

Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde

An assessment of the National Policy on Health Promotion by SUS managers, employees, health counselors, and users

Veruska Prado Alexandre¹
Dais Gonçalves Rocha²
Vânia Cristina Marcelo¹
Jacqueline Rodrigues de Lima¹

Abstract Emergence of a subject into the public agenda is a complex process that involves interpretation of the current reality, and consensus-building. This paper analyzes assessments made by managers, employees, health counselors and users of Brazil's Unified Health System (SUS) on the inclusion, exclusion or revision of components of the Brazilian National Health Promotion Policy (NHPP). The survey is part of the process of review of the NHPP. It is a descriptive study, carried out by web questionnaire in November 2013 – March 2014, with 1,545 participants. The questionnaire assessed the components of the first version of the NHPP – published in 2006 (objectives, guidelines, specific actions), and the central operational guidelines constructed for the second version (2014). The participants concluded that the components of the 2006 NHPP were adequate for the demands of the field in the current situation. However, they suggested some contributions to complement the Policy, including, among others: management and planning; social determinants of health; intra-sectoral and intersectoral actions; equity; and development of personal skills. Participants emphasized professional education and the sustainability of actions in operational strategies. The contributions that the participants made do indeed point to the present needs in the field. We suggest that the NHPP should be evaluated in the various public spheres.

Key words Public health policy, Health promotion, Assessment

Resumo A emergência de um tema à agenda pública é um processo complexo que envolve a interpretação da realidade e a construção de consensos. Este artigo analisa a avaliação feita por gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a inclusão, exclusão e revisão de componentes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS). Esta pesquisa compôs o processo de revisão da PNaPS. Estudo descritivo, realizado por meio de questionário eletrônico entre novembro/2013 a março/2014. No total, participaram 1545 pessoas. O questionário avaliou os componentes da primeira edição da PNaPS – 2006 (objetivos, diretrizes, ações específicas) e os eixos operativos construídos para a segunda. Os participantes concluíram que os componentes da PNaPS 2006 estavam adequados às demandas do campo para a atualidade. No entanto sugeriram complementações quanto a: gestão e planejamento; determinantes sociais da saúde; intrasetorialidade e intersetorialidade; equidade; desenvolvimento de habilidades pessoais, etc. Quanto aos eixos operacionais foi dado destaque também à formação profissional e à sustentabilidade das ações. As contribuições dos participantes apontam para as necessidades atuais do campo. Sugere-se que a PNaPS seja avaliada nas diferentes esferas públicas.

Palavras-chave Política pública de saúde, Promoção da saúde, Avaliação

¹ Universidade Federal de Goiás. R. 227/Quadra 68/sn, Setor Leste Universitário. 74.605-080 Goiânia Goiás Brasil. veruskaprado@ufg.br
² Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Diversos são os desafios para a formulação de uma política pública. Um dos primeiros aspectos que norteia este processo é a própria definição de política. Há contribuições que as citam como ação do governo e outras que as afirmam como a tradução dos ganhos, dos motivos e das mudanças¹. Uma possível crítica a estas proposições pode ser feita quanto à ausência de debates sobre conflitos, interesses e ideias, mas tem como avanço reconhecido o fato de darem *locus* a esta ação (o governo).

Outro aspecto sempre relevante nos estudos sobre políticas públicas refere-se à compreensão sobre como uma questão ou tema específico ganha relevância no contexto político a ponto de formar uma agenda (*agenda-setting*) e influenciar o desenvolvimento de uma política pública^{2,3}. A emergência de um tema a uma política pública é um processo que envolve interpretação social da realidade⁴, além de um esforço por disseminar e construir consensos em torno de imagens sobre problemas/questões².

No campo da promoção da saúde (PS), políticas e documentos nacionais do setor saúde como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁵ e o Plano de ações estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil⁶, assim como internacionais voltados para as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT)⁷, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁸ e para a iniciativa Saúde em Todas as Políticas⁹ apontaram para a necessidade de mudanças na agenda da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS)¹⁰.

A emergência de novas questões no âmbito da PS apontadas por estes documentos, assim como em eventos da área e pela comunidade de política e de práticas associadas ao tema, ligada a um ambiente institucional favorável à revisão da PNaPS propiciou a atualização ampla da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006 – PNaPS 2006¹⁰, atuando não somente na atualização da agenda, mas também na reformulação de objetivos, princípios, diretrizes, dentre outros¹¹. Este processo foi orientado pelo princípio da participação, buscando, por meio de escuta a diferentes atores envolvidos com esta política, construir uma imagem e um consenso em torno de ideias relacionadas aos problemas que deveriam ser enfrentados, as possíveis alternativas e soluções a estes e a busca por apoio político para tal movimento¹¹.

Esta visão processual e de tomada de decisão compartilhada sobre o planejamento de políticas

públicas pode contribuir para a consolidação de consensos e para a geração de redes de confiança entre diferentes atores e a contextualizá-la para além de uma produção técnica¹².

O processo de revisão da PNaPS foi realizado a partir de um conjunto de metodologias¹¹: 1) consulta aos profissionais de saúde, representantes de movimentos sociais, gestores e técnicos de secretarias e departamentos do Ministério da Saúde (MS), via formulário eletrônico denominado FormSUS; 2) Oficinas regionais voltadas para a análise mais localmente contextualizada da PNaPS, bem como para a consolidação de compromissos para implementação da versão revisada da política; 3) escuta intersetorial, por meio do método Delphi, envolvendo outros Ministérios e Secretarias do Governo e instituições não governamentais; e 4) condução de oficinas de consenso intra e intersetoriais para pactuação e construção do texto da PNaPS.

