



PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS CONCEPÇÕES PRESENTES NAS NORMATIZAÇÕES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.

Amanda da Silva (1), Lúcia Maria Patriota (2), Kathleen Elaine Leal Vasconcelos (3),
Sandra Amélia Sampaio Silveira (4)

- (1) *Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: amandadasilva1234@gmail.com*
(2) *Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: luciapatriota@yahoo.com.br;*
(3) *Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: prof.kathleen.uepb@gmail.com.*
(4) *Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: sandraameliasampaio@gmail.com*

Resumo: O presente artigo apresenta resultados de uma pesquisa de Iniciação Científica realizada na Universidade Estadual da Paraíba - PIBIC/UEPB (cota 2015/2016), que teve por objetivo analisar a (s) concepção (ões) de Promoção da Saúde que permeia(m) as normatizações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nos últimos anos as discussões acerca da Promoção da Saúde (PS) têm alcançado relevância mundialmente, questionando o modelo biomédico de atenção à saúde. No Brasil, as concepções de PS e Nova Promoção da Saúde (NPS) são evidenciadas principalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A pesquisa que fundamentou este artigo foi de natureza documental e bibliográfica, adotando uma abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos a partir de fontes secundárias, com prioridade para os documentos oficiais do Ministério da Saúde acerca do NASF. Para organização e análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Como principais resultados, identificamos nos documentos duas concepções acerca da PS: a primeira que enfoca a mudança nos estilos de vida e comportamentos dos indivíduos; e a segunda que concebe a PS de forma ampliada, ao considerar os determinantes sociais da saúde. A maioria dos documentos estudados apresenta a segunda concepção de PS, bem como se aproxima das orientações da NPS. As concepções de PS identificadas estão em consonância com a proposta de fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) numa perspectiva ampla, embora o contexto de contrarreformas imponha desafios que, concretamente, podem contrariar esta orientação.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A Promoção da Saúde (PS) vem ganhando destaque nos últimos anos nas discussões políticas no cenário internacional, questionando o modelo biomédico de atenção à saúde. Em âmbito nacional, as concepções de PS e Nova Promoção da Saúde (NPS) ganham destaque através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (VASCONCELOS et al, 2014).

Diante desse cenário, a pesquisa que fundamentou o presente artigo foi motivada pela necessidade de aprofundar estudos que vêm sendo realizados pelo Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS) acerca da política de saúde, da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como pelo fato de que no atual contexto a Atenção Primária à Saúde tem sido considerada como fundamental para a reorientação do modelo de atenção do Sistema



Único de Saúde (SUS) (FAUSTO; MATTA, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008) especialmente através da ESF, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo reforçada a partir de 2008 pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), enfatizando a promoção da saúde como uma estratégia norteadora de ações e serviços que visem garantir o direito à saúde e a qualidade de vida.

Assim, a pesquisa realizada teve como objetivo geral analisar a(s) concepção (ões) de promoção da saúde presente(s) nos documentos do Ministério da Saúde (MS) que normatizam o NASF e como objetivos específicos: identificar que tendências se fazem presentes na concepção de Promoção de Saúde encontrada nos documentos citados; verificar em que medida tais concepções aproximam-se dos campos e princípios da Nova Promoção da Saúde defendidos pela Conferência de Ottawa; discutir qual a perspectiva política das concepções identificadas em termos da afirmação ou afastamento dos ideais do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira; e examinar a relação entre as concepções de promoção da saúde identificadas e suas interfaces com o debate em torno da APS ampla ou restrita.

Tendo tais considerações como horizonte, o presente artigo aborda, de forma sucinta, como se desenvolveram a Promoção da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Nova Promoção da Saúde (NPS), para então voltar-se para o NASF e as concepções de Promoção da Saúde presentes nas normatizações que orientam tais núcleos.

Metodologia

A pesquisa realizada foi de natureza documental e bibliográfica, voltando-se para a apreensão das tendências e concepções presentes nas normatizações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em torno da temática definida para estudo, a partir de uma abordagem qualitativa.

