

DESAFIOS DA POLÍTICA, DA GESTÃO E DA ASSISTÊNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS

MANAGEMENT, ASSISTANCE AND POLICY CHALLENGES FOR HEALTH PROMOTION IN THE DAILY PRACTICES

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS COTIDIANOS: RETOS DE LA POLÍTICA, DE LA GESTIÓN Y DE LA ASISTENCIA

Kênia Lara Silva¹
Roseni Rosângela de Sena²
Clarissa Terenzi Seixas³
Maria Elizabeth Oliveira Silva⁴
Laís Aparecida Melo Freire⁵

RESUMO

Neste estudo, são analisadas as políticas públicas de promoção da saúde e sua repercussão na gestão distrital e local, com foco nas ações de promoção da saúde no cotidiano das práticas na rede básica de saúde. Este estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado nos municípios de Belo Horizonte e Contagem-MG. Para a coleta dos dados, foram utilizadas a análise documental e entrevistas com gestores, profissionais da atenção básica e usuários e acompanhamento de práticas bem-sucedidas de promoção da saúde, reconhecidas e indicadas pelos profissionais nos serviços nos quais atuam. Os resultados revelam que, no cotidiano dos serviços, as iniciativas de promoção da saúde são incipientes e se sustentam em concepções que as aproximam da visão de negação da doença. É significativa a distância entre a definição das políticas e a intencionalidade dos gestores de saúde no que se refere à promoção da saúde e às práticas cotidianas de gestão, assistência, participação e controle social dos serviços. A articulação intersetorial, condição para a promoção da saúde, é incipiente e representa um desafio. Conclui-se que a promoção da saúde constitui uma agenda com descontinuidades. Daí a necessidade de ações estratégicas intersetoriais para sua efetivação, por meio das articulações que se estabelecem na política, na gestão e nas práticas profissionais.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This study aims at analyzing health promotion policies and their impact on local and district management. It focuses on the daily actions in health promotion in primary healthcare centers. It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach carried out in the municipalities of Belo Horizonte and Contagem, Minas Gerais. Data collection tools included document review and interviews with managers, primary healthcare professionals and users, as well as the following up of health promotion practices recommended by the professionals. Results demonstrate that initiatives for health promotion are incipient and based on conceptions that associate it with the denial of illness. There is a significant gap between definition of policies and the health managers' intentions with regards to health promotion, management practices, care, social participation and services control. Although it is an essential condition for health promotion, intersectional articulation is still incipient and represents a challenge. To conclude, health promotion remains a discontinuous agenda. Strategic intersectional actions that articulate policies, management and professional practices are essential for its implementation.

Keywords: Health Promotion, Unified Health System, Health Management, Health policy.

RESUMEN

El presente estudio analiza las políticas públicas de salud y su impacto en la gestión local y distrital. Enfoca las acciones de promoción de la salud en las prácticas cotidianas del sistema básico de salud. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado en las ciudades de Belo Horizonte y Contagem, Estado de Minas Gerais. La recogida de datos incluyó análisis de documentos y entrevistas a gestores, profesionales de la atención básica y usuarios y el seguimiento de prácticas de promoción de la salud reconocidas y recomendadas por los profesionales. Los resultados revelan que, en los servicios cotidianos, las iniciativas de promoción de la salud son incipientes y se basan en conceptos que las acercan a la idea de negación de la enfermedad. La brecha entre la definición de las políticas y la intención de los gestores es grande en cuanto a la promoción de la salud y las prácticas cotidianas de gestión, asistencia, participación y control social de los servicios. La articulación intersectorial, condición para la promoción de la salud, es incipiente y representa un reto. Se concluye que la promoción de la salud es una agenda discontinua y que, para su implementación, se precisan acciones estratégicas intersectoriales que articulen política, gestión y prácticas profesionales.

Palabras clave: Promoción de la salud, Sistema Único de Salud, Gestión en Salud, Políticas Públicas de Salud.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Sociologia da Université Paris Descartes, França.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da PUC Minas

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço para correspondência – Rua Furtado Nunes, 131/101, Padre Eustáquio. Belo Horizonte/MG. CEP: 30730-090. E-mail: kenialara17@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Neste artigo, são apresentados resultados da pesquisa "Promoção da Saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo tecnoassistencial em saúde", desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A política, a gestão, a assistência e o controle social são componentes do quadrilátero necessário para a conformação do modelo tecnoassistencial.¹ Esses quatro campos foram, ao longo da história das políticas públicas de saúde no Brasil, terreno de avanços e retrocessos, dados os interesses diversos no processo de construção de um sistema de saúde público democrático e de qualidade.²

No Brasil, na segunda metade da década de 1970, existia um descontentamento com relação ao modelo médico-assistencial privatista com financiamento estatal do setor, privatização dos serviços de atenção médica, conformação de um complexo médico-industrial, de investimento de capitais internacionais e da chamada universalização excludente. É nesse contexto que forças sociais, impulsionadas por debates sobre a inadequação do modelo assistencial em vigor às necessidades de saúde da população brasileira, dão início ao movimento de democratização do setor saúde, o que possibilitou a configuração da Reforma Sanitária brasileira e contribuiu para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).^{3,4}

O movimento adotou o conceito ampliado de saúde, rompendo com a abordagem tradicional que a traduzia somente em oferta de serviços, buscando superar o conceito de saúde como ausência de doenças, para concebê-la como produção social inerente aos modos de nascer, viver, trabalhar e morrer nas sociedades.⁵ A saúde passou a ser vista como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações.⁶

