



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Roberto Carvalho Filho

Promoção da saúde: conceitos, contextualização e
projeto de intervenção em Mandirituba-PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Roberto Carvalho Filho

Promoção da saúde: conceitos, contextualização e projeto de
intervenção em Mandirituba-PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Roberto Carvalho Filho

Promoção da saúde: conceitos, contextualização e projeto de intervenção em Mandirituba-PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Carolina Carvalho Bolsoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: O presente trabalho inicia-se com uma revisão bibliográfica sobre promoção de saúde e seu estado de arte, permitindo reflexão sobre a evolução do conceito em um relato histórico pelo resumo da literatura. Dedicar-se ainda, por meio do projeto de intervenção, apresentar uma proposta simples, factível, de baixo custo, mas com resultados satisfatórios esperados, para inclusão da prática específica para a promoção de saúde em uma unidade básica, ela sendo o ambiente fundamental para a prática sistematizada de ações neste segmento da saúde coletiva. Objetivo: O presente artigo tem como objetivo fazer uma reflexão sobre a evolução do conceito de promoção de saúde, e um breve relato histórico, através de pesquisa bibliográfica e, a partir deste embasamento, propor o seguinte projeto de intervenção: o Programa de Promoção de Saúde, uma medida relativamente simples, de alta complexidade e de baixa densidade, para ação prática de incentivo à promoção de saúde na UBS. Metodologia: Deve-se informar aos usuários de que não se objetiva abordar especificamente a questão do tecnicismo científico neste espaço, mas aspectos de vida e o dia-a-dia dos indivíduos, de maneira que eles possam se manifestar de forma mais livremente possível. A postura do médico nestes atendimentos é de: além de moderador das discussões, de ouvinte atento e ativo, bem como de proponente de temas que possam ser determinantes de saúde, como os citados, além daqueles trazidos pelos pacientes. Mas seu papel fundamental é observar junto com as pessoas como as condições e as vivências individuais podem impactar na saúde dos indivíduos. De forma conjunta, a partir de então, tanto o profissional quanto os usuários da unidade podem formular questões importantes e obterem conclusões valiosas sobre como suas condições de vida estão envolvidas e determinam a saúde dos comunitários. Não é problema que, dentro deste contexto, o médico possa realizar educação em saúde ou orientar os pacientes sobre eventuais dúvidas sobre sua saúde, sem que isto se caracterize como consulta médica individual. Durante as atividades em grupo, é importante frisar que este espaço não objetiva realização de diagnóstico e prescrição médica, isto é fundamental para a sustentabilidade do proposto programa, bem como orientar os usuários de que não se tratam de palestras, mas o foco será sim nas problemáticas trazidas essencialmente pelos usuários moradores da região. Resultados esperados: Através da implementação do Programa, além do fortalecimento da relação entre os usuários e a UBS, espera-se como resultado principal habilitar a população em reconhecer, analisar e modificar sua condição de vida e conseqüentemente de saúde. A conclusão a que se chegou neste trabalho foi a de verificar a grande deficiência que se tem em termos de promoção de saúde na UBS.

Palavras-chave: Promoção de Saúde, Saúde Pública, Conferências Internacionais da Promoção de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	27
5	RESULTADOS ESPERADOS	31
	REFERÊNCIAS	33

1 Introdução

O Município de Mandirituba localiza-se a 43,4 quilômetros da capital do Paraná, Curitiba, e encontra-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) Olímpio José da Rocha, que atende uma população aproximada de 3323 habitantes, segundo contagem das próprias Agentes Comunitárias de Saúde da UBS em julho de 2016. No total, o Município tem 22.235 habitantes (14.806 munícipes na área rural e 7.414 na área urbana) segundo Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com população estimada para 2016 de 25.287 habitantes (IBGE, 2010).

É um local de pessoas culturalmente humildes e perfil tipicamente associado grupos de atividade laborativa rural. Muito receptivos e educados, assim, o ambiente difere da vida mais intensa do centro metropolitano. Os indivíduos têm pouco ou nenhum estudo, em grande parte, o que os limita. É um local onde a informação não chega facilmente. Somente há poucos dias temos internet na unidade de saúde. A população tem ainda pouco acesso a programas sociais, recorrem à UBS com demandas que não são propriamente as de saúde, mas sociais. A renda familiar vem do que é produzido ou existe a cultura familiar da terra para consumo próprio. Poucas moradias têm saneamento básico oriundo de benfeitorias municipais ou do estado, somente as que o tem são aquelas mais ao centro da comunidade, próximas à UBS. Muitas casas são pequenas, feitas de madeira e com fogão à lenha.

Existe o assistencialismo ainda, sendo que os moradores recorrem diretamente aos detentores do poder municipal, no centro da cidade, a 20 km, quando precisam de algum medicamento ou outras demandas não relacionadas à saúde. Não há boa sistematização, sendo que de um lado fica o munícipe querelante, e de outro o assistencialista do poder municipal que decide diretamente o que será ofertado ou não ao caso de cada morador em particular.

Todo este cenário tem melhorado ultimamente devido a evolução natural e as exigências por melhor gestão. Porém, tudo ainda a passos lentos.

A unidade básica de Espigão das Antas recentemente mudou-se para uma edificação de melhor espaço e com mais qualidade, passou a incluir neste último ano em seu rol de funções atendimentos de pré-natal e puericultura, que até então eram feitos no centro da cidade por especialistas médicos, e também vem incluindo seus pacientes em outros programas estratégicos em saúde: para hipertensos e diabéticos, saúde da mulher e planejamento familiar, programa de saúde mental, visitas domiciliares do médico à população com esta demanda, etc. Programas estes estratégicos em saúde e devidamente preconizados pelo Ministério e Secretarias de Saúde.