A análise realizada partiu do levantamento de um total de 14 documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, sobre o NASF ou com ele relacionado (considerando os objetivos da pesquisa), publicados no período de 1990 a 2014, nos quais buscamos identificar as concepções ou referências à PS. A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto de 2015 a meados de agosto de 2016, e se debruçou nos documentos oficiais do MS acerca do NASF, tais como a Portaria GM nº 154/2008, que cria os referidos núcleos, o Caderno de Atenção Básica nº 27 que apresenta as diretrizes de funcionamento do NASF, assim como outros documentos relacionados a Promoção da Saúde e Atenção à Saúde, como a Lei nº 8.080/1990, Portaria GM nº 399/2006; a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), de 30 de março de 2006, a Portaria GM nº 2.488 21/2011, que trata da Política Nacional de Atenção Básica e a portaria GM nº 2.446/2014.



No primeiro momento da coleta de dados foi realizado o levantamento e seleção do material bibliográfico e documental, bem como a identificação das referências à promoção da saúde contidas em cada um dos documentos consultados. Em seguida, realizamos a organização e análise dos dados a partir da técnica de análise de conteúdo.

Resultados e Discussão

A APS e a PS se originam como propostas de questionamento ao modelo hegemônico de atenção à saúde, conhecido também como modelo biomédico, que pode ser caracterizado pelo enfoque no indivíduo, valorização da especialidade médica, valorização do ambiente hospitalar e da dimensão curativa na atenção à saúde. (SILVEIRA et al, 2016).

No que tange especialmente à promoção da saúde (PS) há várias concepções e interpretações, cujos antecedentes da discussão remontam aos trabalhos de Winslow na década de 1920, Sigerist na década de 1940, Leavell e Clark, na década de 1960. (BUSS, 2003).

Na década de 1970 as discussões sobre PS ganham destaque internacional com o informe Lallonde, em 1974 e, em 1978, com a I Conferência Internacional de Atenção Primária a Saúde, realizada em Alma Ata.

O Informe Lalonde, publicado em 1974, no Canadá, constituiu-se um marco na discussão da PS, que propõe a priorização de medidas preventivas e programas educativos voltados para mudanças comportamentais e estilos de vida (WESTHAL, 2006). Embora este enfoque da PS, baseado em estilos de vida, tenha obtido algum êxito, evidencia suas limitações ao desconsiderar as condições de vida e trabalho da população.

Conforme aponta Aguiar (2007), a partir da década de 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS), diante do cenário de iniquidades observadas no acesso à saúde e os altos custos da atenção a mesma em todo mundo, inicia o debate em torno das possibilidades de viabilizar saúde para todos.

O evento de Alma Ata traz grandes avanços por ser, o primeiro a lançar um documento oficial que reconhece a saúde como direito de todos, compreendendo-a não somente como ausência de doenças, mas como completo bem estar físico mental e social, estipulando a meta “saúde para todos em 2000” (OMS, 1978). Para tal, os governos deveriam adotar medidas sanitárias e sociais adequadas, via APS.

No entanto, Merhy e Franco (2007, apud SILVEIRA, 2016) fazem algumas críticas às proposições de Alma Ata, ao considerar que estas partem de uma lógica racionalizadora, buscando responder aos investimentos necessários à assistência com o menor custo possível, inserindo amplas camadas da população nas ações básicas, sendo funcional às ideais neoliberais. Mesmo com críticas



a referida conferência, dela emergem dois importantes movimentos: um em torno da APS e outro voltado a PS.

Acerca do movimento de APS, as divergências no debate sobre as concepções ocorrem principalmente em torno da percepção de APS ampla e restrita. A primeira, conforme preconizada em Alma Ata, considera a saúde de maneira ampliada, abrangendo os fatores sociais, econômicos e ambientais. A concepção de APS restrita, por sua vez, busca diminuir os gastos com a assistência à saúde, através de programas seletivos, focalizados em problemas específicos de saúde de populações em situação de pobreza, estando vinculada ao ideário neoliberal, propagado por organismos multilaterais como o Banco Mundial.

Porém o que se entende hoje como moderno movimento de Promoção da Saúde teve seu marco principal na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa no Canadá, em 1986. Tal movimento representa um questionamento ao modelo sanitário hegemônico (biomédico), como também à medicalização da saúde (BUSS, 2003), sendo parte de um cenário de tensões teóricas e filosóficas, considerando a existência de várias contradições ligadas a interesses políticos que extrapola o campo da saúde (CZERESNIA, 2003).