A promulgação da Lei nº 8.080, de 1990, regulamentou e definiu o marco operacional do SUS, que teve como um de seus eixos organizativos a municipalização dos serviços de saúde e a articulação entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal.⁷ A Lei nº 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.⁸

A descentralização regulamentada pelas Leis Orgânicas da saúde foi um mecanismo político, administrativo e financeiro que rompeu com a tradição do planejamento centralizado no governo federal, transferindo poder, responsabilidades e recursos para os governos estaduais e municipais, permitindo aos municípios o planejamento em saúde, orientado pelas especificidades de suas realidades.⁹

No entanto, apesar do avanço que representou o processo de municipalização, de descentralização e do reconhecimento da autonomia de gestão dos municípios, a realidade da saúde no País ainda é marcada por decisões unilaterais e verticalizadas que, frequentemente, desconsideram a realidade dos municípios e estados. Assim, predominam as políticas nacionais, definidas na esfera federal, acarretando relativa uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional.²

No campo da organização dos serviços, busca-se superar aqueles com ações de caráter emergencial, dirigidas aos grupos vulneráveis da população e que se sustentam em políticas públicas de cunho compensatório e descontínuo, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos.⁶

Na reordenação do sistema de saúde, porém, permanece o desafio de implantar novas formas de atenção em que promoção da saúde e prevenção de agravos sejam atividades prioritárias. Prevaecem práticas que privilegiam o atendimento individual, com enfoque na doença e na relação queixa-conduta, com verticalidade na abordagem à saúde, massificação de condutas com uma visão reduzida do processo saúde doença e com foco na doença coletiva.^{2,10}

Nesse contexto, a promoção da saúde é entendida como uma possibilidade para a transformação do modelo tecnoassistencial em saúde, incorporando novos elementos nos domínios da política, da gestão, da assistência e do controle social.

No campo da formulação política e da gestão, a promoção da saúde pressupõe um movimento de construção de políticas públicas capazes de articular diferentes setores sob uma orientação que leve em conta a complexidade inerente a problemas com múltiplas determinações. Pressupõe integração e articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados em situações complexas, visando ao enfrentamento dos problemas de saúde e sua resolução. Considera-se, nesse campo conceitual, a articulação entre políticas públicas para subsidiar o enfrentamento das situações complexas da produção social da saúde.¹¹

Contudo, política e gestão enfrentam o desafio da articulação própria do federalismo brasileiro, dada a permanente tensão entre políticas governamentais nas áreas econômicas e sociais na definição do destino do financiamento, da gestão descentralizada na provisão de serviços públicos, constituindo um entrave à incorporação da promoção da saúde.¹² Consequentemente, setorialização e focalização passam a constituir características centrais na definição de políticas públicas.

* Projeto financiado pelo Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS), em parceria com a Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCIT) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, sob processo nº EDT 3239/06.

No campo da assistência e do controle social, entende-se a promoção da saúde como possibilidade de estruturar ações que permitam um conceito ampliado de saúde, entendendo-a como um recurso para a vida, construída pelas pessoas em seu dia a dia, no cuidado de cada pessoa consigo mesma e com os outros e, por isso, dependente de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais.¹³ O conceito remete à noção de que produzir saúde é permitir que sujeitos e coletividades exerçam sua autonomia e estejam aptos a assumir a responsabilidade sobre os limites e riscos impostos pela doença e pelos contextos social, econômico, político e cultural em que vivem.¹⁴

É fundamental reconhecer que as ações estratégicas de promoção da saúde devem efetivar-se a partir das articulações da política, da gestão, das práticas assistenciais e das relações com a população com enfoque interinstitucional e intersetorial. Desse modo, a intersetorialidade torna-se fundamental para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, ao permitir aos diferentes setores pensar a complexa questão da saúde e se corresponsabilizarem por sua garantia como direito fundamental do cidadão. Esse processo permite a ampliação das capacidades de análise e a transformação dos modos de intervir na saúde.

Na reorientação do sistema de saúde, questiona-se o que de fato foi possível avançar no processo de partilhamento de responsabilidades entre as entidades governamentais na condução da política de promoção da saúde. Como as políticas definidas na esfera municipal são efetivadas nas práticas locais de gestão e de atenção da rede básica de serviços de saúde? Que desafios se opõem à articulação dos diferentes âmbitos de governo no que se refere à gestão para a promoção da saúde?

Diante dessa problemática, o objetivo com o estudo foi analisar as políticas públicas de promoção da saúde no âmbito municipal e sua articulação nos âmbitos estadual e federal, as concepções de promoção presentes nos planos municipais de saúde e nas políticas estadual e municipal, bem como sua repercussão na gestão distrital e local. Também foi foco de análise a concretização das ações de promoção da saúde no cotidiano das práticas, na rede básica de saúde.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, orientado pela concepção teórico-metodológica da dialética. As questões éticas foram observadas em todas as etapas da pesquisa, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o Parecer nº 463/06, em 13 de fevereiro de 2007. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciar a coleta de dados.

O cenário do estudo foi constituído pelos municípios de Belo Horizonte e Contagem, em Minas Gerais. Os

dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado. Foram entrevistados um formulador de políticas de saúde no âmbito estadual e dois dirigentes do âmbito municipal nos cenários da pesquisa. Entrevistou-se, ainda, um informante-chave indicado pelo gestor municipal de um dos cenários que ocupa uma posição estratégica de assessoria para a intersetorialidade no município.