Os atendimentos são realizados de forma semelhantes ao que é feito em outras UBS da mesma região ou de outras regiões do Brasil: pela manhã, do tipo "livre demanda", e à tarde, atendimentos agendados em função programas estratégicos citados. Nos atendi-

mentos matinais, os cidadãos têm a porta aberta da unidade para seu acolhimento pelos profissionais. Objetivam, em sua maioria, o atendimento médico. Certos desta demanda, os profissionais de frente, transferem os acolhidos tão logo quanto possível para consulta com o clínico, após breve inquirição e aferição de sinais vitais. Visto que a demanda é crescente, uma vez dentro do consultório, o usuário tem minutos ou dezenas de minutos para expor suas queixas e anseios. E há uma clara visão de que o médico é detentor de todo o conhecimento para solucionar as mais variadas problemáticas, e traduzindo-se como autor de todo parecer e de todos os desígnios sobre a saúde do indivíduo, tornando o atendimento rotineiro como quase que estrito ambulatório médico.

A demanda dos pacientes são as mais variadas. Poucos são doentes críticos (há casos de insuficiência cardíaca, de hipertensos severos, de diabéticos insulino-dependentes de difícil controle, de idosos com demência e de pessoas com transtornos mentais graves que são acompanhados e tratados na UBS). Em sua maioria, são pessoas que procuram esclarecimento de dúvidas, que vão ao posto apanhar medicamentos ou até para poder expressar suas angústias a respeito do que lhes aflige. As queixas mais comuns são de dores diversas (muitas vezes relacionadas a quadros psicossomáticos) para as quais o tratamento sintomático é suficiente, bem como a escuta ativa. Também as queixas de resfriados comuns ou outras infecções da via aérea alta em crianças são muito frequentes. Muitos também são pacientes dependentes de medicamentos psiquiátricos com quadro mental estável de longa data ou hipertensos e diabéticos em acompanhamento espaçado devido à estabilidade de suas doenças.

Alguns outros dados sobre o perfil social da comunidade que podem ser citados (contagens da UBS ou pelos dados das ACS da Unidade Olímpio José da Rocha - última contagem, de novembro de 2016): pessoas com 15 anos ou mais: 1933; Mulheres de 10 a 59 anos: 697; Gestantes em acompanhamento na UBS: 22; menores de 2 anos em acompanhamento na UBS: 60; menores de 1 ano acompanhados pela UBS: 21; hipertensos do território: 402; diabéticos do território: 131; número de atendimentos individuais pelo médico (mês de novembro/2016): 302.

As doenças diagnosticadas mais comuns são a hipertensão arterial e a depressão e, em terceiro lugar, o diabetes. Recentemente, conforme mencionado no início, foram desenvolvidos programas específicos para tais atendimentos, que são os programas nomeados de “HIPERDIA” (para hipertensos e diabéticos) e o “P.S.M.” (Programa de Saúde Mental). O primeiro ocorre às terças-feiras e o segundo às quintas-feiras à tarde, com agendamento de pacientes em ambos os programas. Têm sido tipos de atendimentos bem acolhidos, tanto pela população, quanto pela equipe de profissionais da Unidade de Saúde. Ocorrem, hoje em dia, satisfatoriamente e com boa resolutividade.

Como descrito anteriormente, dentro deste tipo de atendimento que é realizado na UBS, clínico-ambulatorial quase totalmente exclusivo, outros fatores de vida que influenciam na saúde do indivíduo não são objeto de devida importância que assumem como

determinantes de saúde.

Culturalmente, o modelo Biomédico-Positivista (modelo teórico hegemônico considerado avançado durante muito tempo - até a década de 1970) ainda é o mais aceito, de tal sorte que a crença no biologicismo ainda é preponderante na sociedade, que vê ainda a tecnificação como único meio para o diagnóstico e a cura. O entendimento da determinação social da doença continua não difundido em nosso meio.

Pelos ideais do SUS e da Atenção Básica esperam-se: a escuta ativa do paciente, a humanização, a alta complexidade e a baixa densidade, a resolutividade, a longitudinalidade do seguimento e a integralidade, segundo seus próprios princípios norteadores ([PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988](#)). Há, porém, prejuízo destas preconizações (e ações diretamente relacionadas a elas) não só pelo modo operativo atual (ainda que necessário), mas também pela falta de ações de incentivo a práticas que transcendam a isto.

No modelo clássico existente hoje, apesar do pouco tempo em que o paciente permanece em consultas, ações e temas derivados da prática de promoção de saúde são sim passíveis de serem abordados e executados em consultório, e ocorrem, em menor escala. Isto se dá pelo fato de o foco majoritariamente desviar-se na direção da prática técnico-científica do tratamento, tão somente. Neste sentido, o que é conhecido hoje como promoção de saúde desenvolve-se como ação não subentendida em seu grau de importância, e não prioritária. Observa-se que o modo de atuação e trabalho descrito acima é em geral rotineiro nas unidades da atenção básica na maioria dos postos do SUS. Assim, até o presente, a UBS se traduz em ambiente pouco fértil, para seus usuários, para discussões a respeito de sua própria saúde em sentido amplo, na medida restrita em que estas discussões englobam apenas a parcela que cabe atendimento médico clínico, em grande parte das vezes.

O presente trabalho inicia-se com uma revisão bibliográfica sobre promoção de saúde e seu estado de arte, permitindo reflexão sobre a evolução do conceito em um relato histórico pelo resumo da literatura. O objetivo específico é evidenciar como o Brasil incorpora a promoção de saúde em suas políticas e práticas públicas, exemplarmente como ocorre na UBS em questão. Dedicar-se ainda, por meio do projeto de intervenção, apresentar uma proposta simples, factível, de baixo custo, mas com resultados satisfatórios esperados, para inclusão da prática específica para a promoção de saúde em uma unidade básica, ela sendo o ambiente fundamental para a prática sistematizada de ações neste segmento da saúde coletiva.

