



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

FAMILY HEALTH STRATEGY WORKERS' SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT HEALTH PROMOTION

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA ACERCA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Maria de Fátima Mantovani¹, Felismina Rosa Parreira Mendes², Verônica de Azevedo Mazza³, Maria do Ceu Mendes Pinto Marques⁴, Anice de Fátima Ahmad Balduino⁵, Caroline Gonçalves Pustiglione Campos⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a Representação Social da promoção da saúde dos trabalhadores de saúde do Programa Estratégia Saúde da Família. **Método:** pesquisa descritiva com abordagem Processual na Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados 58 trabalhadores de saúde pertencentes a dez Unidades com Estratégias Saúde de Família do Município de Curitiba Paraná/Brasil, entre julho a dezembro de 2010, mediante de entrevista semiestruturada. Para organização e classificação dos dados textuais coletados utilizou-se o *software* ALCESTE. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/SD 890.015.10.02. **Resultados:** os dados analisados indicaram quatro classes: trabalho de orientação; prevenção da doença; oferecer conhecimento; e fazer a mudança. **Conclusão:** as representações sociais que emergiram revelam o domínio do paradigma preventivo, nos esquemas conceituais e operacionais dos participantes, quando se pronunciam acerca de promoção da saúde. **Descritores:** Promoção da Saúde; Prática Profissional; Programa Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: analyzing the Social Representation of health workers' promotion at the Program Strategy Family Health. **Method:** a descriptive research with Procedural Approach on the Theory of Social Representations. There were interviewed 58 health workers belonging to ten units with Strategies for Family Health of the Municipality of Curitiba/Parana/Brazil, from July to December 2010, through semi-structured interview. For organization and classification of textual data collected was used ALCESTE software. The research project was approved by the Committee of Ethics in Research, CEP/SD 890.015.10.02. **Results:** analyzed data showed four classes: work orientation; preventing disease; providing knowledge; and making change. **Conclusion:** the social representations that emerge reveal the dominance of the preventive paradigm, the conceptual and operational schemes of the participants when ruling on health promotion. **Descriptors:** Health Promotion; Professional Practice; Family Health Program; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la Representación Social de la promoción de la salud hecha por los trabajadores del Programa Estrategia Salud de la Familia. **Método:** encuesta descriptiva de enfoque de procedimiento en la Teoría de las Representaciones Sociales. Fueron entrevistados 58 trabajadores de la salud pertenecientes a diez unidades con Estrategias Salud de la Familia del Municipio de Curitiba/Paraná/Brasil, de julio a diciembre de 2010, a través de entrevistas semi-estructuradas. Para la organización y la clasificación de los datos textuales recogidos se utilizó el *software* ALCESTE. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CEP/ SD 890.015.10.02. **Resultados:** los datos analizados mostraron cuatro clases: orientación laboral; prevención de la enfermedad; proporcionar el conocimiento; y hacer el cambio. **Conclusión:** las representaciones sociales que emergieron revelaron el predominio del paradigma preventivo, los esquemas conceptuales y operativos de los participantes cuando se pronuncia sobre la promoción de la salud. **Descriptores:** Promoción de la Salud; Práctica Profesional; Programa de Salud Familiar; Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Pós-Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Bolsista Produtividade 2 CNPq. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa. Universidade de Évora. PPGENF/UE. Lisboa (PT), Portugal. E-mail: fm@evora.pt; ³Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, PPGENF/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mazzas@ufpr.br; ⁴Enfermeira, Professora Graduação. Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Évora. GENF/UE. Évora (PT), Portugal. E-mail: mcmarques@uevora.pt; ⁵Enfermeira, Doutoranda de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, PPGENF/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: anicebalduino@ig.com.br; ⁶Enfermeira, Professora Mestre, Universidade Estadual de Ponta Grossa/GENF/UEPG. Ponta Grossa (PR). Brasil. E-mail: carogonc@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Ao longo de décadas, o conceito de promoção de saúde vem sendo estudado e elaborado por diferentes atores sociais, com o suporte de vários eventos internacionais dentre eles a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, o que resultou na Carta de Ottawa.¹

Nesta carta, a promoção de saúde visa assegurar igualdade de oportunidade e proporcionar os meios que permitam as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde, para tanto devem ter condições de conhecer e satisfazer suas necessidades, viver em ambientes saudáveis, ter acesso à informação, e ter oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis.¹ O acesso a qualidade de vida está relacionada com as condições objetivas de oferta, demanda de consumo, representações sociais, cultura e relações sociais determinadas pela sociedade.²