Aos formuladores de políticas do âmbito municipal foi solicitada a indicação de experiências de promoção da saúde no âmbito distrital. Os gerentes dos distritos indicados em cada município foram entrevistados e indicaram uma unidade local de saúde com práticas de promoção da saúde que, na opinião deles, fossem bem-sucedidas. Essas práticas foram tomadas como “casos traçadores” no estudo.

Casos traçadores configuram-se como uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos (por exemplo, marcadores biológicos, marcadores clínicos) como em estudos qualitativos em ciências sociais, políticas, educação e saúde.¹⁵ Tais casos podem ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente (como marcadores para analisar processos de cuidado, de mudança ou educacional).¹⁶

Nesta pesquisa, foram utilizados casos traçadores como exemplos de práticas de promoção da saúde indicadas pelos gestores e profissionais participantes do estudo. O caráter de caso traçador foi determinado por características como o fato de ser uma situação de sucesso – “boa prática” – que prescindia da atuação intersetorial para sua ocorrência e marcava a equipe em sua atuação. Permitiu, portanto, avaliar o processo de trabalho e gestão mediante a reconstituição de um caso, possibilitando a captação, a interpretação e o aprofundamento do objeto de investigação *in loco*. A análise do caso permitiu, também, examinar “em situação” as maneiras como se concretizam na prática processos de trabalho complexos, possibilitando, na cena concreta ou “em ato”, captar valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente seriam revelados em uma entrevista na qual os participantes falam sobre o “deve ser”.

Foram casos traçadores, no estudo, as práticas de Lian Gong, meditação, Reiki e grupos operativos de hipertensos realizadas nas unidades locais, cenários da pesquisa. A verificação *in loco* das práticas implicou a realização de entrevistas com sete profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dois usuários dos serviços de saúde e um informante-chave, parceiro em uma prática de promoção da saúde na unidade local de saúde.

Para a coleta dos dados de fonte secundária, foram utilizados os recursos metodológicos da análise documental segundo as orientações de Lüdke & André,¹⁷ tendo como fonte documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, que definem políticas públicas de promoção da saúde e os planos municipais de saúde dos municípios cenário, assim como outros documentos indicados pelos entrevistados.

As entrevistas transcritas e os dados dos casos traçadores foram analisados apoiando-se nas proposições para análise de conteúdo apresentadas por Minayo.¹⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise temática orientou a construção de duas categorias empíricas: Promoção da saúde no cotidiano dos serviços: concepções, práticas e desafios; e Promoção da saúde como política pública: a decisão política e a gestão intersetorial.

Promoção da saúde no cotidiano dos serviços: concepções, práticas e desafios

A análise dos dados permitiu compreender os desafios para a incorporação das concepções e práticas de promoção da saúde no cotidiano dos serviços, bem como reconhecer, no discurso dos entrevistados, que a promoção da saúde é expressa como um conceito amplo, envolvendo ações intersetoriais e interinstitucionais. Entretanto, no cotidiano dos serviços, as ações desenvolvidas e relatadas pelos entrevistados indicam uma concepção centrada no adoecimento e nos riscos de adoecer com uma abordagem coletiva da doença.

Em alguns discursos, a promoção da saúde é vista como um conjunto de ações em que se reconhece o estilo de vida dos usuários, enfatizando os aspectos do cotidiano no que se refere ao trabalho e descanso, e às relações na família e vizinhança. Expressam, assim, elementos que superam a visão de prevenção de agravos à saúde.

Pra definir promoção de saúde, você tem que pensar como você encara a saúde e a doença. Então claro que é dentro da definição do processo saúde-doença como você pensando a saúde, qualidade de vida e um processo multifatorial. Então promoção de saúde são práticas, são atividades que vão trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas e aí melhorar uma série de fatores pra que vá mais pro lado da saúde e não pro outro lado. (Gerente de unidade local, município 1)

Bom, promoção pra mim é a gente tá abordando com a comunidade todos os fatores que podem tá participando do processo de adoecer, de maneira que a gente possa tá interrompendo essa cadeia que leva à doença. [...] A gente então discute, porque se pessoa não tem lazer, se a pessoa tá sobrecarregada de trabalho, de tensão, se o ambiente que ela vive é um ambiente com [...] favorável ao estresse, à violência. Então o jeito dela reagir a isso é a defesa. Então a gente aborda todo esse mecanismo do adoecer e onde é que a gente pode tá atuando pra que isso não se concretize. (Profissional de equipe de saúde da família, município 1)

De modo geral, os discursos revelam uma imprecisão conceitual sobre a temática da promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de agravos. Os entrevistados citam aspectos ou eixos que se relacionam com a promoção da saúde sem, de fato, precisarem o conceito.

Entre os elementos informados pelos entrevistados, os que se relacionam com a promoção referem-se aos aspectos relativos à ênfase no social, traduzida pelas ações comunitárias, participação social e política, com ênfase na intersetorialidade. A qualidade de vida é também apontada nos discursos como base do conceito ampliado de saúde. Prevalece um discurso que sinaliza a dualidade entre o conceito positivo de saúde e a negação da doença. Mas, ao se referirem às práticas consideradas bem-sucedidas no campo da promoção da saúde, os entrevistados tendem a retomar a noção biomédica e clínico-epidemiológica, ao revelarem uma noção de promoção da saúde relacionada à intervenção sobre o adoecimento ou os riscos de adoecer.