A partir da Conferência de Ottawa, se gestou o movimento denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS) (WESTHAL, 2006) (PASCHE; HENNINGTON, 2006). O objetivo do evento era contribuir para o alcance da meta “saúde para todos no ano 2000”. O documento oficial resultante da mesma, conhecido como Carta de Otawa, foi considerado peça fundamental no desenvolvimento do conceito de PS, sendo esta definida como:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa parte da compreensão de que a saúde não é responsabilidade apenas do setor saúde, mas deve ser um todo integrado, com ações entre todas as partes envolvidas. Assim, aponta cinco campos de atuação: a) políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) Reforço a ação comunitária; d) Desenvolvimento de habilidades pessoais; e) Reorientação dos serviços de saúde (BUSS, 2003).

Em tal documento considera-se ainda que a PS realiza-se através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. Apóia as pessoas a desenvolverem habilidades para que se tenham maior controle sobre a sua própria saúde e sobre o meio ambiente. A responsabilidade pela PS nos serviços deve ser compartilhada entre indivíduos,



comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. (BRASIL, 2002).

As demais conferências que ocorreram reafirmaram a importância e aprofundaram análises sobre temas presentes em Ottawa, e também trouxeram novos cenários. (BUSS, 2003)

A NPS, que emerge a partir da Conferência de Ottawa, ao mesmo tempo em que amplia a concepção de saúde e de PS quando afirma que as ações de saúde não devem se concentrar apenas no setor saúde (WHO, 1992 apud CONASS, 2007, p. 47) enfatiza que o indivíduo deve ser capacitado para ter melhor saúde, reafirmando o foco no estilo de vida.

O movimento da NPS teve influência direta de agências multilaterais fora do setor saúde, tais como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio, de acordo com Rabello (2006). A disseminação do referencial da PS por tais agências estava interligada com a contenção de gastos do Estado com as políticas públicas, com o enfoque da responsabilização do indivíduo pela sua qualidade de vida, abrindo espaço para a mercantilização da saúde. Nessa perspectiva, a PS volta-se para a normatização dos estilos de vida e culpabilização dos indivíduos pelos problemas na saúde. (MARTINIANO; SAMPAIO; SILVEIRA, 2014).

No Brasil, os movimentos de PS e APS irão imergir no contexto de contestações ao modelo biomédico e de lutas por uma ampla democratização da vida social, desencadeadas no país pelo Movimento de Reforma Sanitária (RSB), dos anos 1980. De acordo com Bravo (2006), o citado movimento tinha como principais propostas a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a defesa da universalização do acesso, a descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local.

Como sabemos, a Carta Magna de 1988 incorpora algumas premissões do MRS e propõe a criação do SUS. A saúde é concebida como dever do Estado e direito de cidadania. O SUS é regulamentado através da lei 8.080/1990, complementada pela lei 8.142/1990.

A partir da década de 2000, o Ministério da Saúde (MS) considera a PS uma estratégia fundamental para o SUS, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada como um dos pilares da política de saúde. Cumpre destacar que o objetivo da implantação desta estratégia e do NASF é contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde através da APS. (SILVEIRA, 2016).

Nesse sentido, a pesquisa realizado com base nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, voltados à normatização do NASF e à PS, evidenciou que alguns não fazem menção ao



termo PS, e naqueles que a apresentam podem ser identificadas várias concepções, que se apresentam principalmente através das ações propostas, não tendo definições evidentes.

Assim, os resultados aqui apresentados decorrem da análise dos documentos que apresentaram referência a PS, a saber: Lei nº 8.080/1990; Portaria nº 399/2006, que institui o Pacto pela Saúde; Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2006; Portaria nº 154/ 2008, que cria os NASF; Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF (2009); Portaria nº 2.488/2011, que trata da Política Nacional de Atenção Básica; e Portaria nº 2.446/2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Mesmo sendo um termo muito usado no debate sanitário, apresenta-se uma heterogeneidade acerca do significado do conceito de PS. Desde o início do movimento verificam-se confrontos e/ou mudanças nas concepções de PS que sinalizam enfoques teóricos, políticos e técnicos variados. (WESTHAL, 2006; BUSS, 2003).