Os governantes brasileiros estão investindo no desenvolvimento e implementação de políticas de promoção da saúde, cujos esforços são para a construção de modelo de atenção a saúde, que priorize ações de qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. A Política Nacional de Promoção da Saúde, Escolas Promotoras de Saúde, O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão são diretrizes que propõem a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.³

A promoção da saúde, descrita como um novo paradigma pauta-se na integralidade do cuidado, compromisso social, manutenção da saúde e suporte à reorganização do trabalho em saúde.⁴ A definição ampliada de saúde, assumida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do Sistema Único de Saúde e das Cartas de Promoção da Saúde, considera uma integração entre o sujeito e a coletividade. Neste aspecto, a saúde da família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, sendo responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias e são localizadas em uma área geográfica delimitada.³

Os integrantes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) são elementos importantes, pois uma das atribuições destes é o de estabelecer vínculo com a comunidade, com vistas a reduzir as diferenças no estado de saúde da

população, pois as equipes realizam as ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e, manutenção da saúde da comunidade.

Neste aspecto, a qualificação dos profissionais de saúde foi considerada elemento importante, na conferência de *Galway*, na Irlanda, em 2008. Assim, há necessidade de investir no conhecimento dos diferentes significados que a promoção da saúde pode ter para os atores que operacionalizam as políticas públicas, portanto, é preciso desenvolver competências, para enfrentamento dos problemas de saúde da população na perspectiva da promoção da saúde.⁶ Assim, a constituição das equipes da ESF deve contemplar a perspectiva interdisciplinar considerada como ação de conhecimento entre os profissionais, cuja postura está no exercício do diálogo, troca de experiências e reconhecer o contexto.⁷

Quanto ao referencial teórico adotado nesta pesquisa foi as Representações Sociais (RS), que surgiu na psicologia social segundo a estudiosa *Jodelet* este referencial teórico deve ser estudadas mediante articulação dos elementos afetivos, mentais e sociais integrando a cognição, a linguagem e a comunicação por meio da tomada de consciência das relações sociais que afetam as representações e da realidade material, social e ideacional acerca da qual vão intervir.⁸ Deste modo, cada profissional traz consigo as representações sobre os fenômenos que o cercam. Assim, mediante o acesso às crenças, interpretações e relações que se estabelecem numa sociedade acerca de um determinado domínio ou fenômeno.⁸⁻⁹

As representações sociais que os trabalhadores identificam são basilares para que o enfermeiro tenha acesso a um campo vasto de investigação no sentido de compreender as diversas relações que se constroem nas vivências individuais e coletivas dos trabalhadores dentro e fora do ambiente laboral.⁵

Diante dessas configurações questiona-se: Quais são as representações dos trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família acerca da promoção da saúde? para responder a questão, o estudo tem como objetivo:

- Analisar a representação social dos trabalhadores de saúde da ESF acerca de promoção da saúde.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa descritiva, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, sendo desenvolvido em Unidades com Estratégia da Saúde da Família (UESF), do município de Curitiba, estado do Paraná, entre os meses de Julho a Dezembro de 2010. Realizou-se um sorteio das UESF na proporção de 20% de unidade por distrito sanitário e o mesmo percentual dos integrantes da equipe. Esses foram representados por 58 profissionais de saúde (enfermeiro, médico, odontólogo, técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem e auxiliar em saúde bucal) de dez Unidades com ESF.

Os critérios de inclusão foram: pertencer à equipe da ESF, ter sido selecionado mediante sorteio, não estar afastado ou de licença do serviço. E os critérios de exclusão: os trabalhadores que não concordaram em participar, após o conhecimento dos objetivos e a leitura do termo de consentimento livre esclarecido.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, cujo instrumento teve os dados de identificação e o que é a promoção da saúde para você? Também foram gravadas em fita magnética, que assegurou o anonimato dos participantes. De tal modo, ao transcrever as entrevistas procurou preservar as identificações dos trabalhadores, assim foram identificados com a letra E, seguido de algarismos em ordem crescente, idade, sexo e a categoria profissional.