A análise dos dados permite inferir que a dificuldade de conceituar a promoção da saúde e exemplificar sua concretização está associada, em parte, ao modelo de formação profissional. Reforça-se, assim, que a mudança nos modelos de atenção exige “novos” profissionais de saúde ainda não disponíveis no mercado de trabalho, pois as mudanças não foram objeto dos processos de formação nas universidades que se voltaram para o abastecimento do mercado do especialista.^{1,19}

Essa dificuldade pode ocorrer, também, pelo fato de que a Política Nacional de Promoção da Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, tem seu enfoque no âmbito do controle de doenças crônicas não transmissíveis, na política de “controle de doenças”, podendo essa ser uma das causas, para a baixa prioridade e uma visão reducionista que contribui para manter a promoção da saúde restrita à prevenção de risco ou doenças.²⁰

No cotidiano dos serviços, os entrevistados vinculam a implementação local de práticas de promoção da saúde a ações de caráter coletivo e indicam, em especial, atividades como ginástica, acupuntura, grupos de relaxamento, dentre outras. É importante destacar que, embora citem atividades grupais, as práticas referidas se distinguem em concepção e metodologia daquelas em que os grupos se organizavam em torno de patologias específicas e se caracterizavam por ações reiterativas e tradicionais, ou seja, práticas nas quais os usuários são submetidos a ações que pregam a reprodução de tarefas e possuem caráter instrumental e pouco inovador.^{21,22}

Para os gestores entrevistados, as práticas de promoção da saúde, embora em alguns casos destinadas a grupos com patologias específicas, não constituíam, *a priori*, uma alternativa que buscava racionalizar o trabalho dos profissionais por meio da diminuição de consultas médicas e de enfermagem, mas como uma nova forma de fazer o trabalho em saúde, que proporciona mudanças nos aspectos psicossociais e na qualidade de vida. O trabalho de campo, com observação e entrevistas a usuários e profissionais vinculados às experiências consideradas bem-sucedidas de promoção da saúde nas unidades locais dos dois municípios cenário confirmam essa afirmativa.

Em um dos municípios cenário, os gestores indicaram as práticas integrativas da Medicina Tradicional China

(MTC), tais como Liang Gong, Reiki, Tai Chi Chuan e outras práticas relacionadas à medicina complementar (MC), tais como acupuntura, meditação, homeopatia, relaxamento e grupos de Unibiótica como experiências bem-sucedidas de promoção da saúde.

Esse resultado permite confirmar o atendimento ao proposto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), promulgada pelo Ministério da Saúde em 2006, que apresenta como um dos seus objetivos incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares no SUS na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde.²³

No outro município cenário, as experiências indicadas se relacionavam com a prática intersetorial, envolvendo parcerias no desenvolvimento de cursos de culinária por grupos de mulheres, reuniões de Conselhos de Saúde, caminhadas ecológicas, experiências de geração de trabalho e renda como iniciativas de promoção da saúde.

A análise das práticas de MTC e MC revelaram sua adoção como uma opção “inovadora” nos serviços de saúde, especialmente para a abordagem dos agravos crônicos à saúde, como hipertensão e diabetes. Tanto na fala dos profissionais que executam essas ações como na dos usuários, os benefícios implicam a melhora da qualidade de vida. Dentre elas, são destacadas a diminuição do consumo de medicamentos e de consultas médicas, melhora do humor, da autoestima, compromisso com o autocuidado e aumento da disposição para executar as atividades diárias:

Em relação ao Reiki, é uma medida de promoção à saúde. Ela age, ela atua no organismo como um todo. Então ela promove um bem-estar, promove harmonia, de uma maneira geral no seu organismo. É uma medida simples, não requer muito aparato, não implica alta tecnologia. É uma coisa que é bem possível de ser realizado. (Usuário de serviço de saúde, município 1)

Unibiótica prega, assim, muita alimentação natural, comer menos carne, mais verduras e tomar bastante água, principalmente na parte da manhã. E a ginástica, lá, é ginástica de solo e aeróbica, uma ginástica com música animada. (Usuário de serviço de saúde, município 1)

A análise do enfoque intersetorial das práticas descritas, no município cenário 2, permitiu evidenciar a promoção da saúde como opção viável e necessária para criar demandas de parcerias dos serviços de saúde com os equipamentos sociais existentes no território. Essa constatação se torna ainda mais evidente nos serviços que atendem populações com grande risco social, nas quais as práticas de promoção da saúde se revelaram estratégicas para superar as situações de desigualdades e iniquidades a que estão expostas tais populações, ampliando as parcerias estabelecidas:

Até porque, por ser uma comunidade muito carente, você acaba construindo parcerias locais. A gente tem parcerias, além desta questão da casa de apoio que

tem essas parcerias do ponto de vista de culinária. A gente tem também parcerias com a educação, que vai discutir principalmente a questão da exposição a DST/aids. (Gestor municipal, município 2)

Eu acho que a gente tem feito por onde, a gente tem pelo menos tentado, quando você trabalha com a questão de mediação de conflitos que é o Fica Vivo, que é do Estado [governo estadual] e que está aqui com parceria conosco e que você tem reunião com as mulheres do distrito e que elas têm uma abertura pra tá falando do dia a dia delas das agressões físicas ou não. Então eu acho que isso também é uma promoção pra saúde no emocional e no mental. (Gerente distrital, município 2)