Tesser et al (2010) enfatizam que as concepções de PS podem ser organizadas principalmente em dois grandes grupos: no primeiro grupo a PS estaria dirigida ao comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida. Aqui o enfoque das ações de PS enfatizaria a educação e capacitação individual para hábitos saudáveis. O segundo grupo, por sua vez, apresenta a concepção moderna de PS, que muitos autores irão chamar de NPS, que teve como marco a Conferência de Ottawa. Este grupo destaca o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

A priori o que diferencia esses dois grupos é a concepção de saúde. O primeiro grupo, que enfatizaria comportamentos individuais, entende saúde como mera ausência de doença, o segundo grupo, no entanto, considera que a saúde resulta de determinantes sociais¹ e fatores políticos que interferem no processo saúde-doença. (SILVEIRA et al, 2006).

Baseado nas concepções apontadas pelos referidos autores (TESSER et al 2010), que sinalizam para perspectivas mais amplas ou restritas de entendimento da PS, definimos duas tendências de interpretação acerca da PS: I - entende a PS como conjunto de ações dirigidas à mudança de comportamento dos indivíduos e de seus estilos de vida; II - compreende a PS como

¹ É importante fazer uma distinção entre determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde. O conceito de determinação social parte do pressuposto teórico de que é preciso analisar as condições de saúde da população tendo em conta os componentes estruturais das sociedades capitalistas: processo de trabalho, relações de produção, classe social e assim por diante. A análise leva em conta uma multiplicidade de determinações, o que difere neste caso de fator de causa determinante. Já a discussão sobre determinantes sociais da saúde trazem um modelo analítico diferente uma vez que tais determinantes são tomados como fatores sociais que promovem saúde ou causam doença. (CEBES 2009).



conjunto de estratégias e/ou ações que enfatizam o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

Após uma análise preliminar dos documentos levantados, foi possível verificar que há uma discreta maioria ² de documentos que se pautam na tendência II, portanto orientados por parâmetros mais amplos de PS.

Pudemos verificar que na Lei n° 8.080/1990, a referência à PS converge com o conceito ampliado de saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, que institui o dever do Estado de garantir a saúde universalmente aos brasileiros, de forma integral, devendo formular e executar políticas econômicas e sociais que assegurem condições para tal.

A concepção ampliada de saúde inscrita na Lei 8.080/90, se expressa na afirmação de que “a saúde não é entendida somente como ausência de doenças, e sim como acesso à alimentação, moradia, saneamento básico, educação, meio ambiente, aos bens e serviços essenciais e ao lazer”. Portanto, apontando para determinantes e condicionantes que constituem condições objetivas para produzir a saúde. Neste sentido, a concepção de PS configura-se na tendência II, que enfatiza as determinações sociais da saúde, aproximando-se das concepções defendidas pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Autores como Campos, Barros e Castro (2004 apud VASCONCELOS, 2014, p.66) sinalizam como elementos de aproximação entre a PS e o RSB o conceito ampliado de saúde e sua produção social.

Nessa perspectiva, a PS foi contemplada no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/90, como uma estratégia norteadora de ações e serviços que visem garantir o direito à saúde e a qualidade de vida. No entanto a concepção de PS posta nos documentos é bastante embrionária e se refere a ela praticamente como ação. Bem diferente do ideário da NPS, que concebe a PS como “novo Paradigma”.

No Brasil a incorporação de proposições da NPS vai ocorrer mais fortemente a partir da década de 1990 enfatizando mudanças de estilos de vida. Conforme Martiniano, Sampaio e Silveira (2014) destaca-se a situação político-econômica que vem determinando o rumo das políticas públicas brasileiras, a partir desta década denominada de contrarreforma do Estado, que no setor saúde, impulsiona a desresponsabilização do Estado na execução de ações e saúde em favor dos

² Foi possível verificar que quatro (04) documentos se pautam na tendência II, são eles: a Lei 8.080/1990, a PNPS/2006 e as Portarias GM n° 2.488/2011 e GM n° 2.446. Os outros três (03) documentos classificaram-se na tendência I, a saber: as Portarias GM n° 399/2006 e GM n° 154/2008 e o Caderno de Atenção Básica, n° 27.



interesses do setor privado. Tal conjuntura passa a pôr em risco os avanços obtidos na saúde, como o acesso universalizado, gratuito construído à luz dos ideais da RSB.

