da ação de saúde e não vier atrelada à reflexão e à ação sobre o acesso que as pessoas têm a serviços de saúde e outros serviços essenciais, há grande probabilidade de estar em desacordo com o que foi discutido na tese. E, portanto, é necessário desconstruir a conotação negativa apriorística da mudança de comportamento.

A abordagem individual defendida como PS é aquela baseada em interação, negociação e pactuação, buscando-se evitar uma relação sujeito-sujeito entre profissionais de saúde e as pessoas que culminem em prescrições descontextualizadas de determinadas terapêuticas. A partir da escuta qualificada e do conhecimento e

consideração do contexto de vida desse sujeito é construído um projeto terapêutico mais factível de ser realizado.

Na abordagem individual defendida não há dúvidas de que questões estruturais e contextuais condicionam, em maior ou menor grau, a forma como as pessoas se relacionam com a saúde. Mesmo que concordem e desejem realizar as condutas sugeridas e prescritas, podem não conseguir efetivá-las.

A formação e educação permanente são essenciais para a superação do privilegiamento de sinais e sintomas de doenças e agravos à saúde, em detrimento da compreensão do contexto mais geral de vida das pessoas. Mas também destaca-se a importância da parte da formação relacionada aos sinais e sintomas. O que fazer ao conjugar esses elementos não é trivial ou simples e requer, dos profissionais de saúde, um saber fazer que deve ser perseguido, com o qual a PS tem muito a contribuir a partir da premissa de que é necessário abordar o processo saúde-doença-cuidado a partir de suas múltiplas perspectivas, na interrelação entre os determinantes e condicionantes e a Atenção à Saúde.

Superar a compreensão, em abstrato, das condições de vida e de saúde, como se o adoecimento não fizesse parte, é urgente para que a PS possa avançar. Destaca-se que uma ação de saúde não ser caracterizada como PS não significa dizer que ela não tenha benefícios para a saúde para além dos biológicos. Contudo, defende-se que a PS é um conceito que conforma práticas que necessariamente precisa conter alguns elementos, que são os princípios e diretrizes da PS.

São exemplos situações em que será desejável que ações de saúde cursem com redução de peso corporal, diminuição de dor, entre outros resultados. Porém, eles podem ocorrer de formas descontextualizadas com a realidade de vida dos usuários, e serem baseadas em abordagens culpabilizadoras. Assim, ainda que os resultados sejam desejáveis, a forma como foram conseguidos não poderia ser caracterizada como PS.

Não se defende uma ideia totalizante de que só a 'PS salva', não ser PS não é o 'fim do mundo'. A PS é algo a ser alcançado sem necessariamente invalidar a ação de saúde, tendo em vista que, em determinados contextos e situações, pode ser que a PS não seja uma possibilidade por motivos diversos. Mesmo reconhecendo a necessidade e essencialidade dos princípios nas ações de PS, eles não podem se tornar amarras que permitiriam a caracterização das ações de PS. Muitas delas, no cotidiano dos serviços e da gestão, são realizadas intuitivamente, não são denominadas como tal, mas se aproximam do que é defendido nesta tese. Análises são requeridas para afirmar que uma

ação é PS. O que se busca é que tais elementos estejam introjetados no fazer dos profissionais de saúde, seja por meio da formação inicial ou da educação permanente, para que independente da classificação pós-análise, a ação de saúde possua maior possibilidade de êxito.

A PS pode estar no evitar adoecer, no adoecer, no evitar maiores repercussões, na reabilitação, na abordagem individual, nas atividades coletivas, na mudança de comportamento, na construção de modos de vida saudável e na mudança de marcadores biológicos. Pode também estar no aumento e fortalecimento do empoderamento e da autonomia e na utilização destes para fazer opções ‘menos saudáveis’, como no exemplo em que, sabendo-se do risco do consumo de bebida alcoólica e não o interrompendo, passa-se a fazê-lo de forma mais informada e consciente. Pode estar na Saúde, na Educação etc.

A vida tem ganhado, na sociedade moderna, cada vez mais complexidade e não deve ser objetivo da PS um preventivismo exacerbado, só ‘trabalhando’ com o que for indubitavelmente saudável – se é que algo assim existe –, mas de contribuir para vidas com mais qualidade e mais saúde. Deve-se considerar inclusive o que as pessoas acreditam sobre isso, em um diálogo sem hierarquizações com a ciência, as evidências e a tradução realizada por serviços e profissionais de saúde.

Não há condições, a priori, para caracterizar a PS. Um conjunto de elementos terão que fazer parte do ferramental analítico para esta caracterização. Na realidade da Saúde, do cuidado, do cotidiano da gestão e dos serviços, efetivar a PS real, não aquela ‘ideal’, dos discursos prontos, é um desafio complexo, processual e sem limites claros e inequívocos para afirmar que houve êxito dada a importante subjetividade e imaterialidade envolvidas.