Tem as atividades como ioga, ginástica, tem também uma série de atividades, de ações, artesanato, bordado, pintura. E tem também a Paróquia, onde tem a pastoral. Inclusive a gente, este ano mesmo que eu já agendei pra eu conhecer melhor o que eles oferecem, pra gente trabalhar junto, procurar ter uma parceria com o pessoal da Pastoral. E tem também uma associação, sindicato, uma associação sindical que algumas vezes oferece algumas atividades pra essas pessoas. (Gerente de unidade local, município 1)

Pode-se inferir que as práticas analisadas nos dois casos contribuem para a promoção da saúde. No caso das práticas de MTC e MC, evidencia-se o potencial desmedicalizante das ações nos serviços de saúde que reposicionam o sujeito/usuário como centro das ações.²⁴ Embora as experiências analisadas tenham como público-alvo, majoritariamente, pessoas portadoras de agravos crônicos, a ênfase nos grupos não se restringe ao adoecimento. Entretanto, não foram ainda capazes de criar um novo significado para o processo saúde-doença que rompa com a heteronomia e a medicalização.²⁴ Assim, o potencial para a promoção da saúde se limita à ampliação do enfoque para uma abordagem multifatorial, mas ainda tradicional, do processo saúde-doença, restrita ao campo da saúde e na perspectiva do indivíduo, sem incorporar as condições sociopolíticas dos sujeitos e das comunidades na reorientação de hábitos e comportamentos²⁵ e, portanto, que atendam ao proposto na PNPIC de promover o desenvolvimento sustentável de comunidades.²³

As práticas de grupos comunitários, analisadas no município cenário 2, apontam para uma nova concepção de saúde ao aproximá-la de seus determinantes. Ao incorporar trabalho, renda, participação social, educação e meio ambiente como fatores determinantes para a saúde, sinalizam a construção do paradigma da produção social da saúde. Entretanto, é preciso destacar que as práticas citadas referem-se a uma pequena parcela da população – aquela mais vulnerável nos territórios de atuação – na busca pelos serviços de saúde, o que também pode significar heteronomia e dependência das políticas sociais.¹¹

A amplitude e a complexidade das questões apresentadas nos dois casos analisados prescindem de uma gestão que consiga trabalhar de forma adequada os desafios para a implementação das práticas de promoção da

saúde no cotidiano dos serviços. Um dos entrevistados analisa esses desafios no âmbito da mudança do modelo assistencial centrado no médico para um modelo de vigilância à saúde. Refere-se, também, à necessidade de resgatar o conceito de cidadania:

Há vários desafios. Primeiro, a mudança do modelo assistencial, você sair do modelo médico centrado, de uma atenção demanda espontânea para um modelo de vigilância à saúde. [...] O segundo desafio é como os cidadãos entendem a saúde. Aqui a gente tem uma história de uma cidadania que foi construída meio às avessas. [...] As pessoas esperam do setor de saúde uma resposta à sua demanda individual numa prática de muito clientelismo, a cultura da dádiva impera. E a questão de promoção da saúde ela traz um outro conceito, que é o conceito da autonomia do usuário, do autocuidado[...]. E o terceiro desafio é a articulação de ações intersetoriais. (Gestor municipal, município 2)

Fica evidente a importância atribuída à participação dos usuários nas ações realizadas para reforçar a autonomia, a autoestima e o conhecimento dos usuários sobre o próprio corpo. Os entrevistados percebem como imprescindíveis, na construção da promoção da saúde, a necessidade de ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado à saúde:

Promover saúde é partilhar com todos os atores da sociedade, os parceiros públicos, os parceiros privados e, especialmente, a população, uma nova forma de ver a vida e ver a saúde. Então eu acho que é partilhar, promover a saúde é um partilhamento. Mas promover saúde também é uma consciência também de riscos... Às vezes as pessoas promotoras da saúde não gostam de falar de riscos, mas riscos existem... Riscos também são determinados. Então, a não culpabilização e a construção coletiva são fundamentais. (Coordenador de assessoria estratégica de intersectorialidade, município 1)

Com essa colocação, reforça-se que a saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, tampouco pelo setor saúde. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e outros.²⁶

Promoção da saúde como política pública: a decisão política e a gestão intersetorial

Os Planos de Saúde dos municípios cenário, instrumentos que definem as políticas de saúde adotadas nos municípios, indicam as ações de promoção da saúde como prioridade e reconhecem a atenção primária como locus privilegiado dessas ações de saúde.

Essa definição vai ao encontro da Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual se estabelecem o trabalho em conjunto com a sociedade civil organizada e a produção das ações de saúde de acordo com as

necessidades evidenciadas e vivenciadas pela população. Na Política Nacional de Promoção da Saúde ressaltam-se a promoção da qualidade de vida e a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, relacionados a seus determinantes e condicionantes.²⁷

A análise das entrevistas confirma esse achado, ao revelar que os programas das Secretarias de Saúde dos municípios cenário, em sua maioria, são reproduções de programas nacionais e tendem a ser programas localizados e focais:

A promoção da saúde quanto a uma atitude, quanto a uma posição de fundo, de modo geral no SUS, ela ainda não está impregnada nem na gestão, nem nas equipes nem nas pessoas. A Secretaria da Saúde, a atual gestão, vem trabalhando com ações de promoção da saúde. Colocar na pauta, a questão da promoção, especificamente em relação à secretaria, fora o que é tradicional no SUS, que na avaliação da atual gestão que tem muito pouco impacto, mas que continua sendo feito no SUS, nos acordos de relação da secretaria com o Ministério, que são aquelas campanhas. Então se tem aí o Agita Minas foi por esses dias... (Gestor estadual)