Para análise dos dados utilizou-se o *software* ALCESTE (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto). Esse programa organiza e classifica os dados textuais coletados, por meio de uma análise

hierárquica descendente, classifica as palavras de acordo com suas ocorrências e as agrupa em classes. A análise quantitativa para elementos textuais considera a qualidade do fenômeno estudado e fornece critérios provenientes do material como indicador de interesse científico.¹⁰

O *corpus* analisado é constituído por 58 Unidades de Contexto Inicial (UCI), que foi repartido por 124 Unidades de Contextos Elementares (UCEs), que correspondem a 95,19% do contexto inicial. Neste *corpus* existiu um total de 4183 ocorrências e de 935 formas distintas de palavras, correspondendo a uma média de 4,5 ocorrências por palavra. Na análise dos dados que se segue, foram consideradas palavras com frequência igual ou superior seis e um χ^2 igual ou superior a 4.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná CEP/SD 890.015.10.02. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após leitura.

RESULTADOS

Os participantes foram caracterizados segundo, sexo, média de idade, tempo de formação e tempo de serviço na Secretária Municipal de saúde, conforme Tabela 1. O sexo feminino predominou (n=25), na categoria auxiliar de enfermagem. Com relação à idade a maior média foi de 54 anos evidenciada na categoria técnico bucal. O tempo médio de formação foi acima de quatro anos com o máximo de 22 anos para os odontólogos, no que se refere ao tempo de serviço na instituição verifica-se que os auxiliares de saúde bucal possuem maior permanência na Instituição.

Tabela 1. Caracterização dos Profissionais da Equipe Saúde da Família. Curitiba (PR) Brasil, 2010

Profissionais da Saúde	Sexo		Média Idade	Tempo Médio de Formação/anos	Tempo de Serviço Instituição/anos
	Feminino	Masculino			
Enfermeiro	17	0	39	14	06
Médico	02	01	38	14	07
Odontólogo	03	0	45	22	11
Técnico em Saúde Bucal	03	0	54	19	06
Auxiliar de Enfermagem	25	03	43	15	07
Auxiliar em Saúde Bucal	04	0	42	04	12

Da análise resultaram quatro classes hierarquicamente ordenadas como *trabalho de orientação; prevenção da doença, oferecer conhecimento e fazer a mudança*, que

revelam a representação da promoção da saúde por estes profissionais da ESF, conforme Figura 1.

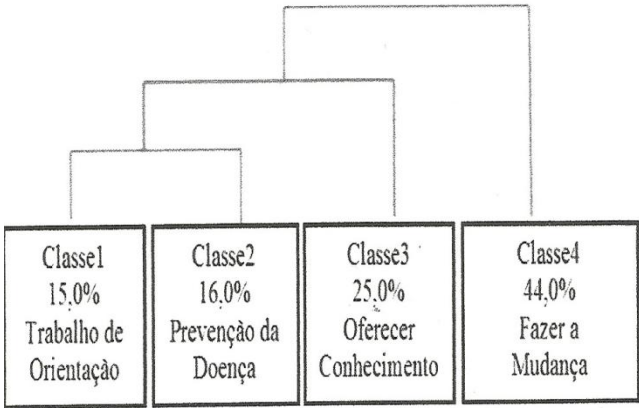


Figura 1. Classes das Unidades de Contextos Elementares. Curitiba-PR, Brasil, 2011.

Classe 1: Trabalho de orientação

A classe 1, teve como UCEs as palavras: Trabalho, promoção da saúde, saúde, orientação, tentar e dar. Constituiu-se em torno de um trabalho de orientação que tenta melhorar a saúde dos usuários. Para estes profissionais, a promoção da saúde é representada a partir de um trabalho cotidiano que mediante orientações concretas aos usuários visa mudar o seu estado de saúde.

[...] promoção da saúde, principalmente em saúde coletiva e tudo. Resume o nosso trabalho. Traduz o que a gente tenta fazer já dentro do consultório. Promoção da saúde é você realizar uma orientação e você esclarecer as dúvidas e isso gerar uma mudança de comportamento e principalmente da situação em que se encontra o usuário (E18, 40, F, Enfermeiro).

Tudo que a gente tenta levar de informação, para mim é promoção da saúde (E23, 43, F, Odontólogo).

Promoção da saúde é aquela saúde que a gente almeja para os nossos pacientes, mas que se ele ou nós não trabalharmos orientando para que eles tenham essa saúde, através da educação, de palestras, de orientação, de trabalho de prevenção [...] não acontece (E57, 50, F, Odontólogo).