Os padrões e as rotinas dentro da unidade de saúde estabelecem qual a prática determinada e o caminho que o usuário do sistema de saúde tende a seguir para seu enquadramento dentro dos protocolos e encaminhamentos que o serviço público de saúde oferece. Tal sistematização é necessária porque definem-se exatamente as possibilidades e limites dos serviços. Nesta formulação o usuário apresenta-se como aquele que aguarda para sua intervenção, seus diagnósticos e tratamentos.

De tal forma que estas mesmas rotinas são imprescindíveis, assim como o atendimento

médico, ocorre que se tornam o foco de toda e qualquer discussão sobre a saúde dos indivíduos dentro da Unidade Básica.

Nota-se, portanto, que o espaço aberto para que os usuários discutam e deliberem sobre sua própria saúde se dá quase que estritamente dentro dos limites do consultório. Como o tempo em consultório é escasso devido à demanda, muito pouco se tem a oferecer ao usuário para que aborde sua questão de saúde em termo amplo. Em ambiente de consulta clínica as abordagens geralmente se atêm ao mais relevante, no caso, às entidades nosológicas e à prescrição médica.

Assim, verifica-se o grande potencial que se perde para que a unidade básica possa ser justamente o espaço em que o indivíduo tenha condições de abordar todos aspectos de sua saúde e para a capacitação da comunidade para atuar na modificação de suas condições locais e conseqüentemente de sua saúde. Situações como alimentação, lazer, educação, condições econômicas e sociais, condições de trabalho, de cultura física, sanitárias e inclusive questões do processo saúde-doença em si, entre outros, são obtidos em consulta como dados clínicos individuais, entretanto não são postos em discussão de maneira a que se avaliem possíveis problemas e se procurem soluções, mas certamente são áreas da vida dos indivíduos determinantes na saúde de uma sociedade.

Claramente, uma unidade de saúde não deve pretender ter resolutividade sobre questões sociais mais amplas e pouco tangíveis à área do serviço de saúde em si. Todavia, propor que se abra espaço para o usuário do sistema de saúde possa abordar tais assuntos relevantes para sua saúde está dentro do que uma unidade básica é capaz de realizar em termos do significado da promoção de saúde.

Portanto, "a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação no controle deste processo", conforme define a Carta de Ottawa ([ORGANIZATION, 1986](#)), está entre as ofertas possíveis do atendimento básico, pois a promoção de saúde é fundamentalmente objeto tratado na atenção primária.

O ato de incentivar ações amplas de discussão sobre saúde por parte dos usuários do serviço não necessariamente se opõe ao modelo pré-existente de rotinas, mas complementa-o de forma fundamental. Priorizar promoção de saúde na unidade básica não poderia se justificar se realizada em detrimento da prática clínica tradicional. Assim, pouca ou nenhuma dificuldade é adicionada para que não se justifiquem medidas de incentivo à promoção de saúde no atendimento primário.

A inexistência de ação específica para a promoção de saúde na localidade referida, bem como ter-se em vista a importância do tema é suficiente como justificativa para o estudo e para o projeto de intervenção.

De fato, o tema é importante porque as principais ações da UBS na área da promoção de saúde têm sido deixadas de lado muitas vezes, e é oportuno que seja discutido também, neste momento de avaliação sobre a realidade no atendimento básico de saúde, que

medidas podem ser adotadas para a recuperação desta função da atenção primária.

Sempre que há reuniões com os usuários do posto com os profissionais, estes têm grande interesse sobre o que é exposto, sendo que ir ao encontro deste anseio da população está dentre o que há de valioso que os profissionais podem ofertar à população atendida.

Além disto, é plausível e prática a realização deste projeto, devido à baixa necessidade de insumos, ao seu baixo custo e sua simples operacionalização. É motivador do trabalho realizado o retorno satisfatório que este projeto proporciona.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implementar medidas para a promoção de saúde na Unidade Básica de Saúde Olímpio José da Rocha, em Mandirituba-PR.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Entender o que é promoção de saúde, através da verificação do panorama atual da inserção das práticas de promoção de saúde na rede pública de nosso meio.
- 2) Avaliar o estado atual da promoção de saúde na região.
- 3) Realizar proposta para implementação efetiva da promoção de saúde na UBS através do que é chamado de Programa de Promoção de Saúde.

3 Revisão da Literatura

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez, em 1945, pelo médico Henry Sigerist (1891-1957) quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (FERRAZ, 1998)(BUSS, 2003). Sigerist afirmava que “a saúde se promove quando se facilita um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação” (FERRAZ, 1998, p. 51).

A partir da década de 70 iniciaram no mundo as discussões sobre promoção de saúde (MELLO et al., 1998), surge o conceito moderno de promoção de saúde e sua prática, principalmente em países desenvolvidos, como o Canadá, Estados Unidos e na Europa Ocidental (BUSS, 2003).

Como marco desse novo movimento temos a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1986, em Ottawa, Canadá (MELLO et al., 1998). Nesta conferência foi elaborada a Carta de Ottawa que define o conceito de promoção de saúde e os pré-requisitos para saúde. Segundo a Carta de Ottawa, “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (ORGANIZATION, 1986).

Além da Conferência de Ottawa (1986), outras duas conferências internacionais, em Adelaide (1986) e Sundsväl (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção de saúde (BUSS, 2003).

No Brasil as discussões sobre promoção de saúde se iniciaram a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Mais tarde o tema promoção de saúde adquire embasamento legal sendo citado, na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080 de 19/09/1990 (BRASIL, 1990) (MELLO et al., 1998).

O que é Promoção de Saúde

Segundo Czeresnia (2003), promoção da saúde, na concepção original de Leavell & Clark em 1976, consistia em um dos elementos primários de atenção em medicina preventiva. A motivação dos autores foi dupla: por um lado, resgatar o pensamento médico social do século XIX, relacionando saúde e condições de vida; por outro, abordar a questão dos custos crescentes com assistência médica. Em suma, tratava-se ampliar o tratamento de saúde para além de questões exclusivamente médicas.

