



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

de Assis Freitas, Maria de Lourdes; Teixeira Mandú, Edir Nei  
Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras  
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 23, núm. 2, abril, 2010, pp. 200-205  
Escola Paulista de Enfermagem  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023858008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras\*

*The promotion health regarding the Family's Health strategy: analysis of health policies in Brazil*

*Promoción de la salud en la estrategia Salud de la Familia: análisis de políticas de salud brasileñas*

Maria de Lourdes de Assis Freitas<sup>1</sup>, Edir Nei Teixeira Mandú<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar políticas de saúde direcionadas à Saúde da Família (SF), focando o acesso a medidas e bens necessários à qualidade de vida assim como a participação da população na defesa da saúde. **Métodos:** Pressupomos que as políticas de saúde são permeadas por contradições relativas aos modelos assistenciais em confronto no cenário de saúde. Realizamos um estudo do tipo pesquisa documental em quatro documentos do Ministério da Saúde vigentes de 1994-2007, que instituem a política específica de SF ou contém proposições com implicações para a atenção básica. Adotamos a análise temática de conteúdo. **Resultados:** A promoção da saúde é preceito e área estratégica da SF, e abrange: participação em práticas intersetoriais; análise das situações sociais, sanitárias e familiares locais, para o planejamento de ações; estímulo à participação e controle social; dentre outras. **Conclusões:** As ações promocionais não têm destaque nas políticas analisadas, que expressam sobretudo o modelo assistencial predominante pautado na doença-prevenção.

**Descritores:** Programa Saúde da Família; Política de saúde; Promoção da saúde; Qualidade da assistência à saúde; Acesso aos serviços de saúde

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze health policies for the program Family's Health (FH), focusing on access to services and goods necessities to improve the quality of life; also focusing on the population defense of their health. **Methods:** Was assumed that health policies were contradictory when related to welfare models applied to the health scenario. We conducted a research study of the type documentary on four documents of the Ministry of Health (valid from 1994 to 2007), instituting specific policy proposals for the FH program or that contain implications for basic care. Was adopted the thematic content analysis. **Results:** The health promotion is a precept and a strategic FH area, and covers: participation in inter-sector practices, analysis of social, sanitary and family situations, planning actions, encouraging participation and social control, among others. **Conclusions:** Into the promotional activities are not emphasized the mentioned policies, which overall express the predominant health care model patterned in the disease prevention.

**Descriptors:** Family Health Program; Health policy; Health promotion; Quality of health care, Health services accessibility

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar políticas de salud dirigidas a la Salud de la Familia (SF), enfocando el acceso a medidas y bienes necesarios a la calidad de vida así como la participación de la población en la defensa de la salud. **Métodos:** Se presupone que las políticas de salud se encuentran muchas contradicciones relativas a los modelos asistenciales confrontados con el escenario de salud. Fue realizado un estudio del tipo investigación documental en cuatro documentos del Ministerio de la Salud vigentes de 1994 a 2007, que instituyen la política específica de SF o contienen proposiciones con implicaciones para la atención básica. Adoptamos el análisis temático de contenido. **Resultados:** La promoción de la salud es precepto y área estratégica de la SF, y abarca: participación en prácticas intersectoriales; análisis de las situaciones sociales, sanitarias y familiares locales, para la planificación de acciones; estímulo a la participación; y, control social; entre otras. **Conclusiones:** Las acciones promocionales no tienen destaque en las políticas analizadas, que expresan sobre todo el modelo asistencial predominante pautado en la enfermedad-prevencción.

**Descriptores:** Programa de Salud Familiar; Política de salud; Promoción de la salud; Calidad de la atención de salud; Accesibilidad a los servicios de salud

\*Trabalho extraído da pesquisa Referenciais de qualidade relativos ao Programa Saúde da Família: um estudo em documentos de política nacional

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Técnica da Coordenadoria da Atenção Básica da Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, (MT) Brasil

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT - Cuiabá, (MT) Brasil

## INTRODUÇÃO

Neste artigo, analisamos políticas atuais do Ministério de Saúde (MS) com implicações para a Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando proposições relativas à promoção da saúde, por sua importância para inovações no modelo de atenção básica à saúde. Buscamos contribuir para a interpretação crítica das políticas governamentais nacionais direcionadas à ESF e à prática da promoção da saúde com a participação da atenção básica.