Classe 2: Prevenção da doença

Os participantes representam a promoção da saúde a partir do paradigma da prevenção da doença. De tal modo, quando se referem à promoção da saúde eles usam termos associados à prevenção, por exemplo, evitar ou prevenir as doenças nas pessoas. Outro termo utilizado é cuidado, que representa para eles tentar, passar/dar qualidade de vida para os usuários do serviço, num sentido com uma só direção - do profissional para o sujeito, tal como é usual no paradigma preventivo, como se pode ver nas UCEs representativas dessa classe 2 que são: gente,

prevenção, promoção, doença, tentar, cuidado.

É tentar evitar que as doenças venham com mais força? Apareçam mais rápido, é a prevenção? Na realidade (E15, 23, F, Auxiliar de Enfermagem).

Prevenção é você tentar que a doença não apareça, promovendo, mostrando para aquela pessoa o que ela tem que fazer para não ter aquela doença, isso é muito difícil, porque a gente tem outra cultura, totalmente diferente, desde a faculdade (E58, 48, F, Médico).

Atualmente, dentro aqui do PSF e tentar, mesmo aquelas pessoas que já tem alguma doença, e tentar deixar uma qualidade de vida. Acho que seria a gente tentar dar e a própria pessoa ter condições de ter, com a gente vê lindo é maravilhoso (E34, 35, F, Enfermeiro).

Classe 3: Oferecer conhecimento

A promoção da saúde é também concebida por participantes como um processo de oferecer conhecimentos aos usuários, para que esses possam manter ou melhorem a sua saúde, as UCEs desta classe foram: promoção da saúde, cuidado, conhecimento e profissionais.

Nas representações sociais expressas, a ideia da transmissão de conhecimento científico acerca da saúde só tem um sentido ou direção - dos profissionais (os peritos) para os leigos. O domínio do conhecimento da saúde é nesta concepção, exclusivo do profissional. Entretanto, salienta-se que o conhecimento em si também é considerado um fator promotor da saúde. Este conhecimento pode dar acesso aos meios e recursos para ajudar a saúde, como ilustra o excerto seguinte:

Promoção da saúde é o que você pode ofertar de conhecimentos para população (E13, 53, F, Técnico de Higiene Bucal).

Se não estudar não vai ter dinheiro, vai passar dificuldade. Pessoa com dificuldade

financeira fica mais doente, não se alimenta bem, começa tudo por aí [...] então acho que promoção à saúde é você estar orientado em todos os sentidos, não só assim: ah! Você precisa se cuidar, tem que comer isso, não pode beber aquilo [...] é você levar para as pessoas o teu conhecimento assim no que diz respeito a tudo da saúde, que é o bem estar, até o lado espiritual, até o dinheiro, o financeiro. Isso tudo conta muito (E30, 32, M, Auxiliar de Enfermagem).

Classe 4: Fazer a mudança

O conteúdo da classe 4 evidencia que os participantes, desejam fazer a mudança nos hábitos de vida dos indivíduos por meio da promoção da saúde. A necessidade verbalizada de realizar mudanças individuais omite o envolvimento dos próprios usuários e também da comunidade em que estão inseridos.

De fato, a palavra comunidade aparece com pouca frequência nas falas dos entrevistados, o que demonstra que o profissional não associa a mudança à própria comunidade, como se pode ver nas UCEs dos participantes: fazer, saber, coisa, melhor, ver, mudança, consegue e promoção da saúde.

Promoção em saúde é realmente você conseguir fazer mudança. Eu acho que aí está o grande problema (E1, 52, F, Enfermeiros).

A gente tem que fazer com que eles percebam o que está errado na vida deles, a gente sabe quando olha, mas o que eles realmente estão sentindo pode melhorar, daí que eles conseguem ver isso, é muito difícil [...]. Porque tem muita dificuldade de compreensão e cada um tem seu momento de mudança, cada um de nós sabe o que, às vezes, está ruim na nossa vida e como às vezes é difícil a gente mudar certas coisas [...]. E assim coisas como cigarro, hábito de comer doces, refrigerantes, tudo é mudança de hábito essas mudanças às vezes demoram muito para a gente, é o momento (E55, 49, F, Enfermeiros).