Logo, mesmo reconhecendo a importância de indicadores de saúde mais quantitativos, afirma-se que eles, por si, não são capazes de caracterizar a PS. Acredita-se que esta tese trouxe mais elementos para gestores(as) e trabalhadores(as) atuarem com a PS, em especial na AB, mas não só, avançando na sua efetivação com o objetivo de obter melhorias nas condições de saúde individuais e coletivas, sem contudo faltar clareza sobre suas possibilidades e limites. Esse avanço pretendido se dará através da melhor compreensão do que se denominou como instituído na PS, quase ‘dogmas’, relacionados às mudanças comportamentais, à abordagens individuais e à dimensão da Atenção à Saúde, entre outras.

Diferentes concepções de PS resistem e coexistem, favorecendo

uma multiplicidade de interpretações, que é constituinte do campo da PS. Não foi objetivo desta tese uniformizar ou unificar a PS em um conceito ou interpretação, já que tal multiplicidade de interpretações é uma marca importante da construção do campo da PS. Buscou-se elementos para avançar no debate e defender algumas perspectivas sobre a PS, notadamente em sua vertente crítica.

Assim, em conclusão, os principais achados desta pesquisa são:

i) a dimensão da Atenção à Saúde é essencial para a construção teórico-prática da PS, compreendida como uma forma de produzir saúde, da qual não se pode prescindir, assim como não pode se restringir a ela. A Atenção à Saúde é um importante componente da PS e negar ou não enfocar também essa dimensão abre a possibilidade da PS se tornar apenas uma visão idealística, discursiva, qualitativamente desejada, mas que se distancia do que é materializado, por exemplo na AB, através do acesso, acolhimento, resolutividade, entre outros.

É necessária aqui a ressalva de que a PS pode e deve ter vida ‘fora do cuidado’ e fora do setor Saúde, sem ser idealizada e discursiva. Não há a defesa de que a Atenção à Saúde é essencial ou uma espécie de marcador condicional da PS, mas sim a de que ela também é um componente da PS, o que geralmente não é reconhecido.

ii) a PS não está apenas nos fins, mas principalmente nos meios, na forma como as ações de saúde são planejadas e executadas. A PS não está nas práticas em si, ainda que as versões da PNPS tragam algumas que buscam atuar diretamente no quadro de morbimortalidade brasileira, mas na forma de operar as ações de saúde, com a presença de alguns elementos que são os princípios da PS.

Referências

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (GTPSDS) Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtpromocaodasaude/> Acesso em setembro de 2018.
- ABRASCO. GTPSDS participa de atividade para renovação dos eixos de Promoção da Saúde na Agenda 2030. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/ocultar-home/gtpsds-abrasco-participa-de-atividade-para-renovacao-dos-eixos-de-promocao-na-agenda-2030/36227/> Acesso em 02 de fevereiro de 2019.
- ABREU, D. R. O. M. et al. Internação e mortalidade por queda em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 1131-1141, 2018.
- ALBUQUERQUE, T. I. P.; FRANCO DE SÁ, R. M. P.; ARAÚJO JÚNIOR J. L. A. C. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1695-1705, 2016.
- AKERMAN, M.; ROCHA, D. G. produção do cuidado: há espaços para a promoção da saúde? In: SÁ, M. C. et al. (Org.) *Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2018.
- ALEXANDRE, V. P. et. al. Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1717-1726, 2016.
- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica: uma análise do processo de revisão (2015 - 2017). *Revista Pan-americana de Salud Pública* 42, e180, 2018.
- AQUINO, R. et. al. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1.ed. Rio de Janeiro: Med Book, p. 353-371, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. O risco nas encruzilhadas da saúde. Resenha de: CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1864-1867, set, 2011.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Desigualdades sociais, promoção da saúde e práticas corporais: por uma resignificação contextualizada. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. *Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas*. Ilhéus, BA: editus, 542 p., 2015.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEATO, M. S. F.; VAN STRALEN, C. J.; PASSOS, I. C. F. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* vol.15 no.37 Botucatu abr./jun. Epub 13-Maio, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, 2006.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília, 2013c.

_____. Portaria GM/MS Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014a.

_____. Fundação Osvaldo Cruz, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, RJ. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e da gestão da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Transferências fundo a fundo. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em 28 de novembro de 2017. 2017b.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-38, 2003.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et. al. Produção intelectual em saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, 2010.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF), set/out;57(5):611-4, 2004.

CAMPOS, D. S. et al. Construção participativa da Política Estadual de Promoção de Saúde: caso de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.22 no.12 Rio de Janeiro

dez. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. In: CASTRO, A.; MALO, M. (editores) SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, p.11-12, 2006.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública. v.32, n.2, p.232-240 maio/ago. 2008.

CARVALHO, A. I. et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e a CACIS da universidade de Montreal de 2002 a 2012. Brasília: Conass, p. 38-50, 2014.

CARVALHO, F. F. B. Análise crítica da carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. Saúde e Sociedade. São Paulo, SP. v.18, n. 1, p. 227-236, 2009.

_____. A saúde na escola e a Promoção da Saúde: conhecendo a dinâmica intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

_____. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. Physis. Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1207-1227, 2015.

_____. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. Movimento. Porto Alegre, RS, v. 22, n. 2, p. 647-658, abr./jun. de 2016a.

_____. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB – como dispositivo de promoção da saúde e equidade na atenção básica. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Revista Saúde em Redes. Campo Grande, MS, v.2 n.1, Suplemento, 2016b.