A materialização de tais riscos pode ser identificada na Portaria n° 399/2006, que apresenta uma concepção de PS claramente restrita, voltada à mudança de comportamentos e estilos de vida e à responsabilização dos indivíduos pela sua saúde. A mesma traz a proposta de elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), como mostra o trecho a seguir:

[...] Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção a Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. (BRASIL, 2006)

A construção da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 30 de março de 2006, resultou basicamente de uma elaboração de técnicos e consultores do Ministério da Saúde, contando ainda com a participação de representantes dos gestores do SUS (Conass e Conasems) e, pontualmente, da academia e do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT PS) da Abrasco. (ROCHA et al, 2014). No entanto, estes autores ressaltam que o lançamento da política significou um marco para a definição de metas e a alocação de recursos específicos, ainda que parcos, para a área no âmbito das esferas estadual e municipal.

Em termos da concepção de PS presente na PNPS, verificamos que esta é tratada como uma estratégia de articulação transversal, voltando-se para aspectos como os fatores que colocam a saúde da população em risco, as diferentes necessidades de saúde (considerando os territórios e culturas), a defesa da equidade e da incorporação da participação e do controle social na gestão das políticas públicas. Aponta, portanto, para uma abordagem da PS na perspectiva de aproximação às orientações da NPS, amplamente difundida a partir da Carta de Ottawa, que apesar das contradições que esta traz em termos da continuidade do enfoque na mudança do estilo de vida, avança ao defender a importância dos determinantes sociais no processo de doença-saúde, destaca a necessidade da intersetorialidade, de ambientes saudáveis, da participação popular, dentre outros aspectos.

A Portaria n°154/2008, que cria o NASF, por sua vez, traz uma concepção de PS restrita, pautada na normatização dos estilos de vida e mudança do comportamento individual. O discurso expresso neste documento indica que se considera que os profissionais de saúde que atuam na APS possuem “[...] um papel essencial em fortalecer e possibilitar a promoção da saúde” (LASMAR,



2010, p.38) e esta é considerada uma das diretrizes da APS. No entanto, como afirmam Martiniano, Sampaio e Silveira (2014, p.6):

[...] a promoção da saúde não pode ficar restrita apenas a um nível de atenção, mas sim perpassar o modelo de atenção como um todo, numa perspectiva de transversalidade, preconizada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAS).

No Caderno da Atenção Básica n.27, que apresenta as diretrizes para o NASF (BRASIL, 2009), o MS afirma a PS como “uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde” (p.19), propondo que, ao operar na APS sob esta orientação, os NASF contribuam com novos modelos de cuidado. O MS afirma ainda que “para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009, p. 19)”. Nesta direção, a PS tem uma perspectiva pautada nas orientações da NPS, situando-se na tendência II que tomamos por referência de análise, que leva em consideração os determinantes sociais da saúde, porém defende a responsabilização dos indivíduos e comunidades pela melhoria das suas condições de saúde e qualidade de vida.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída inicialmente em 2006 e revisada pela Portaria 2.488/2011, a PS é concebida como uma das dimensões de atenção integral a saúde, articulada com a prevenção e recuperação da saúde. Tal concepção amplia a abordagem da PS apontando para a necessidade de ações voltadas aos fatores condicionantes e determinantes das condições da saúde. Reforça a ênfase na APS como ordenadora da rede de atenção, ao mesmo tempo em que propõe a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde.

A Portaria nº 2.446/2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pautada no conceito ampliado de saúde, concebe a PS:

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

Desta forma, a PNPS avança na perspectiva da integralidade, ao ultrapassar o discurso enfático sobre APS como organizadora da rede de atenção e “porta de entrada do sistema”, com a defesa da RAS.

Na medida em que as concepções de PS analisadas nos documentos pesquisados expressam e/ou incorporam propostas que contribuem para a integralidade da atenção e universalização do



acesso, mais se tem a possibilidade de efetivação dos ideais da RSB, que diante do contexto de desmonte dos direitos sociais e dos ataques neoliberais urgem em ser resgatados.

A pesquisa revelou, contudo, que as concepções de PS presentes nos documentos analisados, especialmente os que tratam mais diretamente do NASF, pouco se aproximam dos ideais da RSB, os quais ultrapassam o discurso promocional difundido nas conferências mundiais a partir da década de 1980, possuindo uma radicalidade política, ao colocar em questão a própria ordem social. Segundo Vasconcelos et al (2014), o que difere a construção da RSB e a Nova Promoção da Saúde é o seu enfoque na determinação social, pois a RSB se configurou como uma proposta de reforma numa perspectiva de totalidade, que contempla a sociedade brasileira.