Ao se responsabilizar pela saúde da população territorializada, as equipes desse âmbito assistencial devem ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida. Nisto reside um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde.

Considerada a relatividade sócio-histórica, a qualidade de vida diz respeito ao acesso a condições que uma sociedade considera culturalmente como padrão de conforto e bem-estar, englobando aspectos relativos à vida subjetiva, familiar, trabalho, ambiente, relações sociais, estética e cultura<sup>(1)</sup>.

A promoção da saúde é política e prática essencialmente intersetorial, que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação desta prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas de um país, como: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

As políticas de saúde, que se constituem em formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas em saúde. Os problemas de saúde das populações, direcionam a organização dos serviços, a gestão e o trabalho assistencial. Contemplam princípios, propósitos, diretrizes e decisões de caráter geral<sup>(3)</sup>. Orientam a materialização do trabalho cotidiano em saúde, em meio a dadas condições histórico-sociais e à participação de sujeitos. Os seus conteúdos conformam um imaginário, incorporado pelos profissionais e população, em torno do que devem ser as práticas em saúde, norteando-as em alguma medida<sup>(4)</sup>. Pautadas em certas características desejáveis para o setor, as políticas de saúde são construídas a partir de diferentes propósitos, consensos e dissensos de e entre grupos sociais, refletindo um dado momento histórico da sociedade e suas relações, interesses, conflitos e projetos<sup>(4-5)</sup>.

Assim, objetivou-se analisar políticas de saúde direcionadas à Saúde da Família, focando o acesso a medidas e bens necessários à qualidade de vida assim como a participação da população na defesa da saúde. Destacou-se a promoção da saúde, a partir do entendimento de que essas políticas refletem, em última instância, a ação mediadora do Estado brasileiro em torno de qualidades a serem efetivadas na atenção básica, em meio à historicidade dos modelos assistenciais construídos nacionalmente e à participação de diferentes sujeitos. Essas políticas evidenciam potenciais conteúdos reprodutores e transformadores do modelo instituído de atenção básica e permitem destacar, analiticamente, preceitos e modos de operacionalizar a promoção da saúde.

## MÉTODOS

Esta produção científica do tipo pesquisa documental é parte de uma pesquisa qualitativa realizada em 2007-2008, voltada à análise de referências de qualidade relativas ao processo de trabalho na ESF, em documentos vigentes da política nacional de saúde.

Inicialmente, realizamos um levantamento das políticas publicadas pelo MS relacionadas à ESF, localizadas no seu *site*, a partir de 1994, ano de implantação do denominado Programa Saúde da Família (PSF), até agosto de 2007, mês e ano da consulta. Na sequência, processamos uma pré-análise dos documentos encontrados e selecionamos seis deles, respeitando elementos de representatividade, homogeneidade, exaustividade e adequação<sup>(6)</sup>, considerando como critérios: instituir a política específica de saúde da família; conter proposições com implicações para o trabalho nesse âmbito assistencial; ser vigente.

O MS instituiu o PSF em 1994, inicialmente em certas áreas das regiões Norte e Nordeste do país, com um caráter de política focalizada. A partir da Norma Operacional Básica de Saúde 1996, passa a ser considerado estratégia nacional de substituição ao modelo tradicional vigente de saúde, passando a ser nominado mais apropriadamente de Estratégia Saúde da Família.

Neste artigo, analisamos quatro dos documentos selecionados: a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (PNAB)<sup>(7)</sup>, o Pacto pela Saúde 2006 (Pacto 2006)<sup>(8)</sup>, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>(9)</sup>, e o documento Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial de 1997 (denominado aqui de Documento de 1997)<sup>(10)</sup> que apresenta os preceitos e a operacionalização da Saúde da Família a partir de sua configuração como estratégia de remodelação da atenção básica com implicações para todo o setor.