Contudo, como nota Buss (2000), décadas passadas desde a publicação do artigo de Leavell & Clark, a promoção da saúde evoluiu para um conceito técnico e político. A promoção da saúde passa a ser associada a um conjunto de valores – como cidadania, democracia – bem como a uma combinação de estratégias entre agentes públicos e privados, individuais e coletivos. Em outras palavras, a promoção da saúde é uma abordagem que:

“partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p. 165).

Sigerist foi um dos primeiros a usar a frase promoção da saúde. Ele define quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação. A primeira delas, a promoção da saúde, consistiria no seguinte: “saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (BUSS, 2000).

Para Leavell & Clark, a promoção da saúde é tratada como um nível de prevenção de doenças. A prevenção consiste em desenvolver a saúde e proteger contra agentes patológicos. Nesse sentido, a educação em saúde, bom padrão de nutrição, atendimento de necessidades, aconselhamento e educação dos pais, educação sexual, moradia adequada, lazer e boas condições de trabalho, orientação sanitária periódica do indivíduo e da família são elementos fundamentais da promoção da saúde (BUSS, 2000).

Porém, conforme mencionado antes, o conceito de Leavell & Clark é limitado. Um dos seus problemas é que ele não se aplica a doenças crônicas; outro problema é que ele é demasiado centrado no indivíduo (ainda que extensível à família do mesmo). No entanto a partir da segunda revolução epidemiológica, centrada na prevenção a doenças crônicas, a promoção de saúde teve uma mudança de foco e se voltou à discussão de fatores ambientais e de condições e estilos de vida.

Assim, segundo Buss (2000), pode-se dividir o debate da promoção da saúde em dois grandes momentos ou grupos. O primeiro definia a promoção da saúde como mudança de estilo de vida do indivíduo e da família, centrados em componentes educativos. O segundo (mais moderno) entende a saúde como um complexo de fatores sociais, econômicos e ambientais, e recomenda, além de ações individuais e comunitárias, políticas públicas saudáveis.

O segundo grupo, portanto, aproxima-se mais da formulação da Carta de Ottawa, que define promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”(ORGANIZATION, 1986).

Mais sobre a Carta de Ottawa e as conferências internacionais será tratado adiante. Antes, no entanto, cabem mais algumas colocações de cunho teórico e filosófico sobre a promoção de saúde.

Conforme discutido anteriormente, uma das preocupações de Leavell & Clark com o conceito de promoção da saúde era o de tratar da questão do gasto ineficiente de recursos públicos com assistência médica. Isso pode deixar margem para uma interpretação da promoção da saúde no sentido de uma diminuição do papel do Estado no atendimento de saúde.

De fato, Czeresnia (2003) identifica uma tendência “conservadora” e uma “progressiva” no debate da promoção da saúde. Para se entender esse ponto, deve-se reconhecer que o discurso da nova saúde se deu num contexto neoliberal. O neoliberalismo preconiza a lógica de mercado e a privatização dos serviços públicos. Seus defensores veem na promoção da saúde uma oportunidade de delegar aos pacientes o cuidado de si mesmos, e de desobrigar o Estado desse papel. A corrente oposta, por sua vez, sem negar o papel do indivíduo e da comunidade, propõe que o Estado deve elaborar políticas públicas intersetoriais e de melhoria da qualidade de vida da população. A promoção da saúde adquire uma abrangência muito maior do que o cuidado do corpo dos doentes; ela busca melhorar o seu entorno. Aqui, a autora levanta duas questões: primeiro, se, por um lado, a saúde pública se coloca como responsável pela promoção da saúde, por outro, sua prática se centraliza no conceito de doença. Segundo, há um equívoco entre o conceito de doença e o adoecer concreto.

Isso enseja uma discussão epistemológica, qual seja: a da dificuldade do pensamento e da palavra de compreender e expressar a realidade em toda sua complexidade.

A ciência moderna, explica Czeresnia (2003), caminhou no sentido de um reducionismo abstrato e numérico dos fenômenos da natureza, tendendo a ver tudo aquilo não se encaixava em seus modelos reducionistas como anômalo ou errôneo. Contudo, a dificuldade de se compreender a complexidade dos fenômenos tornou-se cada vez mais explícita no mundo contemporâneo, tornando necessárias novas abordagens e formas de pensar.

Saúde e doença são experiências vividas e sentidas subjetivamente pelo paciente, sendo, portanto, fenômenos que não podem ser adequadamente expressos por meio de conceitos e palavras. Contudo, a palavra é o único meio pelo qual o paciente pode expressar sua condição e o médico pode interpretá-la, dando origem à tensão epistemológica. Saúde, doença e o sofrimento do paciente não podem ser conceitualizados cientificamente. A necessidade de se expressar o sofrimento do paciente para além da linguagem científica levou à aproximação entre medicina, literatura e filosofia. Medicina já foi considerada arte, mas seu desenvolvimento histórico levou a um discurso científico hegemônico. (CZERESNIA, 2003).

Não obstante, conclui a autora, o reducionismo é inevitável ao se tratar de qualquer modelo explicativo da realidade. Ao invés de se criticar o pensamento científico por ser reducionista, deve-se criticar o ponto de vista que alega que o pensamento científico é o único pensamento válido, em prejuízo de todos os demais. Estas questões estão na base da crise pela qual passou a saúde pública no século XX (CZERESNIA, 2003).

As diferentes abordagens epistemológicas discutidas acima têm uma estreita relação com as atitudes de prevenção e de promoção da saúde. Segundo Czeresnia (2003, p. 3), “as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”. A prevenção de doenças, portanto, baseia-se no conhecimento científico e recomenda mudanças de

hábito para evitar a transmissão e o agravamento de doenças. Já a promoção da saúde é bem mais ampla. Enquanto que a prevenção foca em uma ou mais doenças específicas, a promoção de saúde visa aumentar a saúde e o bem-estar gerais. “As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial”.