_____; AKERMAN, M.; COHEN, S. C. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. Saúde debate [online]. vol.41, n.spe3, pp.265-276, 2017.

CARVALHO, F. F. B.; ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A. Editorial: 10 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care. 2017; 8(2):136-140.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2010.

CEBES. Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Volume 38, número especial rio de janeiro, out 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo"? Saúde & Sociedade. vol.21 no.2 São Paulo Apr./June 2012.

CHIESA, A. M. et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP; 45(Esp. 2):1743-7, 2011.

CINCURÁ, R. N. S. Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil. Dissertação (mestrado) Salvador (BA). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2014.

- COLOMBO, F. C. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. *J. Bras. Nefrol.* vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010.
- CONASEMS. Mostra Brasil aqui tem SUS. Catálogo de Experiências exitosas. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/institucional/brasil-aqui-tem-sus/> Acesso em: 01 de outubro de 2016.
- CONASS. Notícias Conass. Com foco no fortalecimento e ampliação da Atenção Primária à Saúde e na regionalização, ministro confirma criação de nova secretaria de atenção básica. Publicado em 25 de janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.conass.org.br/com-foco-no-fortalecimento-e-ampliacao-da-atencao-primaria-saude-e-na-regionalizacao-ministro-da-saude-confirma-criacao-de-nova-secretaria-de-atencao-basica/> Acesso em 25 de janeiro de 2019.
- COSTA, B. V. L. et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):95-102, 2013.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 39-53, 2003.
- _____. Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais e a integração das ciências. *Revista de Saúde Pública*, 42(6):1112-7, 2008.
- DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde. Acervo de recursos educacionais em saúde. UNA-SUS. 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/167>. Acesso em 20 de julho de 2016.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.) *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Orgs. 2008
- FERNANDEZ, J. C. A. et al. Promoção da Saúde: elemento instituinte? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.17, n.1, p.153-164, 2008.
- FERREIRA, M. S. Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do agita São Paulo. Tese de doutoramento. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2008.
- FIGUEIRA, T. R. et al. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e saúde*, v.13, n.1, Rio de Janeiro Jan./Apr. p.181-200, 2015.
- FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; GRYSCHER, A. L. F. P. L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.23, n.3, p.919-927, 2014.
- FRANCO DE SÁ, R. M. P. et al. Autores-atores e processos organizacionais e relacionais na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1707-1716, 2016.
- FRANCO DE SÁ, R.; NOGUEIRA, J.; GUERRA, V. A. Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. *Health Promotion International*, 1–8, 2018.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate* [online]. vol.41, n.112, pp.63-

76, 2017.

GERHARDT, T. E. et al. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.). Métodos de pesquisa. Organizado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERHARDT, T. E.; SOUZA, A. C. Aspectos teóricos e conceituais. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.). Métodos de pesquisa. Organizado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERHARDT, T. E. A construção da pesquisa. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Organizado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Orgs.). Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB) /. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

GUERRA, V. A. et al. Oficina como um exercício de aprendizagem e de escuta colaborativa: o caso da revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 40(3):352-359, 2015.

GURGEL, M. G. I. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. Escola Anna Nery (impr.); v. 15, n. 3, p.610-615, jul-set 2011.

HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOSOWSKI, F. S. *Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [2]: 605-620, 2012.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. Acta Paulista de Enfermagem; v. 28, n. 2, p.152-9, 2015.

IANNI, A.; NAKAMURA, E. Editorial especial. 25 anos de Saúde e Sociedade Qual o lugar das ciências sociais e humanas no campo da Saúde Pública/Coletiva no Brasil? Saúde e Sociedade. vol.25 no.1 São Paulo jan./mar. 2016.

JUNQUEIRA, M. In: Mostra Brasil aqui tem SUS. Catálogo de Experiências exitosas. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/06/catalogo_mostra_2016.pdf . 2016

KARLSEN, M. P.; VILLADSEN, K. Health Promotion, Governmentality and the Challenges of Theorizing Pleasure and Desire. Body & Society. v. 22, n.3, p.3-30., first published on November 12, 2015. September 2016.

KESSLER, M. et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 27(2):e2017389, 2018.

KICKBUSCH, I. Na área de saúde, a abordagem dos fatores determinantes, de natureza comercial, é de importância fundamental para os países emergentes. EDITORIAL. Ciênc. saúde coletiva vol.20 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2015.