Na análise desses documentos, adotamos a técnica de análise temática de conteúdo, segundo os passos nela previstos<sup>(11)</sup>, evidenciando os significados emergentes no material, segundo os objetivos e fundamentos teóricos da pesquisa.

A partir do processo analítico e interpretativo encaminhado, em relação ao tema em debate neste artigo, identificamos duas categorias debatidas a seguir: acesso a medidas e bens vinculados à qualidade de vida; e acesso à autonomia e participação na defesa de políticas e ações voltadas à promoção da saúde.

## RESULTADOS

### Acesso a medidas e bens vinculados à qualidade de vida

No Documento de 1997, na PNAB e no Pacto 2006<sup>(7-8,10)</sup> localizamos a perspectiva de construção de um sistema de saúde com conformação a partir da atenção básica, fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão.

A universalidade diz respeito ao direito ao acesso amplo a bens e serviços de saúde de qualidade e à adequada acessibilidade, relacionada à facilidade de obtê-los. A Constituição de 1998<sup>(12)</sup> define a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido por políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a respectiva promoção, proteção e recuperação.

Esse preceito remete ao direito de acesso, tanto a serviços de saúde como a condições de vida capazes de assegurar a saúde. Assim, constitui-se em responsabilidade da ESF, junto a outros setores e instituições, a geração de alternativas para que populações territorializadas disponham desse direito.

A PNPS<sup>(9)</sup> enfatiza que a promoção da saúde é retomada no Sistema Único de Saúde (SUS) como a possibilidade de enfocar: a fome; o desemprego e subemprego; a violência; a falta de saneamento e habitação adequados; as dificuldades de acesso à educação; a urbanização desordenada; a qualidade do ar e da água deteriorada; dentre outros. A promoção da saúde deve capitalizar processos sociais e políticos que potencializem formas amplas de intervir em saúde.

“A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”<sup>(9)</sup>.

A responsabilidade da ESF com ações voltadas à produção de qualidade de vida encontra-se expressa no Documento de 1997<sup>(10)</sup> que estabelece como um de seus objetivos fazer com que “a saúde seja reconhecida e efetivada como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida”. Nesse documento<sup>(10)</sup>, localiza-se como atribuição das equipes de saúde “promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável”.

Embora essa direcionalidade não seja afirmada explicitamente na PNAB<sup>(8)</sup>, nesta, a atenção é caracterizada por ações que se voltam à promoção e à proteção da saúde, além da prevenção de agravos, do diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Além disso, é estabelecida como área estratégica, além da atenção a doenças e grupos prioritários.

O preceito e a direcionalidade da promoção da saúde, e sua apresentação como área estratégica da atenção básica, presentes na política de Saúde da Família<sup>(7,10)</sup>, a comprometem com o dever público de prover meios, condições e recursos que propiciem à população a satisfação de necessidades de vida com implicações para a saúde.

Nesse sentido, encontramos no Documento de 1997<sup>(10)</sup>, como um dos objetivos do trabalho: desenvolver ação intersetorial através de parceria e integração com os diversos órgãos do poder público que atuam no âmbito das políticas sociais.

A PNPS<sup>(9)</sup> expressa a intersetorialidade como “uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”.

A PNAB<sup>(7)</sup> estabelece como parte das ações da ESF a participação em práticas integradas de setores e projetos afins para a promoção da saúde, de acordo com prioridades estabelecidas e sob a coordenação da gestão municipal. Qualifica-se essa busca de integração, especificando-a como aproximação de outros setores governamentais, e de outras instituições e organizações sociais, sobretudo da área de abrangência da ESF, para o desenvolvimento de parcerias.

Implicitamente, na política de Saúde da Família<sup>(7,10)</sup>, também

se encontra a preocupação com a promoção da saúde através do cuidado domiciliar ampliado, efetivado a partir do conhecimento da estrutura e funcionalidade das famílias.