Os principais fatores que determinam a saúde, portanto, estão localizados fora do sistema de tratamento, e envolvem questões como alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. O reconhecimento oficial desse fato, nota (BUSS, 2000), foi a grande conquista da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de 1986 e da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Mas esse reconhecimento, observa a autora, gera uma série de novos questionamentos: a saúde em seu significado pleno acaba por tomar uma definição tão ampla que coincide com a própria noção de vida.

A vida do ser humano, segundo a autora Czeresnia (2003) pode ser entendida de duas formas: como vivência subjetiva e como a totalidade dos processos biológicos e físico-químicos que compõem o organismo. Essas duas esferas da vida são irreduzíveis uma à outra. Toda tentativa de sintetizar ambas, critica a autora, não fazem se não dar à luz construções teóricas heterogêneas.

A discussão epistemológica também se aplica à relação entre epidemiologia e promoção da saúde. Czeresnia (2003) explica que o discurso preventivo epidemiológico tradicional se baseia numa ciência reducionista. Utiliza-se um método matemático para se relacionar doenças a suas prováveis causas em indivíduos e populações. Contudo, esse método constrói modelos que não representam adequadamente a complexidade da realidade. Questiona-se, portanto, quais valores e significados são gerados ao se recomendar certas mudanças de hábitos para se prevenir certas doenças. Essa metodologia, questiona a autora, não é neutra, pois ela produz significados culturais como o conceito de risco.

O conceito de risco, esclarece Czeresnia (2003), relaciona-se a um certo discurso individualista, de um homem que conquista a saúde contra as forças da natureza por intermédio da razão e da ordem, e não se relaciona com os outros. A promoção da saúde, pelo contrário, busca estimular a autonomia individual sem, contudo, ensejar uma absorção acrítica dos conceitos científicos e valores culturais. Finalmente, a autora também tem suas críticas à promoção da saúde. Ela cita como alguns de seus pontos fracos a falta de clareza dos objetivos dos projetos e a falta de clareza das definições devido à pluralidade dos vários pontos de vista considerados, de conservadores a radicais. Para avançar na resolução desses problemas, ela aponta a necessidade de maior reflexão filosófica, melhoria da educação e comunicação e mais clareza nas definições.

As Conferências Internacionais

Conforme visto acima, a promoção da saúde surge e desenvolve-se primeiramente no Canadá, Estados Unidos e Europa ocidental, difundindo-se posteriormente pelo intermédio da OMS através das conferências internacionais. Aqui, tratar-se-á em maior detalhe

de como se deu esse processo.

Desde sua concepção, as formulações sobre promoção da saúde apresentam um forte componente internacionalista (BUSS, 2003). A multideterminação e integralidade dos problemas relacionados ao processo de saúde-doença ensejam um diálogo com outras áreas de conhecimento e do ativismo político. Buss (2003) nota, por exemplo, a inter-relação entre os ideais da promoção da saúde e de outros movimentos internacionais, como o de desenvolvimento humano sustentável e do meio ambiente. Esses movimentos atribuem à saúde um papel central no desenvolvimento humano e na defesa do meio ambiente. A promoção da saúde, por sua vez, afirma a importância do desenvolvimento humano e da preservação do meio ambiente na saúde do ser humano.

Segundo Buss (2003), três conferências internacionais foram fundamentais para a difusão do conceito de promoção da saúde no mundo: Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991). Na América Latina, o marco histórico foi a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de 1992, no Brasil.

A Carta de Ottawa é o primeiro e um dos mais importantes documentos sobre promoção da saúde em âmbito internacional. Ela enfatiza a capacitação da comunidade na melhoria da sua própria saúde e qualidade de vida, estabelecendo como pré-requisitos básicos para tal, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema, justiça e equidade sociais. A carta também preconiza cinco pontos: políticas públicas saudáveis, ambiente favorável à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

Buss (2003) faz um breve resumo do contexto que deu origem à Carta de Ottawa. Nos 1970, começou-se a questionar os sistemas de saúde nos países desenvolvidos devido ao seu alto custo, ineficiência e impopularidade. A partir desses questionamentos, surge o movimento de promoção da saúde surge no Canadá, em 1974, com a publicação do chamado *A new perspective on the health of Canadians* (também conhecido como Informe Lalonde, nome do ministro da saúde do Canadá na época). O Informe foi o primeiro documento oficial fazendo referência ao termo promoção da saúde. Suas motivações do foram políticas, técnicas e econômicas: gastava-se muito com saúde pública naquela época e questionavam-se seus métodos e resultados. O Informe definia o campo de saúde em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Biologia diz respeito ao organismo humano. Ambiente engloba todos os fatores externos, como natureza e sociedade. Estilo de vida refere-se ao modo como o indivíduo se relaciona com o meio. Finalmente, organização da assistência à saúde simplesmente quer dizer o sistema de saúde.

A conclusão do Informe Lalonde foi que, até então, havia-se prestado demasiada atenção ao quarto elemento, ignorando que a origem dos problemas de saúde está nos três primeiros. Tratava-se, portanto, de se passar a focar nos quatro elementos, globalmente. Para isso, cinco estratégias foram propostas: promoção da saúde, regulação, eficiência da

assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Dentro dessas, destaca-se a promoção da saúde, com o objetivo de informar e capacitar indivíduos e organizações para atuar na melhoria da sua própria saúde. Adicionalmente, propôs-se uma série de medidas para viabilizar essas cinco estratégias (BUSS, 2003).