- KNUTH, A. G.; SILVA I. C. M.; MIELKE, G. I. Promoção da Saúde: um convite à releitura de imprecisões teóricas na área de Atividade Física e Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saude*.23:e0032. DOI: 10.12820/rbafs.23e0032, 2018.
- LOCH, M. R. et al. Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e18, 2018.
- LOCH, M. R.; GUERRA, P. H. Bikes vs Car: análise crítica do documentário de Fredrik Gertten. *Resenhas. Interface (Botucatu)* vol.21 no.62 Botucatu jul./set. 2017.
- LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis*; v. 19, n. 3, p.461-8, Jul-Set 2010.
- MADEIRA, F. B. et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde Soc. São Paulo*, v.27, n.1, p.106-115, 2018.
- MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2133-2143, 2010.
- MACHADO, W. D. et al. Programa Saúde na Escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. *Sanare – Revista de Políticas Públicas*, v.15, n.01, p.62-68, Jan./Jun. 2016.
- MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.21 no.6 Rio de Janeiro jun. p.1767-1775, 2016.
- MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1683-1694, 2016.
- MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.23, no.6, p.1799-1809. ISSN 1413-8123, Jun 2018.
- MARTINEZ, J. F. N; SILVA, A. M.; SILVA, M. S. As diretrizes do Nasf e a presença do profissional em Educação Física. *Motrivivência* v. 26, n. 42, p. 222-237, junho/2014.
- MÁSSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. *Saúde e Sociedade. São Paulo*, v.23, n.2, p.651-663, 2014.
- _____; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):679-688, 2015.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde em Debate. Rio de Janeiro*, v. 38, n. especial, p. 69-82, Out 2014.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 407 p., 2008.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):7-18, 2000.
- MINOWA, E. et al. Contribuição das universidades na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Saude soc., ahead of print Epub 18-Dez-2017*.
- MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *Revista de Administração Contemporânea - RAC, Curitiba*, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Orgs.) Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, p. 269-297, 2008.

NETTO, L.; SILVA, K. L.; RUA, M. S. Desenvolvimento de competências para promoção da saúde e mudança no modelo assistencial. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 1-7. 2016.

NETTO, L.; SILVA, K. L. Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP* vol.52 São Paulo 2018 Epub Dec 03, 2018.

NG, S. W. et al. Did high sugar-sweetened beverage purchasers respond differently to the excise tax on sugar-sweetened beverages in Mexico? *Public Health Nutrition*. Published online: 18 December 2018.

NUNES FILHO, H. R. et al. Desenvolvimento de ações de promoção da saúde na USF sobradinho i: relato de experiência da operacionalização de um planejamento e programação local em saúde. *Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana*, 7(2): 13-20, Setembro, 2017.

NORMAN, A. H; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.1, p.165-179, 2015.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, out/dez; 16(4):569-76, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização dos macroprocessos básicos da atenção primária à saúde. Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas no município de Santo Antônio do Monte, MG (LIACC/SAMONTE). Oficina III - estratificação de risco das condições crônicas e classificação de risco das famílias Santo Antônio do Monte, 2013.

_____. Pesquisadores discutem propostas para a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://apsredes.org/blog/opas-reune-especialistas-para-discutir-a-politica-nacional-de-atencao-basica/> Acesso em 15 de dezembro de 2016.

_____. Relatório da Reunião OPAS/OMS Brasil “Diálogo Estratégico para a Preparação do Documento de Referência para a Renovação da Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”. (Brasília, 6 a 8 de agosto de 2018), 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. De Alma-Ata para a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Astana, Cazaquistão, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em 28 de dezembro de 2018.

PENIDO, C. M. F.; ROMAGNOLI, R. C. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. *Psicologia & Sociedade*, 30, e173615, 2018.

PETTRES, A. A; DA ROS, M. A. Determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arq. Catarin Med.* jul.set. 47(3):183-196, 2018.

PINHEIRO, D. G. M. et al. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e Sociedade. São Paulo*, v.24, n.1, p.180-188, 2015.

POTVIN, L.; CHABOT, P. O esplendor e a miséria da epidemiologia na avaliação da

- promoção da saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e a CACIS da universidade de Montreal de 2002 a 2012. Brasília: Conass, p. 23-37, 2014.
- PRADO, N. M. B. L.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade. Saúde debate vol.41 no.spe3 Rio de Janeiro set. 2017.
- PRADO, E. V.; FALLEIRO, L. M.; MANO, M. A. Cuidado, promoção de saúde e educação popular - porque um não pode viver sem os outros. Rev APS. out/dez; 14(4): 464-471, 2011.
- REIS, I. N. C.; SILVA, I. L. R.; UN, J. A. W. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: educação popular e promoção da saúde nos centros de saúde-escola do Brasil. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. v.18, supl2: p.1161-1174. 2014.
- ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. Ciência & Saúde Coletiva (Online), v.19, n.11, p.4313-4322, 2014.
- _____; AKERMAN, M. Determinação Social da Saúde e Promoção da Saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA; A. V. M. Orgs. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas, SP. Saberes Editora. p.720-754, 2014.
- ROCHA, R. M.; PADILHA, M. A. Um debate possível: o saber fazer da promoção da saúde. Editorial. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 18(4): 4-6, out-dez, 2016.
- SILVA, C. M. Equidade e promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 11, n. 4, p.451-458, out./dez. 2008.
- SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. Saúde debate vol.40 no.111 Rio de Janeiro out./dez. 2016.
- SILVA, K. L. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Revista de Atenção Primária à Saúde. v. 16, n. 2, p.165- 172, abr/jun 2013.
- SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília; v. 63, n. 5, p.762-9, set-out 2010.
- SILVA, K. L. et al. Institucionalização de programas de promoção da saúde: definições na gestão municipal. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(12):1190-7, dez., 2015.
- SILVA, P. F.A.; BAPTISTA, T. W. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p.91-104, dez 2015.
- SILVA, T. S.; CARVALHO, F. F. B. Promoção da saúde na atenção primária: possibilidades e desafios. In: KALINOWSKI, C. E.; FIGUEIREDO, K. C.; FONSECA, R. M. G. S., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4), p. 71-92, 2014.

- SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Orgs.) Métodos de pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 31-42, 2009.
- SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1354-1360, set-out, 2004.
- SOUZA, F. A rotina dos trabalhadores que passam quase um terço do dia no transporte em SP. BBC News Brasil em São Paulo. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46226332?ocid=socialflow_facebook&fbclid=IwAR3sYZS2ZG0LExE8_tz9Z8X9Kk9_2X6OeRVStAQd300Wg8_0-uuRbuSg3ts. Acesso em 14 de janeiro de 2019.
- SOUZA, R. K. T.; LOCH, M. R. Promoção da Saúde. In: Bases da Saúde Coletiva. Livro Eletrônico. Organizadores: ANDRADE, S. M. et al. – 2. ed. Ver. E ampl. – Londrina: EdUEL, 2017.
- SOUZA JÚNIOR, M. B. M.; MELO, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. Movimento, Porto Alegre, v. 16, n. 03, p. 31-49, julho/setembro de 2010.
- SPERANDIO, A. M. et al. 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: trajetórias e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, vol.21 no.6 Rio de Janeiro jun. p.1681, 2016.
- STALIANO, P.; ARAUJO, T. C. C. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde. Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n. 1, p.43-51, jan. - jun. 2011.
- TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W. V. Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):7-13, 2017.
- TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 52-68, Out 2014.
- VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioéfica. Texto & Contexto - Enfermagem; v. 14, n. 1, p.82-8, Jan-Mar 2005.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) Saúde Coletiva: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.635-667, 2006.
- WESTPHAL, M.F.; FRANCESCHINI, M.C.T. A contribuição do CEPEDOC para a construção da Política de Promoção da Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, vol.21 no.6 Rio de Janeiro jun. p.1819-1828, 2016.
- ZANCAN, L. et al. Dispositivos de comunicação para a promoção da saúde: reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da Maleta de Trabalho “Reconhecendo Manguinhos”. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. (Online). V. 18, Supl 2: p.1313-1326, 2014.

Anexos

Anexo A

Formulário FormSUS



Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: A Promoção da Saúde na Atenção Básica: a crítica sobre o instituído, desenvolvida por Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, discente de Doutorado Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Dra. Simone Cynamon Cohen (ENSP/FIOCRUZ) e do Dr. Marco Akerman, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

O objetivo geral do estudo é: Refletir criticamente a Promoção da Saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde a partir da problematização do instituído.

O convite a sua participação se deve à atuação como gestor(a) municipal (coordenador(a), gerente, diretor(a), etc) e/ou como trabalhador(a) da Atenção Básica. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. **Sua concordância na participação se dará através das respostas a este questionário, sem prejuízo à possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa.**

A sua participação consistirá em, a partir de experiências municipais baseadas no catálogo de experiências da Mostra Brasil de 2015 realizada em Brasília – DF, **classificar as ações descritas como de Promoção da Saúde ou não e indicar os elementos que o levaram a tal opção.** Com isso, espera-se ser possível identificar as concepções de Promoção da Saúde dos(as) gestores(as) e trabalhadores(as) municipais da AB. O tempo de duração das respostas ao questionário é estimado em 30 (trinta) minutos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) poderá ser impresso através do link - <https://drive.google.com/file/d/0B0L87XhrZwrZUVJTd21CcHBIYWs/view> . Além disso, também há a opção de entrar em contato através dos meios apresentados abaixo, neste caso, ele será redigido e assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, e enviado por correio.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o pesquisador responsável: Fabio Carvalho (61) 99937-8640 / E-Mail: fabio.carvalho@posgrad.ensp.fiocruz.br / fabiofbcarvalho@gmail.com) e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz - (21) 2598-2863 / E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br / <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O benefício indireto relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para o fornecimento de mais elementos para gestores e trabalhadores atuarem com a

Promoção da Saúde na Atenção Básica, avançando na sua efetivação na melhoria das condições de saúde individuais e coletivas sem que falte clareza sobre suas possibilidades e limites. Os resultados serão apresentados aos participantes, conforme pactuação, em ações de educação permanente como palestras dirigidas ao público participante, rodas de conversa, entre outros.

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Dados Pessoais

1) **Você é o(a) responsável e/ou trabalha na Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde ou órgão congênere (gestor(a), coordenador(a), gerente, diretor(a), etc) ou na rede assistencial? ***

Declaro que sou o(a) responsável ou trabalho na Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde ou órgão congênere (gestor(a), coordenador(a), gerente, diretor(a),etc) ou em unidade de saúde (UBS etc)

2) **Nome:**

3) **Sexo: ***

Feminino
 Masculino

4) **Estado: ***

5) **Município: ***

6) **Faixa Etária: ***

Dados Institucionais

7) **E-mail:**

8) **Cargo ou função institucional: ***

Gestor(a)/Secretário(a) municipal
 Coordenador(a), gerente ou Diretor(a) da Atenção Básica
 Técnico(a)
 Outro: Qual?