DISCUSSÃO

Na classe 1, **Trabalho de orientação**, a promoção da saúde é associada a um trabalho cotidiano que sustentado em orientações, tenta mudar os comportamentos de saúde dos usuários. As representações sociais expressas faz emergir as dificuldades de serem bem sucedidos no trabalho de promoção da saúde, que é assumida como uma tentativa para e não como um trabalho cujos objetivos são atingidos de imediato. De fato, ao invés do paradigma preventivo, as intervenções não

obtêm os resultados expectáveis e nem resultados imediatos.

A mudança que a promoção da saúde se propõe atingir não se limita ao indivíduo, mas ao contexto em que ele se encontra envolvido, o que exige o esforço conciliado de múltiplos parceiros e agentes. A maioria dos casos consta que se trata de mudança ampla, ela envolve e necessita de tempo para ser concretizada.

A promoção da saúde evoca e convoca a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde. Revela a impossibilidade de o setor de saúde responder isoladamente às transformações necessárias, que garantam opções saudáveis para a população.¹¹

Assim, aos tempos curtos da prevenção, opõem-se aos tempos longos da promoção, ainda não apreendidos por profissionais, formado no paradigma preventivo dominante e sempre focado nos resultados imediatos. De fato, o trabalho de promoção da saúde, sendo estratégico, sequencial, conduzido *step by step* e mais centrado nos problemas do que nas soluções, sempre negociados com todos os intervenientes no processo, que emerge como um trabalho de longo prazo.

A base do discurso centra-se também na divulgação de informação científica e de recomendações normativas visando a mudanças dos hábitos de saúde, por conseguinte mantendo a vertente na atenção curativista, centrada na doença, com certo desconhecimento da realidade e do contexto sociocultural das famílias.¹²

Esta promoção da saúde, a que se referem, operacionaliza-se por meio de ações pontuais não se consubstanciando num trabalho continuado e negociado, em busca de consensos com os indivíduos e a comunidade onde estão inseridos. Além disso, todas as orientações e informações que são transmitidas radicam sempre numa verticalidade do conhecimento transmitido, assumindo o saber científico como o único referencial para o trabalho que realizam. Nesta representação, os saberes leigos e os seus contributos estão ausentes, tal como o trabalho em parceria com os usuários.¹² A operacionalização da promoção de saúde faz-se “para” os usuários e não “com” os usuários, como é estabelecido pela Declaração de Jacarta em 1987.¹³

A análise da classe 1 **trabalho de orientação** revela, que os profissionais entrevistados se afastam dos atuais modelos de promoção da saúde, nomeadamente quando se trata de articular e utilizar o

conhecimento acerca da saúde e de formular, operacionalizar estratégias promotoras da saúde dos indivíduos e das comunidades de saúde.¹⁴

Os resultados indicados na classe 2 **Prevenção da doença** apresentam uma característica que se assemelha aos estudos de Guergel e colaboradores¹⁵ em que a promoção da saúde está limitada ao primeiro nível de prevenção.

As falas nesta classe revelam as seguintes expressões “tentar prevenir as doenças” e “cuidado de si”. As representações sociais dos profissionais de saúde em relação à promoção da saúde são estabelecidas com base na prática de prevenir doenças e está também focada na melhor forma de conduzir ao tratamento mediante a educação em saúde.

Isso vai ao encontro dos resultados obtidos por Toledo e colaboradores¹⁶, mencionam que para melhorar as condições de saúde do indivíduo é necessário que o profissional faça uso da educação em saúde, que não deve ser exclusivamente informativa e normativa, mas deve levar os usuários a refletirem acerca das bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, mas como um direito social. Isto significa que a promoção da saúde é mais do que uma atividade preventiva, ao contrário das concepções expressas pelos participantes.

A promoção da saúde considerada uma estratégia global incorporada na vida dos indivíduos, nos aspectos social, individual e ambiental. Portanto, não deve ser vista como responsabilidade exclusiva do setor de saúde, pois vai além de um estilo de vida saudável, enfatiza as condições de vida e de trabalho do sujeito.¹⁷

As dificuldades em operar a distinção, entre estratégias de promoção da saúde e ações preventivas estão relacionadas às próprias práticas de saúde, que evoluíram a partir da construção científica do modelo biomédico inserido em nossas práticas profissionais, muitas vezes desde a graduação. Além disso, a organização institucional das ações em saúde, durante muito tempo, se circunscreve e limita-se aos conceitos objetivos não de saúde, mas de doença.¹⁷

A classe 3 **Oferecer conhecimento**, o conhecimento científico é aquele que detém a verdade acerca das práticas saudáveis, sendo transmitido por profissionais aos usuários por meio da prescrição de condutas. Este processo da transmissão de conhecimentos revela, a ausência de horizontalidade relativa aos conhecimentos dos profissionais e usuários.