De igual modo, essa perspectiva também é encontrada na proposição de análises das situações locais de saúde para o planejamento das ações locais, com base nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas dos territórios (compondo a denominada territorialização)<sup>(7,10)</sup>.

No Documento de 1997<sup>(10)</sup> as ações sobre o território são apresentadas como um desafio que requer o rompimento com os muros da unidade de saúde e o enraizamento no meio onde as pessoas vivem. Como atribuição das equipes se estabelece o reconhecimento dos problemas, riscos e determinantes locais.

Identificamos, também, a articulação da promoção à vigilância de riscos comportamentais, alimentares/nutricionais e ambientais/sanitários. O Documento de 1997<sup>(10)</sup>, apresenta como responsabilidade das equipes, executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária voltadas a grupos de risco e ao controle da tuberculose, hanseníase, e doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas. A vigilância epidemiológica é destacada na PNAB<sup>(7)</sup> como busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de agravos e situações de importância local, somada à proposição de identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. Nesse documento<sup>(7)</sup>, se estabelece a realização de ações direcionadas a grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais. Isso também está presente na PNPS<sup>(9)</sup>, nas ações atribuídas à atenção básica/ESF, em que se encontra a implementação de ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e o controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação.

Ainda encontramos na PNAB<sup>(7)</sup> e no Documento de 1997<sup>(10)</sup> a responsabilização, sobretudo dos agentes comunitários de saúde (ACS), pelas ações de promoção da saúde a serem realizadas nas microáreas, sem destaque à participação dos demais integrantes da equipe local nessa tarefa.

As ações/medidas destacadas constituem um conjunto mais abrangente de proposições, que abarca ações clínico-assistenciais, atenção domiciliar, ações educativas, e aspectos organizacionais e gerenciais da atenção básica. Nesse conjunto, é possível identificar o lugar secundário atribuído à promoção da saúde, a despeito desta ser apontada como preceito e direcionalidade do trabalho na ESF.

### **Acesso à autonomia e participação na defesa de políticas e ações de promoção da saúde**

Nos documentos analisados encontramos, como constituinte das responsabilidades da ESF, o desenvolvimento da participação da população, englobando o estímulo à mobilização comunitária, o controle social e a participação no planejamento, controle e avaliação das ações de saúde.

Sem qualquer destaque, o Documento de 1997<sup>(10)</sup>, ao tratar das atribuições dos ACS, compromete a ESF com a realização de atividades de mobilização comunitária, tendo em vista a produção de melhor qualidade de vida.

Já, a participação como um valor, assim como, a prática do controle social são afirmados na PNAB<sup>(7)</sup>, em sua apresentação. Localizamos, nesse documento, como atribuição de todos os profissionais das equipes, promover e estimular a participação

das comunidades no controle social. Um dos fundamentos da atenção básica é apresentado como “estimular a participação popular e o controle social”.

O Documento de 1997<sup>(10)</sup> afirma o controle social como um princípio constitucional, e nas atribuições dos ACS destaca o incentivo à formação dos conselhos locais. Indica que a participação da população deve se efetivar em instâncias formais e informais e que as equipes devem facilitá-la e estimulá-la para acompanhamento, definição e fiscalização das políticas do setor. Nesse documento<sup>(10)</sup>, encontra-se que “o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população”.

O estímulo à participação dos cidadãos na avaliação dos serviços de saúde está presente no Pacto 2006<sup>(8)</sup> que, igualmente, aponta a necessidade de fortalecimento da participação e do controle social das ações em saúde, mediante o apoio institucional aos conselhos, às conferências de saúde e aos movimentos sociais. De forma mais abrangente, essa política propõe um movimento envolvendo toda a sociedade para fortalecimento do processo de instituição da saúde como direito, somado à reiteração da participação, e do controle social.

No que diz respeito à interface entre ações educativas, autonomia e participação social, localizamos na PNAB<sup>(7)</sup> que as ações educativas devem, tanto interferir no processo saúde-doença da população, como ampliar o controle social das políticas, além de propiciar participação no planejamento, execução e avaliação das ações em saúde.