Buss (2003) reconhece que o Informe Lalonde teve maior repercussão internacional do que doméstica, e nunca se constituiu em política de saúde no seu país de origem. Seu papel foi o de suscitar a reflexão e o debate. Contudo, não se nega que haja uma influência indireta do Informe nas políticas públicas de saúde do Canadá hoje, no sentido de que o conceito de promoção de saúde foi ganhando cada vez mais espaço nas décadas seguintes. Uma de suas consequências mais imediatas foi a criação de uma Diretoria de Promoção de Saúde naquele país em 1978. Já na esfera internacional, houve a convocação pela OMS, no mesmo ano, da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Essa conferência deu destaque para a promoção da saúde e definiu a meta do programa Saúde para Todos no Ano 2000. A partir dos anos 1980, deram-se várias articulações entre o Ministério da Saúde do Canadá e suas contrapartes na Europa e nos EUA, e entre estas e a OMS. O resultado dessas articulações foi a organização de várias conferências e publicações sobre promoção da saúde em âmbito internacional. As conferências desempenharam um papel central no desenvolvimento e propagação do conceito de promoção da saúde. A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986 teve a participação de trinta e oito países, resultando na redação da Carta de Ottawa, documento de referência básica sobre promoção de saúde em todo o mundo.

Promoção da Saúde e a Realidade Brasileira

Saúde e doença são condições estreitamente relacionadas com o modo de vida da sociedade. Este, por sua vez, depende das condições de vida dos vários setores que compõem a população (BUSS, 2002).

De fato, é no âmbito da família que se desenvolvem hábitos que influenciam o processo saúde-doença, como higiene e alimentação, sendo a saúde da família, portanto, um foco de interesse para a promoção da saúde. Um dos objetivos da Carta de Ottawa, lembre-se, é o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de ações educativas; deseja-se com isso habilitar as pessoas a contribuírem na melhoria da sua própria saúde e qualidade de vida. O aconselhamento adequado da população pelo sistema de saúde, no entanto, deve levar em consideração, entre outras coisas, a cultura, a idade e nível de escolaridade dos indivíduos (BUSS, 2002).

No Brasil, o Programa Saúde da Família visa proporcionar justamente isso. O Programa propõe o diagnóstico da situação de saúde do indivíduo e das famílias identificando fatores internos e externos ao setor da saúde. Indicadores de saúde por si só não dão conta da complexidade envolvida no processo de saúde-doença; é preciso avaliar a situação específica do paciente. Outros esforços de promoção da saúde implementados pelo MS são o Agita Brasil, destinado a combater o sedentarismo; a campanha pelo aleitamento ma-

terno; incentivo à alimentação saudável e campanhas para diminuir acidentes e a violência contra a mulher. Entre estas, destaca-se o fomento à atividade física, escolhido pela OMS como tema do Dia Mundial da Saúde em 2002. (BUSS, 2002).

Ações de promoção da saúde são recomendadas para todas as etapas do ciclo de vida, porém, a infância e a adolescência merecem cuidado especial. Nesse sentido, destacam-se a campanha pelo aleitamento materno, promovida pelo MS nas Unidades de Saúde e no Programa Saúde da Família; programa Carteiro Amigo, que alcançou centenas de milhares de crianças e gestantes no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e programa Hospital Amigo da Criança, feito em parceria com o Unicef. Ainda no âmbito da promoção da saúde, não menos importante são o programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, que tem como público-alvo gestantes, idosos e crianças; programa Bolsa-Alimentação, destinado a gestantes, nutrizes e crianças em risco nutricional e baixa renda, complementa a renda familiar para fins de alimentação, além de ações básicas de promoção da saúde da mãe e do bebê, como exame pré-natal e outros; programa de controle do tabagismo desde 1997, liderado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), e programa Agentes Jovens de Desenvolvimento Social e Humano, visando a promoção da saúde para jovens e adolescentes em comunidades. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, visando o diagnóstico precoce e promoção de hábitos saudáveis (BUSS, 2002).

Não obstante os avanços obtidos no campo da promoção da saúde no Brasil, são cabíveis algumas críticas e questionamentos. Questiona-se, em primeiro lugar, se existe de fato relação orgânica entre os diversos programas citados, a nível federal, estadual e municipal, e os respectivos PSF, e como ampliar essa relação. Em segundo lugar, indaga-se como qualificar os agentes do PSF, e como melhorar PSF de forma harmônica e integrada, sem pôr em risco o que já foi conquistado (BUSS, 2002).

Com efeito, nota-se que no Brasil ainda há uma grande lacuna entre o discurso oficial e acadêmico sobre promoção da saúde e a realidade. Buss nota que, não obstante as conferências regionais, em termos de políticas públicas, a América Latina apresenta resultados tímidos.

Mello et al. (1998), investigando uma comunidade no interior do Ceará, conclui que a situação da população está muito distante dos ideais da Carta de Ottawa; e Freitas e Mandú (2010), analisando o programa Saúde da Família entre os anos de 1994 e 2007, conclui que, apesar de o MS oficialmente aceitar os princípios da promoção da saúde, verifica-se que, na prática, prevalece o modelo hospitalar e assistencialista.

Mello et al. (1998) fazem crítica em relação as práticas de PM no Brasil, segundo os autores: “políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando-se com frequência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde”.

Antecedentes da Promoção de Saúde

Observa-se uma melhoria contínua das condições de vida e saúde na América Latina

e no mundo no último século. Buss (2000) cita dados da organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – como, por exemplo, o aumento da expectativa de vida – que confirmam uma melhoria geral dos indicadores, na região e no mundo. Contudo, observa Buss, as desigualdades sociais, a permanência de doenças curáveis e o aparecimento de novas doenças (como a AIDS) e novos problemas, como estresse, drogas e violência, apontam para a necessidade de melhorias.

A questão, contudo, segundo o autor, é que, não obstante investimento crescente em atendimento hospitalar individual, as principais causas das melhorias e avanços observados foram as medidas preventivas e a promoção da saúde. Esta última, a promoção da saúde, implica toda uma nova abordagem teórica e prática do problema da saúde e da doença do ser humano.