Com o governo federal – eles de alguma maneira induziram – foi aprovada uma Política Nacional de Promoção da Saúde baseada em acordos internacionais, com foco nas doenças crônicas não transmissíveis. Mas uma coisa da maior relevância para o quadro epidemiológico brasileiro: eles também estão financiando pontualmente algumas academias na cidade. [...] Tem uma discussão: qual o papel direto que a saúde deveria ter nisso? O nosso papel é mais estímulo e indução, e não de ação direta. Mas essa não é uma coisa resolvida, tanto que o Ministério está financiando academia. Mas, de qualquer maneira, a ideia é um pouco efeito demonstrativo pra estimular políticas nessa área. (Gestor municipal, município 1)

Bom... políticas de promoção à saúde, existe um eixo nacional do Ministério da Saúde que define as políticas. (Gestor municipal, município 2)

A análise permite afirmar, ainda, que as ações de promoção da saúde desenvolvidas no eixo da gestão ficam restritas ao nível central definido na Política Nacional de Promoção da Saúde e reproduzem estratégias numa relação vertical e centralizada. Sem negar a necessidade de um Estado indutor, articulador e agregador de condições estruturantes para a promoção da saúde no território, esse achado permite reafirmar o predomínio das políticas definidas na esfera federal, o que acarreta a uniformização da organização da atenção à saúde no País, desconsiderando as particularidades de cada Estado e de cada município.

Por outro lado, é preciso reconhecer que as definições da Política Nacional de Promoção da Saúde se apresentam como estratégia potente que coloca a promoção da saúde na agenda do financiamento das políticas públicas. Ao mesmo tempo, sinalizam o movimento da promoção da saúde, subsidiando as decisões políticas e gerenciais em saúde. Um dos municípios cenário tem investido em ações estratégicas para a promoção

da saúde, com financiamento externo e a elaboração de um programa de assessoria estratégica para a intersectorialidade, com a implementação de espaços para a prática de atividade física orientada e planejada. O programa é uma parceria das Secretarias Municipais de Saúde, Abastecimento, Esportes e Educação e oferece aulas gratuitas para homens e mulheres encaminhados pelos Centros de Saúde.²⁸

Os dados permitem reconhecer os avanços na organização da atenção básica com a ESF nos dois municípios cenário. Tais avanços são possibilidades de implementação das ações de promoção da saúde, quando comparados às práticas em unidades sem implementação da ESF. A análise dos documentos e das entrevistas com os gestores mostram que a opção pela ESF representa uma definição política que aciona elementos para a mudança do paradigma assistencial, porém se faz necessária a compreensão de que essas ações devem ultrapassar os limites da atenção básica e ocorrer em toda a rede de cuidados em saúde.

Em um dos cenários, a decisão política de inversão do modelo assistencial com a implementação em larga escala da ESF foi citada nas entrevistas como um fator que desencadeia a análise crítico-reflexiva sobre as ações de promoção da saúde no cotidiano dos serviços. Contudo, identifica-se, nos discursos dos profissionais do nível local, a expressão de uma prática que reitera o modelo tradicional centrado nos próprios profissionais e ainda com pouca capacidade de superar o modelo biomédico, curativista e preventivista.

As entrevistas com os gestores revelaram que, no âmbito da gestão distrital, há a manifestação da noção de território e do conceito ampliado de saúde como elementos constitutivos das estratégias de promoção da saúde e da qualidade de vida, construção que se efetiva na percepção dos entrevistados com a parceria de diversos setores, especialmente de Assistência Social, Habitação, Geração e Distribuição de Renda. A parceria é entendida, pelos entrevistados, como um potencializador das ações da saúde para fazer frente aos problemas socioeconômicos e culturais que afetam a produção da saúde pelos diferentes sujeitos.

A análise evidencia a dificuldade na realização das ações de promoção da saúde pela insuficiência de financiamento, reforçando que a promoção da saúde constitui uma agenda com descontinuidades. No setor saúde, os entrevistados apontam um direcionamento prioritário do financiamento para as ações de alta complexidade, para ações curativas e para os problemas de organização da rede de serviços. Desse modo, apesar de se reconhecer a importância das ações de promoção da saúde, não há direcionamento de discussões, planejamento e investimento para essas ações. Esse é um desafio importante para a consolidação das políticas de promoção da saúde.

Um dos entrevistados aponta como maior desafio para a promoção da saúde a concepção que perpassa as decisões dos gestores locais, que, muitas vezes,

não traduz a definição política do município. Essa afirmação mostra o distanciamento entre a decisão política e as práticas no nível local, o que contribui para a fragmentação do sistema de saúde e se reproduz no processo de trabalho dos profissionais.

Os gestores entrevistados indicam uma dificuldade em gerenciar os recursos escassos e diferenças na distribuição dos recursos financeiros entre as diversas secretarias que deveriam atuar intersectorialmente para a promoção da saúde:

O problema é que investimento ainda é um problemão pra ele [o programa de promoção da saúde], sabe? Por causa disso que eu te falei: as políticas públicas, o financiamento, pra esporte, pra cultura, pra assistência social ainda é muito problemático. (Coordenador de assessoria estratégica de intersectorialidade, município 1)

Eu acho que mudar hábitos de vida não é uma questão individual, é uma questão social mesmo. Muda quem pode, não é só quem quer. Claro que tem gente que tá na mesma posição e não muda; e querer, por exemplo, ter acesso a alimento saudável barato, porque alimento saudável é mais caro do que o alimento não saudável. A prefeitura tem ações tipo ABC que são fundamentais pra dar acesso a verduras, frutas e legumes. Esta ação, sistemática por si, junto à indústria de alimentos, contra a indústria do tabaco, o município se ele tivesse articulação de políticas maiores também favorecia. Temos chão pra correr. Muito, muito chão... (Gestor municipal, município 1)

Os gestores relatam que entendem que o direcionamento do financiamento do setor para a promoção da saúde deveria ocorrer no sentido de induzir ações, e não no de ser a única fonte para as ações na área. Reforça-se, assim, a prática da intersectorialidade que se constrói nas ações locais, mas também no campo das decisões macropolíticas, incluindo o financiamento.