Apesar da coerência dessa proposição com o preceito da promoção da saúde, identificamos na PNAB<sup>(7)</sup> e no Documento de 1997<sup>(10)</sup> um enfoque de educação em saúde sintonizado, sobretudo, com o sentido de orientação da população para que esta possa se autocuidar e bem utilizar os serviços de saúde.

O Documento de 1997<sup>(10)</sup> define, como atribuição das equipes, o desenvolvimento de processos educativos voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos. Na PNAB<sup>(7)</sup>, a ação educativa dos ACS é meio para a orientação de famílias sobre o uso dos serviços disponíveis e para incorporação de práticas que contribuam para a prevenção de doenças. Na PNPS<sup>(9)</sup>, entre as estratégias de promoção de saúde, afirma-se a inserção de ações educativas voltadas ao cuidado com o corpo e a saúde, para uma alimentação saudável e prevenção e controle do tabagismo, em todos os níveis de atenção. O Pacto 2006<sup>(8)</sup> destaca a necessidade de investir na mudança de comportamento da população, para que internalize a prática regular de atividade física, alimentação adequada, e combate ao tabagismo.

Na política de Saúde da Família<sup>(7,10)</sup> as ações educativas são destacadas especialmente como responsabilidade dos ACS, em detrimento da participação integrada de toda a equipe local nesta importante prática de promoção da saúde.

## DISCUSSÃO

As proposições encontradas sobre a promoção da saúde constituem, em alguma medida, importante inovação da política e do modelo de atenção básica, embora este nível não possa dar conta de todas as questões importantes para efetivação da

promoção da saúde, assim como não abarca todas as ações da responsabilidade deste âmbito assistencial.

Um aspecto crítico refere-se ao fato de que o preceito da promoção da saúde não se configura, na política de Saúde da Família, em um eixo central direcionador das ações, sendo afirmada como parte da atenção integral, traduzida como medidas de promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde.

Coerentemente, identificamos certo destaque às ações de natureza clínico-epidemiológica voltadas ao controle dos riscos e das doenças, o que revela certa limitação, frente a um conceito positivo de saúde. Isso, a despeito da importante proposição nela presente, de que a atenção básica oportuna deve se configurar com base na análise das situações sociais e sanitárias locais.

Sem negar a importância das ações de prevenção-cura para a produção da saúde, é limitada a idéia de risco que as permeia e suas categorias nucleares - fatores, comportamentos e grupos de risco, pois referem-se à construção de associações significantes entre dadas características, grupos e agravos, num raciocínio de causalidade que se encontra atrelado à idéia de prevenção e redução individual de riscos<sup>(13)</sup>, e não à idéia mais abrangente de promoção da saúde.

Em resumo, podemos dizer que, a princípio, as políticas analisadas assumem a proposição da promoção da saúde, ao valorizarem as ações intersetoriais e o trabalho, a partir de características sociais, demográficas, sanitárias, e familiares reconhecidas localmente. Contudo, pela ênfase dada às ações assistenciais de caráter individual e ao controle clínico-epidemiológico dos riscos, o conjunto da política reflete muito mais o modelo de atenção pautado no ciclo da doença-prevenção, predominante no cenário atual brasileiro da atenção à saúde.

Essa característica é incoerente com a compreensão de que a promoção da saúde coloca a saúde e não a doença na agenda de prioridades políticas em todos os níveis e setores<sup>(2)</sup>, inclusive o setor saúde.

Outro aspecto crítico encontrado, pertinente às práticas intersetoriais, diz respeito ao fato de que estas requerem da ESF muito mais do que a identificação de parceiros e a participação em práticas com outros setores, coordenadas pela gestão municipal, tal como evidenciado na versão de 2006 da política de Saúde da Família.

A promoção da saúde demanda ação coordenada dos envolvidos, sendo essencial, para tal, a participação ativa da gestão, mas os vários serviços e profissionais de saúde também têm responsabilidade na mediação dessa prática<sup>(2)</sup>.