A promoção da saúde desenvolveu-se inicialmente no Canadá, EUA e Europa Ocidental, e difundiu-se pelo mundo pelo intermédio da OMS. Para se compreender o conceito, porém, é conveniente examinar alguns dos seus antecedentes teóricos. Para isso, Buss (2000) faz um apanhado geral dos antecessores do pensamento que culminou na ideia da promoção da saúde. Johann Peter Frank (1745-1821), Rudolf Virchow (1821-1902) e James Chadwick (1891-1974) – dois médicos alemães e um físico britânico, respectivamente –, foram precursores da ideia de que as condições de vida, trabalho e nutrição estão na raiz dos problemas de saúde. Portanto, além de atendimento médico, seriam necessárias reformas sanitárias, econômicas e sociais para resolver os problemas de saúde da população.

Em um estudo pioneiro, comprovaram que fatores ambientais e sociais, e não a intervenção médica, foram os grandes responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e País de Gales no século XIX e começo do XX. De forma semelhante, estudos pioneiros no Brasil e na América Latina demonstraram a relação entre saúde e fatores ambientais como a qualidade de vida (BUSS, 2000).

No Brasil e na América Latina, observa-se que a má distribuição de renda e desigualdade social têm considerável impacto (negativo) na saúde pública. Um estudo da Organização Pan-Americana da Saúde realizado em 1998 mostra uma estreita relação entre os indicadores econômicos e os de saúde e desenvolvimento humano de vários países da região (BUSS, 2000).

Uma vez estabelecido que as principais causas dos problemas de saúde são exteriores ao indivíduo, é necessário em seguida discutir propostas de intervenção. É aqui que entra a promoção da saúde como campo conceitual e prático.

Linha do Tempo da Promoção de Saúde no Brasil

A seguinte linha do tempo baseia-se na pesquisa de Buss e Carvalho (2009) sobre a institucionalização da promoção de saúde no Brasil.

1986: VIII Conferência Nacional de Saúde. Contexto de democratização, grande participação popular, propôs a “reforma sanitária brasileira”, cujos princípios foram incor-

porados à Constituição de 1988.

1992: Primeiro programa inspirado em PS, o Programa Saúde da Família (PSF). Equipes multiprofissionais atuando na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde comunitária.

1998 e 1999: Ministério da Saúde formaliza, projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Debate: lançamento da revista Promoção da Saúde e Cartas da Promoção da Saúde. Campanha antitabagista, Tratado Internacional para o Controle do Tabaco, da OMS.

2000: Brasil assume presidência do Órgão de Negociação Internacional, devido ao seu sucesso no seu Programa de controle do tabagismo.

2002: Ministério da Saúde elabora documento “Política Nacional de Promoção de Saúde”, nunca incorporado, mas importante pelo debate. Outros documentos de alimentação saudável, atividade física, etc.

2003: Aprovação da Convenção Quadro pela 56^a Assembleia Mundial de Saúde. Promoção da Saúde no programa “Comunidade Solidária”, com esforços de diferentes ministérios no desenvolvimento local e sustentável.

2004: lançamento da Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde pela OMS. MS difunde Estratégia pelo país e inicia o programa “Pratique Saúde”.

2005: Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção de Saúde (CGPNPS): propor a política e consolidar a Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007.

2006: Portaria MS n. 687, MS formaliza a política de PS no SUS a partir do CGPNPS. Lançamento da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS. Presidente da República institui Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a primeira do mundo.

2008: publicação do relatório final da CNDSS, “As causas sociais das inequidades em saúde no Brasil”. Entre as recomendações da CNDSS estão a criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República e a criação de uma Secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Básica no MS (encontravam-se em processo de montagem em 2010). Programa “Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011”, PS recebe grande destaque, transformada em um dos sete eixos do programa.

4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para a UBS com vistas à promoção de saúde. Para implementação do Programa de Promoção de Saúde, uma pesquisa bibliográfica foi realizada e, a partir deste estudo, foi observada a necessidade de se promover saúde na região em questão, e foram definidos os métodos para que isto fosse realizado e como seria a inserção da proposta na rotina da UBS. A metodologia foi a seguinte, a partir da fundamentação teórica:

Quanto ao método usado para a proposta do Programa, procurou-se a criação de uma medida que especificamente tratasse desta importante etapa do provimento em saúde. Após discussão com a equipe, ficou claro que seria necessária uma dedicação exclusiva ao tema da promoção, e não meramente a difusão dos processos de promoção de saúde em meio à rotina do atendimento, para que a clareza do que se objetiva fosse totalmente possível aos pacientes. Desta forma, a ideia de reservar um horário específico para esta abordagem culminou com a proposição do que foi chamado de Programa de Promoção de Saúde.

O Programa de Promoção de Saúde é um tipo novo de atendimento na UBS, em que um período do atendimento é reservado para atividades em grupo. A formatação desta atividade diferencia-se, pois, os temas são abrangentes e centrados nos usuários, nos indivíduos.

Nesta modalidade de atendimento, o profissional médico dedica-se não ao atendimento de consultas ambulatoriais, mas à atividade em grupo a ser realizada em um período matutino ou vespertino, quinzenal ou semanalmente com os usuários da Unidade. Período em que são levantadas e avaliadas questões outras relacionadas direta ou indiretamente à saúde, não somente, mas tais como: de moradia, familiares, de emprego, de lazer, sociais, de meio ambiente e saneamento, de educação e desenvolvimento humano, cidadania ou quaisquer outras questões trazidas pelos próprios usuários. Ou seja, o profissional médico afastando-se da questão específica da saúde neste momento, distanciando-se dos diagnósticos e tratamentos essencialmente clínicos e indo ao encontro da abordagem holística dos indivíduos através de discussões em grupo amplificadas.

Conforme a pessoa atendida neste modelo deixa de enxergar o médico como o detentor absoluto do conhecimento e começa a entender que o conhecimento pode se apresentar a partir do que ela traz para o foco, é admissível que passe a entender que ela própria também deva ser autora de sua condição, fortalecendo-se assim a responsabilização por sua própria saúde.