Essa atuação é pautada por um relacionamento, fortemente, hierarquizado em que o profissional detentor do conhecimento, transmite ao usuário completamente desprovido de saberes. O trabalho de promoção da saúde, tal como foi caracterizado por entrevistados, é pautado pela autoridade profissional e não se estabelece, como um compromisso para a autodeterminação e autocuidado dos indivíduos e das comunidades, de acordo com os princípios da ESF.¹⁷

A evidência da abordagem multidimensional é feita quando o conhecimento representado se revela como uma ciência que não se centra apenas nas práticas de saúde, mas recorre como meio facilitador de acesso aos bens e serviços. Simultaneamente, apela à interdisciplinaridade e à intersetorialidade, que são consideradas fundamentais para a operacionalização da promoção da saúde. Tal como sustenta a Declaração de Jacarta, quando enuncia os novos desafios associados aos determinantes da saúde.¹³ Está caracterização remete para uma abordagem dos indivíduos numa dimensão mais ampla e política, a qual condiciona, produz e se reproduz nas práticas de saúde individuais e coletivas.

Os discursos dos participantes da classe 4 **Fazer a Mudança** revelam que eles não se atêm ao paradigma da promoção da saúde, pois apela à necessidade de respeitar as limitações, o tempo de cada pessoa e de envolver nas ações e nos planos associados à promoção da saúde. Neste sentido, as mudanças individuais traduzem a metodologia da educação em saúde, embora a promoção da saúde compreenda o modelo radical de educação em saúde, que pauta-se no desenvolvimento de capacidade dos indivíduos e da coletividade, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas.¹⁸

Por sua vez, os indivíduos devem assumir a responsabilidade acerca dos efeitos deletérios de seus hábitos de vida - um agregado de decisões individuais que afetam a saúde - não saudáveis. No entanto, esta abordagem sugere aconselhamentos aos indivíduos de forma mais flexível, acesso a informação, conscientização da população acerca dos seus direitos e responsabilidades, que envolvem a sua saúde e as condições de vida.¹⁸ A mudança de que falam os profissionais entrevistados, é subjacente aos modelos preventivos, cujas atuações geram a mudança unidirecional e imediata nos determinantes da saúde.

As influências preventivas no discurso dos participantes são visíveis quando assinalando os pontos negativos dos hábitos de vida do usuário e, assumem uma normatividade, colocam-se em um patamar superior e consideram-se os únicos detentores do saber na saúde, em oposição aos preceitos de operacionalização descritos nos diferentes documentos oficiais e conceituais referentes à promoção da saúde.

A Carta de Ottawa em sua abordagem sócio ambiental propõe que o indivíduo e coletivo devem adquirir as competências para que tenham influência acerca dos causadores no estado de doença, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida. Também considera necessário que os indivíduos estejam capazes de identificar e alcançar objetivos que satisfazem suas necessidades, de acordo com o meio em que estão inseridos.¹

A análise da classe 4- *Fazer a Mudança* revela que no cenário da atenção à saúde, a força de trabalho ainda é treinada no modelo de prática de tratamento agudo e não para uma abordagem conjunta de promoção da saúde ao realizar o atendimento ao indivíduo. Isso faz com que não disponha de conhecimentos especializados relativos ao universo conceitual da promoção da saúde. De fato, muitos profissionais da atenção primária ainda não têm acessos efetivos às habilidades, o que consequentemente os tornam incapazes de ajudar o indivíduo, e de atuar nas equipes de saúde de forma eficaz.¹

Os discursos analisados nesta classe 4 revelam que no pronunciamento da promoção da saúde, os participantes reféns do paradigma preventivo, não operacionalizam no seu cotidiano de trabalho um modelo de mudança, que propicie condições e informações adequadas para o autogerenciamento, aderência ao esquema terapêutico, habilidades funcionais, conhecimentos acerca dos cuidados e do senso de responsabilidades para consigo mesmo e para com os cuidadores de saúde.¹

CONCLUSÃO

O estudo permitiu evidenciar que as Representações Sociais dos trabalhadores de saúde acerca da promoção da saúde revelam o domínio do paradigma preventivo nos discursos desses profissionais. Os termos utilizados para se referirem à promoção da saúde, apontam expressões como prevenção, doença ou transmitir orientações, indicam uma clara unidirecionalidade e hierarquização da atuação do profissional para o usuário, pois

é resultado de uma forte assimilação e apropriação dos conceitos e fundamentos do modelo preventivo, histórica e tradicionalmente dominante no universo da saúde.