Outro ganho também é a percepção de que, isolada, nenhuma política pública vai dar conta sozinha das questões da população. A saúde não dá conta sozinha de promover a saúde, a educação não dá conta sozinha, a assistência também não dá. E essa intersectorialidade possibilita a gente entender que, isolada, nenhuma política vai dar conta dos problemas da comunidade. Tem que ser integrada. (Gerente distrital, município 1)

Foi possível perceber que os gestores entrevistados reconhecem a importância das parcerias e das articulações intersectoriais para a construção da promoção da saúde de modo a aumentar a capacidade dos serviços de saúde em atender à diversidade de situações em toda a sua complexidade, no cotidiano dos serviços. Reconhecem que a intersectorialidade representa um desafio para a construção de políticas públicas e para a gestão integrada do sistema de serviços sociais: saúde, educação, assistência social, entre os demais:

Hoje existe um projeto desenhado, eu acredito que ainda não tá na rede mesmo, com uma força de uma

proposta institucional, mas ele já é suficiente para levar a articulações intersetoriais, especialmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis. Tem articulação com a Secretaria de Educação, tem articulação com a Secretaria de Esporte, pra se ir criando um modo de funcionamento na rede pra, do ponto de vista macro, e pra dentro, do ponto de vista na ação direta dos trabalhadores de saúde, e também das equipes, unidades de saúde, ir se desenhando instrumentos pra que esta política se insira como uma prática rotineira na rede. (Gestor municipal, município 1)

A compreensão da intersetorialidade é compartilhada entre todos os participantes da pesquisa que ocupam cargos de gestão, embora exista, entre os gestores distritais e locais e entre os profissionais da ESF, o entendimento de que as ações intersetoriais são efetivamente percebidas apenas na parceria saúde-educação, o que se soma à dificuldade de mobilização de agentes capazes de contribuir para a consolidação de políticas públicas sociais e em saúde.

Um dos gestores municipais reconhece que a articulação intersetorial vem ocorrendo no âmbito federal com a parceria entre diversos Ministérios, influenciada por um movimento internacional. Reconhece, ainda, que os mecanismos de diálogo e cooperação entre as instâncias estaduais e municipais são incipientes, apesar de estarem expressos, nos Planos de Saúde dos municípios cenário, como prioridade.

Assim, a análise permite constatar o distanciamento entre a formulação e a execução das políticas de promoção da saúde. Fica expressa, na análise dos dados, a insuficiência de mecanismos e indicadores de avaliação das práticas de promoção da saúde apontadas como inovadoras e bem-sucedidas, o que constitui um desafio para gestores e profissionais de saúde que procuram avaliar os resultados dessas práticas.²⁹ Apenas um profissional da ESF cita a avaliação dos usuários, mesmo sem sistematização, como estratégia que tem garantido a continuidade das ações de promoção da saúde no serviço.

Os gestores apontam a materialização e a capilarização das práticas bem-sucedidas já implementadas nos serviços como um desafio para a promoção da saúde. Revelam a necessidade de incorporação de novas concepções de saúde e de promoção da saúde, na gestão, nas práticas das equipes e nas dos usuários em relação aos serviços de saúde:

As equipes Saúde da Família e as Unidades de Saúde estão realizando inúmeras ações de promoção da saúde muito interessantes, muito diversificadas. Falta uma entrada institucional mais sistemática pra dar, inclusive, suporte ao trabalho destas equipes. (Gestor municipal, município 1)

Assim, pode-se indicar a distância entre a definição das políticas e a intencionalidade dos gestores de saúde dos dois municípios cenário, no que se refere à promoção da saúde e às práticas cotidianas de gestão, assistência,

participação e controle social dos serviços. Revelou-se o predomínio de ações sustentadas na concepção do modelo médico-centrado:

Olha, a gente percebe assim um enfoque mais da gestão mesmo. A gestão defende isso, acredita nisso, mas a assistência, a gente ainda tem uma dicotomia. A gestão quer, mas a assistência, o pessoal da assistência, não é todo mundo que acredita. Que seria até pra desafogar mesmo a assistência... a promoção da saúde vem pra desafogar esse 'boom' que a gente tem de consultas, consultas..., acolhimento, oitenta pessoas no acolhimento, noventa pessoas no acolhimento por dia numa unidade. A gente vê que a assistência ainda tem uma coisa, uma resistência de entender que a promoção da saúde desafogaria tudo isso. (Gerente distrital, município 1)

Os entrevistados reforçam a afirmação da incipiência da incorporação do referencial teórico e metodológico da promoção da saúde nas três esferas de governo, sendo mais evidente entre os profissionais da ESF, que, embora reconheçam a importância de tais ações, desconhecem a existência de uma política que as legitime. Assim, apesar de as ações de promoção da saúde terem sua importância reconhecida nas políticas públicas nas três esferas de gestão do sistema, ainda se apresentam mais no plano das intenções do que nas práticas de gestão e no cotidiano dos serviços.