Para que se chegue ao objetivo proposto neste projeto de intervenção e para a operacionalização do Programa, foram apontados os caminhos a seguir:

Deve-se informar aos usuários de que não se objetiva abordar especificamente a questão

do tecnicismo científico neste espaço, mas aspectos de vida e o dia-a-dia dos indivíduos, de maneira que eles possam se manifestar de forma mais livremente possível. A postura do médico nestes atendimentos é de: além de moderador das discussões, de ouvinte atento e ativo, bem como de proponente de temas que possam ser determinantes de saúde, como os citados, além daqueles trazidos pelos pacientes. Mas seu papel fundamental é observar junto com as pessoas como as condições e as vivências individuais podem impactar na saúde dos indivíduos.

De forma conjunta, a partir de então, tanto o profissional quanto os usuários da unidade podem formular questões importantes e obterem conclusões valiosas sobre como suas condições de vida estão envolvidas e determinam a saúde dos comunitários. Não é problema que, dentro deste contexto, o médico possa realizar educação em saúde ou orientar os pacientes sobre eventuais dúvidas sobre sua saúde, sem que isto se caracterize como consulta médica individual.

A tão somente e simples conscientização da população e até dos profissionais (e até dos gestores) do quão importante é a promoção de saúde como determinante de saúde ou doença já é um dos objetivos deste Projeto de Intervenção, conforme apontado. Entretanto, chegou-se à conclusão de que é necessária uma medida mais contundente no sentido da Promoção de Saúde. Entendeu-se que a aplicação de um processo prático é mais resultante para este fim do que o mero discurso sobre o tema, visto que o modelo tradicional ambulatorial estático ainda pode ser supervalorizado em detrimento do conceito atual de determinismo social do processo saúde-doença, tanto pelos usuários e gestores quanto pelos próprios profissionais, o que pode implicar o insucesso na realização de ações claramente necessárias.

Durante as atividades em grupo, é importante frisar que este espaço não objetiva realização de diagnóstico e prescrição médica, isto é fundamental para a sustentabilidade do proposto programa, bem como orientar os usuários de que não se tratam de palestras, mas o foco será sim nas problemáticas trazidas essencialmente pelos usuários moradores da região.

Conforme o disposto no objetivo deste Projeto de Intervenção, atentar-se para o fato de que uma unidade de saúde não pode e não deve ser resolutória em problemas diversos, que são alheios à sua capacidade de atuação, é entender que a proposta apresentada é tão simplesmente a de suscitar discussão destes problemas que afetam a saúde. De tal sorte que estes mesmos indivíduos adquirem a capacidade de uma visualização de sua condição e, posteriormente, a capacidade de enfrentamento de problemas, serão também capazes de suas próprias soluções para estes mesmos problemas.

Expor claramente o método e o objetivo aos participantes do Programa de forma a diferenciá-lo das demais rotinas da Unidade de Saúde, e também assegurar seu método, é conveniente sempre que necessário for.

Por se tratar de uma proposta para um novo Programa dentro da Unidade de Saúde,

adaptações e correções podem se mostrar necessárias ao longo do tempo.

5 Resultados Esperados

Através da implementação do Programa, além do fortalecimento da relação entre os usuários e a UBS, espera-se como resultado principal habilitar a população em reconhecer, analisar e modificar sua condição de vida e conseqüentemente de saúde.

De modo que fica claro que questões e condições de vida impactam na saúde dos indivíduos, discutir estas condições é colocar em pauta também possibilidades de melhorias em diversos âmbitos. Situações como as de educação, de trabalho, de lazer, de alimentação, de cultura física, de relações na comunidade, etc., podem estar obscurecidas como sendo questões relacionadas à saúde. Entretanto são estas justamente as questões mais relacionadas à saúde, conforme constata-se na revisão bibliográfica.

Desenvolver a cultura de que as pessoas podem, em grande parte, modificar suas condições de vida, inclusive as de saúde, através da auto-observação, da identificação de problemas e de novos direcionamentos faz parte da moderna concepção de saúde, conforme é explicitado nas Conferências Internacionais de Promoção de Saúde. Fornecer este conhecimento aos usuários da UBS, criar um espaço para a promoção de saúde e capacitar os indivíduos para atuar em sua própria melhoria de saúde é o passo inicial para que se chegue ao resultado esperado de melhorar a saúde de forma mais abrangente.

Trazer à tona esta ciência da Promoção de Saúde para a população, discuti-la abertamente e procurar soluções para possíveis problemas são os objetivos do Programa de Promoção de Saúde. Espera-se, portanto, como resultado, uma melhoria integral das condições de saúde da população local.

A conclusão a que se chegou neste trabalho foi a de verificar a grande deficiência que se tem em termos de promoção de saúde na UBS. Espera-se como resultado deste Projeto de Intervenção, em última análise, sanar-se esta carência.

Referências

- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000. Citado 5 vezes nas páginas 17, 18, 20, 23 e 24.
- BUSS, P. M. *Promoção da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 22 e 23.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. (Ed.). *Promoção de Saúde: conceitos reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15–38. Citado 4 vezes nas páginas 17, 20, 21 e 22.
- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2305–2316, 2009. Citado na página 24.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Ed.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39–53. Citado 4 vezes nas páginas 17, 18, 19 e 20.
- FERRAZ, S. T. Promoção de saúde: viagem entre dois paradigmas. *RAP*, p. 49–60, 1998. Citado na página 17.
- FREITAS, M. de Lourdes de A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na estratégia saúde da família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta paul. enferm*, p. 200–205, 2010. Citado na página 23.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Município de Mandirituba*. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411430&search=parana|mandir>>. Acesso em: 21 Jan. 2017. Citado na página 9.
- MELLO, D. et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (distrito São João dos Queirós, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, p. 583–595, 1998. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 23.
- ORGANIZATION, W. H. *Charter for Health Promotion*. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 21 Jan. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 12, 17 e 18.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Casa Civil, Brasília, n. 1, 1988. Citado na página 11.