Assim, a ESF pode e deve atuar estrategicamente nessa tarefa, desempenhando uma função articuladora dessa prática, na medida em que conhece (ou deve conhecer) a realidade local de vida, os potenciais, e o perfil de saúde-doença das populações de seus territórios, mantendo com estas um vínculo estreito.

As ações intersetoriais devem ser assumidas como um processo de construção coletiva e integrada de saberes, linguagens e práticas entre diferentes instituições e sujeitos, objetivando localizar, interpretar e superar situações sociais, sanitárias e familiares desfavoráveis à saúde. Em tal processo, a ESF deve ocupar um posto central mobilizador e integrador de projetos, equipes, e ações.

Para ocupar este posto, a ESF depende da produção de trabalho em equipe e da implementação de processos integrados e sistemáticos de planejamento e avaliação, baseados em



informações locais abrangentes. Esses três aspectos são essenciais à promoção da saúde.

Por sua complexidade, esta implementação demanda a participação integrada de toda a equipe, superando qualquer concentração em uma única categoria profissional (tal como sugere a política de Saúde da Família, ao atrelá-la ao saber-fazer dos ACS), requerendo, inclusive, investimento sistemático e apropriado no seu preparo. A promoção da saúde requer a integração e aplicação de vários conhecimentos e habilidades profissionais, nos quais é necessário investir através da educação permanente em saúde.

Outro aspecto a ser destacado entre as proposições analisadas refere-se a certa restrição das ações educativas propostas, por sua ênfase no autocuidado e prevenção.

O desenvolvimento pessoal, através do acesso à informação, da educação para o autocuidado e intensificação das habilidades vitais, é importante ao exercício de maior controle das pessoas sobre as diversas fases da sua existência e o enfrentamento das doenças<sup>(2)</sup>. A promoção de saúde deve ter como finalidade auxiliar pessoas e grupos a tornarem-se mais independentes, gerando autoconfiança e senso de governabilidade. Nesse sentido, as ações promocionais devem migrar para os vários espaços das comunidades, ocupando-se do desenvolvimento de habilidades pessoais. Nessa perspectiva, a educação e a promoção da saúde apresentam interfaces<sup>(14)</sup>.

Para além do reforço comunitário, a ESF também deve se comprometer com a realização de educação em saúde voltada à produção de participação como exercício de cidadania. É importante prover, de maneira planejada e sistemática, meios para que indivíduos, famílias e comunidades possam atuar em prol de mudanças voltadas à superação de desigualdades sociais e melhoria de suas condições de vida. Esses meios devem voltar-se à compreensão crítica da realidade social, ao reconhecimento de direitos e responsabilidades, e à participação na construção de políticas e ações para a geração de qualidade de vida e no controle social destas. São condições básicas a essa prática: elaborar questionamentos e descobrir que se pode reverter a situação com organização; assumir estratégias de confronto ao estabelecido; e se organizar para mudar condições históricas desfavoráveis<sup>(15)</sup>.

A promoção da saúde trabalha com a participação da população na definição de prioridades na tomada de decisão, na definição de estratégias e na implementação destas, visando à melhoria das condições de saúde. Para tal, é central o incremento do poder das pessoas e grupos, para intensificar o autocuidado, o apoio social, e a participação social nos assuntos de saúde. Isto requer acesso à informação e às oportunidades de aprendizado<sup>(2)</sup>.

A produção de participação da população nas decisões e no controle social dos serviços públicos em geral e, em especial, nos de saúde, deve se orientar pelo preceito da autonomia, no sentido de apropriação de poder, para que sujeitos e coletividades tenham condição de bem viver, optar e controlar suas vidas e saúde, pensando, sentindo, agindo com autodeterminação, em meio a processos que, em última instância, viabilizem adequadas condições de vida<sup>(16)</sup>.

Essa participação deve ser democrática, envolvendo tanto a população quanto os próprios trabalhadores, pois as políticas públicas e sua concretização são resultados, dentre outros aspectos, da correlação de forças entre diferentes interesses e da capacidade

dos atores envolvidos de interferirem nas decisões<sup>(5)</sup>.