9) **Tempo no cargo/função responsável pela gestão da Atenção Básica: ***

Dados Pessoais

10) **Maior escolaridade Concluída: ***

11) **Formação (Graduação): ***

Caso possua mais de uma graduação, marcar a que você julgar que contribui mais na atual função.

Informações Gerais

12) **A partir de experiências municipais baseadas no catálogo de experiências da Mostra Brasil de 2015, dê sua opinião sobre as ações abaixo e descreva por favor porque você fez essa opção.**

Classifique as ações descritas como de Promoção da Saúde ou não e indique por favor os elementos que o levaram a tal opção.

13) **Experiência municipal 1: Prevenção de violência e acidentes e promoção da saúde e da cultura de paz : ***

Com base em estatísticas sobre mortalidade em XXXXXXXXXX, a Secretaria de Saúde do município decidiu centralizar esforços para construir um modelo de atenção voltado à redução dos óbitos, das internações e das demandas por serviços de urgência e emergência motivadas por acidentes e por violência em geral. O poder público trabalhou em diversas frentes para atingir o objetivo

de reduzir a morbidade da população por acidente e violência. Entre elas: articulação com órgãos competentes do município e adoção de medidas educativas que visem aprimorar a segurança dos veículos, do condutor e do pedestre; implantação do registro de acidentes e violências no pronto atendimento; promoção de ações educativas para crianças e adolescentes sobre o uso abusivo de álcool; e parceria com órgãos competentes para evitar consumo de bebidas alcoólicas por menores de 18 anos. Como resultados desse trabalho, a Secretaria de Saúde identificou a redução da morbimortalidade por acidentes e violência, além da diminuição da demanda ambulatorial no serviço de pronto atendimento da unidade mista de saúde do município. Outro resultado foi a diminuição do consumo de álcool e droga entre populações mais vulneráveis. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

14) Experiência municipal 2: Promoção da saúde da mulher - projeto melhor medida: *

Em três meses de projeto, as mulheres de XXXXXXXXX puderam comprovar que é possível perder medidas e aumentar a massa muscular, ganhando ao mesmo tempo condicionamento físico e melhorando o quadro nutricional. O objetivo da experiência promovida pela Secretaria Municipal de Saúde foi proporcionar uma melhora nos hábitos alimentares dessas mulheres, bem como dar a elas a oportunidade da prática de atividades físicas sob orientação profissional em diferentes modalidades. A abordagem utilizada foi recreativa, com caminhadas, alongamentos e ginástica funcional. Inicialmente todas as participantes foram submetidas à avaliação nutricional, para que fossem estabelecidas metas pessoais, de acordo com as necessidades individuais. As atividades físicas foram realizadas três vezes por semana, além de reuniões com orientação de enfermeiro, educador físico, nutricionista, psicólogo e médico, semanalmente. Conforme a avaliação da equipe multidisciplinar, também foram realizados encaminhamentos para outros profissionais, como endocrinologista. Na avaliação da equipe, todas as participantes do projeto conseguiram atingir as metas estabelecidas inicialmente, com perda de peso, melhora do condicionamento físico e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

15) Experiência municipal 3: Projeto Remexa-se: *

Quando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do município de XXXXXXXXX foi implantado, em outubro de 2014, o primeiro passo foi analisar o perfil epidemiológico da população, que resultou na priorização de três linhas de cuidado no município: saúde mental, atividade física e alimentação saudável. O "Projeto Remexa-se", lançado em novembro de 2014 como uma das iniciativas para fortalecer a promoção da saúde, consiste em promover caminhadas duas vezes por semana, em pontos diferentes da cidade, com acompanhamento de profissionais do Nasf e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O baixo custo e a ampla área de abrangência municipal levaram à participação de cerca de 300 pessoas no projeto, que se tornou o ponto de partida para outras iniciativas voltadas às especificidades da população. Assim surgiu o "Remexa-se 100DOR", desenvolvido em uma academia do município e voltado à população com dor crônica, e o "Remexa-se na Água", que oferece hidroginástica e hidroterapia às pessoas com lesões complexas nas articulações. Os resultados são animadores: 53,4% dos participantes das caminhadas conseguiram atingir a meta de redução de peso e 49,6% do total diminuíram a circunferência abdominal; 80% dos participantes das atividades na água e 85% dos participantes da academia relataram redução da dor. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

16) Experiência municipal 4: O Programa Peso Saudável como Estratégia de Ação para a Melhoria da Qualidade de Vida: *