Este, sem dúvidas, não é o foco do discurso da NPS, que predominantemente influencia as concepções verificadas nos documentos estudados, que no máximo sinaliza melhoramentos das condições de vida, através de ações e estratégias de enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, que passam principalmente pela defesa da mobilização da capacidade do indivíduo e da comunidade para melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Considerações Finais

Diante do exposto, podemos considerar que a relevância que a NPS e PS vêm assumindo no debate sanitário brasileiro e mundial mostra a importância de estudos que analisem os rebatimentos de tais pressupostos nos modelos de saúde adotados. A maioria dos documentos pesquisados, especialmente os que tratam mais diretamente do NASF, apresenta concepções de PS que se associam ao movimento da NPS, discurso difundido a partir das conferências mundiais que amplia a concepção de saúde para além da ausência de doença, no entanto o indivíduo é responsabilizado pela sua saúde. Mesmo os documentos que apontam ações coletivas não consideram o contexto social e econômico, evidenciado pelo enfoque no empoderamento da comunidade, na sua capacidade de produzir condições de saúde, deixando a determinação social totalmente ausente das discussões e proposições realizadas.

Verificamos ainda que, nos documentos estudados a aproximação em relação aos ideais da RSB é pontual. Também identificamos que a maioria das concepções de PS está em consonância com a proposta de fortalecimento da APS numa perspectiva ampla, embora o contexto de contrarreformas imponha desafios que, concretamente, podem contrariar esta orientação.

Dessa forma, é possível perceber a necessidade de retomar os ideais da RSB para fortalecer as ações do Estado voltadas ao desenvolvimento de políticas intersetoriais que possibilitem condições



concretas da atenção integral à saúde, na perspectiva do acesso universal e público, que garantam de fato a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Referências

- AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde-2006.
- _____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008-Brasília; Ministério da Saúde-2008.
- _____. Secretária de Atenção à Saúde da Família, Brasília: Cadernos de Atenção Básica
- _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010b.
- _____. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde 2012.
- BANCO MUNDIAL. Brasil: um novo desafio a saúde do adulto. Washington D.C, 1991 (serie de estudos do Banco mundial sobre países). 1991.
- BRAVO, M.I. de .S. **Política de Saúde no Brasil** .IN :MOTTA ,A,E et al (orgs) Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional.São Paulo.Cortez.2006 .
- BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *In:* CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. de. (orgs.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CONASS, **Atenção Primária e Promoção da Saúde**, Volume 8,2007.
- CEBES. **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde** - Seminário do CEBES (Centro brasileiro de estudos da saúde).2009.
- LASMAR, M. M. O. **Promoção da saúde:** percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado). Ribeirão preto: Universidade de São Paulo, 2010. www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde.../Total_Final.pdf
- MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J. ; SILVEIRA, S. A. S. Os desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a consolidação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da Promoção da Saúde. *In:* **Por uma crítica da Promoção da Saúde:** contradições e potencialidade no contexto SUS. (ORGS: VASCONCELOS, K. E. L; COSTA, M. D. H). Campinas: Hucitec, 2014.



OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS. Ginebra, 1978.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde: desafio ou adaptação?** A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. Tese: Doutorado em Ciências Sociais. Brasília: 2006.

Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2480/1/Tese%20Luciola%20Santos%20Rabello.pdf>

SILVEIRA et al. **Promoção da Saúde**: Uma análise das concepções presentes nas normatizações do núcleo de apoio à saúde da família. (Relatório de Iniciação Científica) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Campina Grande, 2016.

TESSER, C. D. et. al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. **Rev. Saúde Pública. Santa Cat.**, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. Florianópolis: 2010. Disponível em:

http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_68-273-1-PB.pdf

VASCONCELOS, K. E.L. **Promoção da Saúde e Serviço Social**: uma análise do debate profissional. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

_____. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: **Por uma crítica da Promoção da Saúde**: contradições e potencialidades no contexto SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

VASCONCELOS, K. E.L. **Promoção da Saúde e Serviço Social**: Uma análise do debate profissional. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)2013.

_____. Et al . **Promoção da saúde**: Uma análise das concepções e práticas das equipes dos núcleos de apoio a saúde da família. (NASF), (relatório de iniciação científica) Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande 2014.

WESTHAL, MF. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. IN: CAMPOS, G. W. S et al (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo Hucitec, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.