Considera-se que a capacitação dos gestores e dos profissionais pode contribuir para a implementação de ações de promoção da saúde. Dentre as possibilidades, destaca-se a necessidade de discutir os mecanismos de gestão que garantam relações democráticas e flexíveis e que criem a possibilidade da intersetorialidade, da participação dos profissionais e dos usuários na gestão compartilhada e colegiada.

Pode-se afirmar que as ações estratégicas de promoção da saúde devem ocorrer por meio das articulações que se estabelecem na gerência, nas práticas assistenciais e na relação com a população. Essa análise reforça a importância do papel do gestor como agente de articulação que concretiza a política nas práticas de gestão, de assistência e de controle social. Ao mesmo tempo, evidencia iniciativas “interessantes” desenvolvidas no território, que podem ser tomadas como “boas práticas”, mas que não ganham visibilidade na gestão municipal nem na formulação das políticas. É preciso dar visibilidade e sustentabilidade às ações que se capilarizam em nível local.

Os dados indicam que, pela complexidade das ações de promoção da saúde e pela necessidade de implicação dos usuários, tais ações não podem ficar restritas ao campo da decisão política da gestão. Devem ser objeto de uma articulação em toda a Rede, com outros setores e com a população. A construção da promoção da saúde, logo, não pode ocorrer sem a devida articulação entre as faces do quadrilátero: política, gestão, assistência e controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram reconhecer que, no âmbito da gestão, a promoção da saúde se sustenta numa visão ampliada do conceito de saúde que incorpora as dimensões sociais em sua determinação. Entretanto, essa concepção não foi capaz, ainda, de influenciar a implementação de práticas que alterem o significado do processo saúde/doença para os sujeitos envolvidos e rompam com a medicalização social.

Assim, mesmo nas práticas analisadas como potencializadoras da promoção da saúde, prevalece o enfoque multifatorial sobre o adoecimento e os riscos de adoecer e poucos elementos que sinalizam para uma mudança de concepção que incorpore as condições sociopolíticas dos indivíduos e, sobretudo, das comunidades na reorientação de hábitos e comportamentos em saúde.

Os Planos Municipais de Saúde, instrumentos que definem as políticas de saúde adotadas no município, indicam ações de promoção da saúde e sua articulação nas três esferas de governo como prioridade. Essa definição, porém, não tem sido suficiente para garantir a implementação de práticas em saúde no sentido da articulação intersetorial e da construção de ações estratégicas de promoção da saúde. No cotidiano dos serviços, as ações de promoção da saúde são ainda incipientes e partem de iniciativas pontuais, de cada serviço ou profissional, não estando sistematizadas ou documentadas. Ocorrem sem apoio político-institucional nem financiamento específico,

ficando, assim, atreladas ao perfil do gerente ou dos profissionais do serviço, comprometendo a continuidade e a potencialidade das ações.

Pode-se afirmar que, para a efetivação da promoção da saúde no cotidiano dos serviços, são necessárias a reorganização do processo de trabalho, a capacitação e a formação dos profissionais nos aspectos políticos, conceituais e metodológicos da promoção da saúde.

Entende-se que as práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que represente, em si, o exercício da cidadania, da capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

Conclui-se que tem sido incipiente a articulação entre política, gestão, assistência e controle social na consolidação das ações de promoção da saúde. Para ampliar a potencialidade do SUS, no campo da promoção da saúde, é necessário repensar os mecanismos que assegurem a continuidade das conquistas sociais, com propostas concretas na estruturação dos serviços.

Os achados da pesquisa indicam que esses são temas de relevância para os formuladores de políticas, para os gestores do SUS, em todas as esferas e para todos os atores implicados na construção democrática da saúde no País. Indicam, igualmente, que esses temas contribuem para uma agenda da promoção da saúde e da qualidade de vida como política pública na gestão integrada do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
2. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(18):489-506.
3. Fleury S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Berlinguer G, Fleury S, Campos GWS. *Reforma Sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1988. p.195-207.
4. Teixeira SF, organizador. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.
5. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
6. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):743-52.
7. Brasil. Congresso Nacional. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. [Citado em 2010 fev. 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Citado em 2010 fev. 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>.
9. Silva AM. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil: décadas de 60 a 90*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 1999. 21p. (mimeo)
10. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):294-9.
11. Silva KL, Sena RR. *Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Ribeiro PT. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):819-28.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 55-78.

15. Kessner DM, Kalk C, Singer J. Assessing health quality- a case for tracer. *N Engl J Med.* 1973; 288:189-94.
16. Hornby P, Symon G. Tracer studies. In: Symon G, Cassell C, editores. *Qualitative methods in organizational research: a practical guide.* London: Sage Publications; 1994. p. 167-86.
17. Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.* São Paulo: EDU; 1986.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
19. Souza FGM, Terra MG, Erdmann AL. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. *OBJN.* 2005; 4(3):1-6.
20. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008) *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(6):2305-16.
21. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS.* 2009; 12(3):293-301.
22. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *REME Rev Min Enferm.* 2011, 15(2):196-201.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008, 42(5):914-20.
25. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública.* 2009, 25(8):1732-42.
26. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Cienc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):627-41.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
28. Turci MA, organizador. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte.* Belo Horizonte: HMP Comunicação; 2008.
29. Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Cienc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):605-15.