A participação democrática requer a construção e instituição de possibilidades de alteração dos poderes instituídos e dos esquemas de dominação, produzindo novos contratos e nova hegemonia. Para produzi-la, são importantes: o acesso a informações; trocas relacionais horizontais; a educação para autonomia; a criação de espaços para a participação em discussões, produção de consensos e acordos para a tomada de decisões; dentre outros meios. As equipes de saúde precisam trazer para a prática cotidiana uma concepção de participação que não se reduza apenas ao controle social fiscalizatório<sup>(4)</sup>.

A participação deve ocorrer durante todo o processo assistencial nos serviços. O processo terapêutico deve ser compartilhado entre o usuário e o profissional de saúde, a partir de uma relação baseada no diálogo e na oferta de informações para que o usuário possa fazer escolhas.

É importante o exercício da construção conjunta de conhecimentos e despertar para articulações que promovem o crescimento dos atores, interagindo e respeitando os diferentes modos de ser e de viver o projeto de saúde de cada cidadão<sup>(17)</sup>.

Em síntese, nas proposições técnico-políticas analisadas encontramos certa coerência com os princípios do SUS, no que diz respeito à relação entre promoção da saúde, educação e participação. Contudo, estes aspectos não têm destaque nos documentos analisados e se fazem acompanhar de estratégias limitadas. Identificamos, de forma positiva, que a responsabilidade do trabalhador no estímulo à participação da população deve se configurar com base no entendimento de que a saúde é um processo a ser construído e que as responsabilidades, nesse sentido, devem ser compartilhadas entre diferentes atores sociais. Mas não há ênfase nas ações estratégicas, incluindo ações de educação direcionadas ao preparo das equipes, tendo em vista a complexidade da tarefa de promoção da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na política analisada, o modelo assistencial proposto para a ESF vincula-se a ações de promoção, prevenção e cura, mas sob o comando do controle de doenças e de fatores e grupos de riscos, enfatizando-se a cura-prevenção. Assim, o preceito de promoção da saúde, presente nessa política, não é acompanhado do destaque a práticas produtoras do acesso a medidas e bens que contribuem para a qualidade de vida e à participação da população na defesa da saúde, de forma contraditória com o SUS constitucional, fundado em um conceito positivo de saúde.

Isso ocorre em uma conjuntura em que se encontra presente o confronto entre implementar um sistema de saúde universal e equânime, que reconhece a saúde como direito e se volta à qualidade de vida e democratização da saúde, e racionalizar a aplicação de recursos financeiros em saúde, com ênfase em ações direcionadas a determinados grupos e situações de risco.

Contudo, para que a Saúde da Família se efetive como estratégia prioritária de reorganização da atenção básica, esta deve ser orientada técnica e politicamente, para tomar como central a produção de qualidade de vida dos usuários territorializados, com a sua efetiva participação autônoma e democrática. A promoção da saúde precisa ganhar destaque nas políticas e ser

reafirmada no cotidiano do trabalho da gestão e das equipes de saúde, na ESF e em toda a rede SUS, envolvendo a população como co-partícipe na impulsão de novas possibilidades assistenciais e gerenciais voltadas à melhoria da qualidade de vida.

Trata-se de não perder de vista a importância de efetivar com coerência os princípios do SUS e o preceito da promoção da saúde na ESF, para que se efetive uma atenção voltada à produção da saúde e não apenas ao controle da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Hartz ZMA. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-31.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto promoção de saúde: Carta de Ottawa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouqueirol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6a. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-603.
4. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
5. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
6. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1999. p. 221-44.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006. *Aprova a Política de Promoção da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
11. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 67-80.
12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília(DF): Governo Federal; 1988.
13. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
14. Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT, Cestari ME, Lunardi VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica: [revisão]. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):649-53.
15. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.
16. Demo P. *Politicidade: razão humana*. Campinas (SP): Papirus; 2002.
17. Erdmann AL, Backes MTS, Backes DS, Koerich MS, Baggio MA, Carvalho JN, Meirelles BHS. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do “viver saudável” em um projeto de inclusão social. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(2):369-77.