Existe um paradoxo entre o discurso institucional e o discurso da equipe multiprofissional de saúde, que provavelmente reflete a formação dos participantes no modelo biologicista e preventivista, em contraposição ao modelo teórico de promoção da saúde, desta forma há que se questionar: Qual é a prática oriunda desta contraposição entre os discursos? Deste modo, este estudo contribui para reflexão dos profissionais em relação as suas práticas. Ainda, permite refletir o papel das instituições formadoras e dos serviços quanto ao enfrentamento deste paradoxo na tentativa de minimizar ou dirimir as contradições, não só para a Enfermagem, mas outros profissionais de saúde com vistas à qualificação da formação.

Esta pesquisa limita-se a um grupo social, portanto não é possível generalizar estes resultados, embora requeira outras pesquisas que possam explicitar o impacto das representações sociais no desenvolvimento das ações na Atenção Básica à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Brasília: OMS, 1986.
2. Alves M. G M. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares: até quando ficaremos “enxugando o gelo”? Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Nov 14];17(1):18-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a04v17n1.pdf> ISSN 1413-8123.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 14] Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
4. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev esc enferm USP [Internet]. 2009 Dec [cited 2013 Nov 14];43(spe2):1352-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a36v43s2.pdf> ISSN 0080-6234.

5. Araujo JS, Silva SED, Conceição VM, Oliveira RAA. Representações sociais dos trabalhadores frente à bebida alcoólica. J Nurs UFPE online [Internet]. 2013 Oct [cited 2013 Dec 10]; 7(10):5890-5. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5069/pdf_3600 DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201308
6. Guedes NG, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL, Lopes MVO, Ximenes LB, Vieira NFC. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012; [cited 2013 Dec 10];25(1):151-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n1/v25n1a26.pdf> ISSN 0103-2100
7. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 Sept [cited 2013 Dec 10]; 32(3):546-53. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/16808/13938> ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447
8. Jodelet D. Representações sociais: *um domínio em expansão*. In: JODELET D. (Org.). As representações sociais. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UDUERJ; 2001.
9. Rouquette ML. As representações sociais no quadro geral do pensamento social. In: Moreira ASP. et al. (Orgs). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 189-200.
10. Camargo, BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira, Antonia Silva Paredes et al. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB; 2005. p. 511-539.
11. Ferreira AM, Moysés ST, Moysés SJ. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. Interface (Botucatu) [Internet] 2010 July/Sept [cited 2013 Dec 10]; 14(34):683-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0210.pdf> ISSN 1414-3283.
12. Moretti-Pires RO, Ferro SGB, Büchele F, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. Rev esc enferm USP [Internet] 2011 Aug [cited 2013 Dec 10];45(4):926-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a19.pdf> ISSN 0080-6234.
13. Declaração de Jakarta. Promoção da saúde no Século XXI. Adaptado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 21-25 de Julho de 1997. Jacarta, República de Indonésia.
14. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.
15. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rêgo RMV, Passos ML. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 July/Sept [cited 2013 Dec 10];15(3):610-15 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a24v15n3.pdf> ISSN 1414-8145.
16. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto-enferm [Internet] 2007 Apr/June [cited 2013 Dec 10];16(2):233-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf> ISSN 0104-0707.
17. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Interface (Botucatu). [Internet] 2009 July/Sept; [cited 2013 Dec 10];13(30):153-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13.pdf> ISSN 1807-5762.
18. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde: significado e práxis Esc Anna Nery [Internet] 2011 Oct/Dec [cited 2013 Dec 10];15(4):701-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4.pdf> ISSN 1414-8145.

Submissão: 27/01/2014

Aceito: 02/11/2014

Publicado: 01/12/2014

Correspondência

Maria de Fátima Mantovani
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Paraná
Av. Pref. Lothario Meissner, 632 / 3º andar
Bairro Jardim Botânico
CEP 80210-170 – Curitiba (PR), Brasil