Atento à importância das ações de promoção da saúde, o município de XXXXXXXXX desenvolveu um projeto destinado a pacientes obesos com doenças crônicas. A principal ação do Programa Peso Saudável é incentivar a adoção de uma rotina de monitoramento de peso e, com isso, desencadear uma série de ações de autocuidado, como a alimentação saudável e a prática regular de atividade física. Ao aderir ao programa, o paciente é avaliado por uma equipe de saúde com suporte do matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). O usuário tem o seu peso aferido, passa por uma avaliação antropométrica e análise psicológica, para avaliar seu grau de compulsão alimentar e hábitos alimentares. Para seguir as orientações do programa, o usuário recebe informações sobre seu estado nutricional, além de orientações sobre alimentação saudável e atividade física. Um mês após o cadastro, ele deve retornar para ser novamente pesado e, mais uma vez, receber novas orientações sobre práticas saudáveis. Dos 35 cadastrados, todos permanecem participando ativamente do programa, tanto nas avaliações mensais como frequentando a Academia da Saúde. A redução de peso, de índices glicêmicos e de colesterol tem se mostrado efetiva. Os responsáveis pela iniciativa concluíram que o Peso Saudável traz benefícios a longo e curto prazo, refletindo em uma melhor qualidade de vida para os usuários e melhor desempenho das equipes da Atenção Básica nas ações de promoção da saúde. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

17) Experiência municipal 5: Círculo de cultura com mulheres idosas: práticas educativas em sexualidade e climatério: *

O envelhecimento populacional e as questões relativas à sexualidade nessa fase da vida motivaram a criação, pela Secretaria Municipal de Saúde de XXXXXXXXX, de círculos de cultura com mulheres idosas. Nesses grupos, que seguem a proposta educativa de Paulo Freire, o conhecimento é circular, se completa com a participação de cada membro do grupo social e os conflitos não são negados, mas acolhidos, e devidamente encaminhados. O objetivo dos encontros é trabalhar a promoção da saúde por meio da conscientização e do estímulo à reflexão, tendo como ponto de partida o conhecimento prévio trazido pelos aprendizes e o contexto de cada grupo. Os debates trouxeram à tona algumas situações-limites cujos conteúdos giraram em torno de questões como o universo desconhecido da sexualidade, as visões divergentes sobre sexualidade entre homens e mulheres e o sexo como configuração da juventude. A cada encontro subsequente as mulheres faziam seus relatos sobre situações-limites vivenciadas, suscitando o início de novas reflexões. O projeto revelou que ações educativas desenvolvidas com a aplicação da metodologia libertadora são capazes de proporcionar o desvelamento crítico e o empoderamento de mulheres idosas. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

18) Experiência municipal 6: Da saúde se cuida todos os dias: *

Um dia dedicado a muitas frentes de cuidados com a saúde. A Prefeitura Municipal de XXXXXXXXX realizou, na manhã do dia 29 de abril de 2015, uma ação de promoção da saúde integrando vários segmentos da Atenção Básica: ESF (Estratégia Saúde da Família), Academia da Saúde, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Saúde Bucal, Alimentação e Nutrição, PSE (Programa Saúde na Escola), entre outros. O evento "Da saúde se cuida todos os dias" foi organizado pela Secretaria de Saúde, com o apoio da Educação, Assistência Social e Meio Ambiente. O intuito era levar à comunidade informações e orientações variadas acerca das questões de saúde. A ação teve início com uma caminhada pelas ruas da cidade até a chegada ao ginásio poliesportivo, onde os

mais de 150 participantes puderam realizar atividades físicas com acompanhamento profissional. Paralelo a isso, aconteciam orientações nutricionais e a distribuição de lanches saudáveis, além de esclarecimentos em relação à saúde bucal, com aplicação de flúor e distribuição de fio dental. A equipe médica alertava para os cuidados necessários de prevenção ao Diabetes e à Hipertensão Arterial e ainda houve explicações sobre como combater a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*. Os participantes levaram para casa mudas de árvores frutíferas. A ação foi importante para a mudança de hábitos e será levada para outros espaços institucionais como as escolas públicas. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

19) Experiência municipal 7: Promoção da Saúde e Prevenção de Quedas no Asilo XXXXXXXX : *

O objetivo do projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde é promover o envelhecimento saudável na população idosa que frequenta o Asilo de XXXXXXXXX, melhorando o acolhimento a esse público nos serviços de saúde e diminuindo o sedentarismo e os seus malefícios. O contato com os idosos é feito por um fisioterapeuta do município durante três vezes por semana – ocasião em que os pacientes mais fragilizados recebem atendimento individual para a realização de atividades motoras ativas ou assistidas quando necessário. Os mais ativos realizam exercícios em grupo para coordenação motora, equilíbrio, ganho de amplitude do movimento (ADM) e força muscular (FM), além de participarem da oficina de prevenção de quedas. Nessas oficinas, são repassados exercícios específicos e realizadas dinâmicas que envolvem brincadeiras, canto e dança. O resultado mais imediato do trabalho foi o ganho em qualidade de vida por parte dos 12 moradores do asilo, que têm entre 57 e 95 anos. Para chegar a essa conclusão, foram observados e analisados o índice de quedas, a incidência de depressão, o sedentarismo e a obesidade desses idosos. Os dados foram coletados através de avaliação físico-funcional e da escala de depressão geriátrica e mini-mental. O número de quedas diminuiu de 12 para uma, entre janeiro e maio de 2013, e no mesmo período do ano seguinte. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

20) Experiência municipal 8: Instrumento de supervisão e monitoramento das ações do PMAQ na ESF : *

Com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde da população do município de XXXXXXXXX, a Secretaria de Saúde criou, em 2014, um instrumento de supervisão da Estratégia Saúde da Família, através do acompanhamento das metas definidas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O monitoramento visa observar se os indicadores estão sendo alcançados e se as ações a serem realizadas pelos profissionais da Atenção Básica estão sendo desenvolvidas. A Secretaria de Saúde elaborou então um instrumento mensal de supervisão e monitoramento das ações do PMAQ para ser aplicado na Atenção Básica. A ferramenta funciona da seguinte maneira: o recurso do PMAQ é dividido entre gestão e profissionais, no entanto, dos recursos destinados à gratificação dos profissionais, metade é fixo e a outra metade varia de acordo com a avaliação e o monitoramento dos critérios exigidos no PMAQ. Os critérios são: assiduidade e frequência, iniciativa e humanização; processo de trabalho e promoção da saúde, metas e indicadores. Com o monitoramento, os supervisores perceberam um maior interesse dos profissionais em melhorar os serviços prestados pela equipe, bem como registros mais completos e organizados. Percebe-se, portanto, melhoria nos indicadores de saúde e no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)

21) Experiência municipal 9: Nasf: ampliando a resolubilidade através do apoio matricial : *

Em XXXXXXXXX, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família 3 foi implantado no segundo semestre de 2013, com o desafio de colaborar com o processo de inversão do modelo de atenção à saúde. A equipe, formada por psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social, desenvolve ações que fortalecem a educação e promoção da saúde. Na prática, os profissionais institucionalizaram, por exemplo, a atividade de ginástica laboral nas manhãs, envolvendo usuários e trabalhadores da saúde; formaram dois grupos operativos voltados para o atendimento de gestantes e idosos; criaram e acompanham um grupo de Vigilantes do Peso formado pelos trabalhadores da saúde. Acrescente a isso, o apoio matricial dos especialistas no atendimento das equipes de saúde da família, o desenvolvimento de trabalhos de educação e de inclusão social, ações de enfrentamento da violência e a atuação em equipamentos públicos, como escolas, creches, conselho tutelar e igrejas. Vale ressaltar que a maioria das atividades é desenvolvida na perspectiva intersetorial, tendo como grande parceiro o Centro de Referência de Assistência Social (Cras). Para os coordenadores, um resultado que já pode ser percebido é a redução do número de consultas médicas e de enfermagem em função do empoderamento dos usuários, ampliando o autocuidado e garantindo maior participação no processo saúde-doença. Para você, essa é uma ação de Promoção da Saúde? Porquê? (Aponte por favor os elementos que o(a) levaram a tal classificação)



Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1

Anexo B






Perfil dos/das respondentes do formulário eletrônico FormSUS












Sexo	Qtd	Qtd %
Feminino	160	74.42 %
Masculino	55	25.58 %

Estado	Qtd	Qtd %
Acre	5	2.33 %
Alagoas	5	2.33 %
Amapá	2	0.93 %
Bahia	13	6.05 %
Ceará	1	0.47 %
Distrito Federal	2	0.93 %
Espírito Santo	10	4.65 %
Goiás	17	7.91 %
Mato Grosso	7	3.26 %
Mato Grosso do Sul	3	1.40 %
Maranhão	2	0.93 %
Minas Gerais	64	29.77 %
Pará	2	0.93 %
Paraíba	14	6.51 %
Paraná	16	7.44 %
Pernambuco	3	1.40 %
Piauí	3	1.40 %
Rio de Janeiro	7	3.26 %
Rio Grande do Norte	6	2.79 %
Rondônia	7	3.26 %
Roraima	4	1.86 %
Santa Catarina	9	4.19 %
São Paulo	12	5.58 %
Sergipe	1	0.47 %

Faixa Etária	Qtd	Qtd %
15 a 19 anos	1	0.47 %
20 a 29 anos	27	12.56 %
30 a 39 anos	99	46.05 %
40 a 49 anos	63	29.30 %
50 a 59 anos	18	8.37 %
60 a 69 anos	7	3.26 %

Tempo no cargo/função na Atenção Básica	Qtd	Qtd %
até 6 meses	28	13.02 %
Mais 6 meses até 1 ano	60	27.91 %
Mais de 1 ano até 2 anos	34	15.81 %
Mais de 2 anos até 3 anos	15	6.98 %
Mais de 3 anos até 4 anos	20	9.30 %
Mais de 4 anos	58	26.98 %

Maiores escolaridade Concluída		Qtd	Qtd %
Ensino médio (antigo 2º grau)		18	8.37 %
Graduação		46	21.40 %
Especialização		134	62.33 %
Mestrado		16	7.44 %
Doutorado		1	0.47 %

Formação (Graduação)		Qtd	Qtd %
Fisioterapia		7	3.26 %
Medicina		1	0.47 %
Psicologia		9	4.19 %
Enfermagem		123	57.21 %
Educação Física		3	1.40 %
Serviço Social		6	2.79 %
Medicina Veterinária		1	0.47 %
Nutrição		8	3.72 %
Administração		9	4.19 %
Outros: Qual?		27	12.56 %
Não se aplica		21	9.77 %