No caso específico do FormSUS, este instrumento privilegia a participação de um público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a órgãos públicos parceiros¹³, possibilitando assim a escuta de atores que atuam no cotidiano de tradução de uma política para a prática¹². Neste sentido, este artigo analisa a avaliação feita por gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a inclusão, a exclusão e a revisão de componentes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS).

Métodos

Estudo descritivo, realizado entre os meses de novembro de 2013 e março de 2014 com gestores e técnicos do MS, de Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais brasileiras; membros do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); conselheiros do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conselhos municipais (CMS) e estaduais de saúde (CES); profissionais vinculados a Comissões Intergestores Regionais (CIR), trabalhadores e usuários do SUS.

Para a coleta dos dados foi desenvolvido um questionário autopreenchido, composto por 51 questões, predominantemente quantitativas, acolhido em meio eletrônico no domínio do MS, denominado FormSUS.

O acesso ao formulário ocorreu por meio do site da Diretoria de Vigilância de Doenças e Agra-

vos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (DEVDAN-TPS/SVS). Com exceção do público geral (usuário do SUS) que acessou o questionário por meio de link livre, os demais respondentes receberam um e-mail contendo uma carta do MS apresentando o processo de revisão e a forma de acesso ao FormSUS.

O questionário foi organizado em quatro blocos sendo o primeiro composto por perguntas que caracterizavam o participante quanto a representação/vínculo institucional, idade, sexo, escolaridade e região de moradia. O segundo bloco tratava de aspectos gerais da PNaPS, como conhecimento sobre a existência da política, desenvolvimento de ações de PS e ainda identificava elementos que deveriam orientar o processo de revisão da PNaPS. No terceiro estavam presentes os componentes da PNaPS¹⁰: objetivo geral, os 12 objetivos específicos, 6 diretrizes e 8 ações específicas. No caso do objetivo geral, avaliava-se a adequação deste às demandas de PS da atualidade e questionava-se sobre lacunas. Estas últimas, quando identificadas, deveriam ser registradas no campo destinado às questões abertas.

Os componentes da política foram avaliados segundo a sua manutenção no texto da nova PNaPS (PNaPS 2014)¹⁴, sendo os respondentes estimulados a assinalar uma opção dentre: (1) essencial – tem que ser incluído, obrigatoriamente; (2) muito importante – seria bom incluir; (3) considero um tópico interessante, mas se tiver que cortar alguma coisa, esse poderia ser excluído; (4) não incluiria nessa política, mas pensaria em outras sobre o tema; ou (5) discordo – não vejo a menor necessidade de incluir esse tópico. Em seguida, constituindo um espaço de livre expressão, buscava-se identificar alguma ausência nestes itens, sendo o entrevistado estimulado a descrever esta falta percebida, sem limite de escrita.

Para as análises quantitativas optou-se por recategorizar as respostas dos itens anteriormente descritos, tendo sido as opções 1 e 2 unidas, gerando a nova categoria “Essencial/Muito importante”, a opção 3 mantida e renomeada para “Pode ser excluído” e as opções 4 e 5 foram também unidas, formando a categoria “Não incluiria/discordo”.

O último bloco do questionário era composto por 11 questões, as quais apresentavam eixos operativos, propostos pelo Comitê Gestor da PNaPS, para compor a nova política. Estes itens foram avaliados e analisados segundo a mesma estrutura descrita para os componentes da PNaPS 2006¹⁰.

As questões quantitativas foram tabuladas e os resultados expressos em frequência relativa e absoluta utilizando o programa Microsoft Excel 2010. Análise estatística foi realizada com o auxílio do aplicativo Statistical Software for Professional (STATA), versão 11.0, buscando identificar associação entre o conhecimento da PNaPS e características sociodemográficas como escolaridade e região de residência, sendo os resultados expressos em frequências simples e absoluta. Para verificar a significância estatística foram usados o teste do χ^2 e o teste exato de Fisher, considerando $p < 0,05$.

A análise das questões qualitativas foi realizada inicialmente pelo isolamento das frases dos respondentes considerando o seu *locus* de inscrição: objetivo geral, objetivos específicos, diretrizes, ações específicas e eixos operativos. Estas falas foram lidas e extraiu-se delas as categorias emergentes de análise. Após várias leituras chegou-se a um quadro de categorias e subcategorias, sendo então possível agrupar falas as quais foram utilizadas para melhor ilustrar as contribuições encontradas¹⁵.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás. Em decorrência do método de coleta de dados (formulário eletrônico), o termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído por uma pergunta incluída no questionário FormSUS, a qual o(a) respondente assinalava o seu acordo ou desacordo em participar do estudo.

Resultados e discussão

No total, 1545 pessoas responderam ao questionário. As variações encontradas no total de respostas de cada item são decorrentes do fato de que os respondentes poderiam optar por deixar qualquer uma das questões sem resposta.

Do total de participantes ($n = 1545$), 32,2% ($n = 497$) informaram ter idade entre 30 a 39 anos; 67,2% ($n = 1039$) apresentavam título de pós-graduação (Tabela 1). Grande parte ($n = 183$, 57,2%) também relatou vínculo com SMS e 73% ($n = 1128$) se identificaram como sendo do sexo feminino (Tabela 1). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, sobre o perfil da gestão e dos gestores estaduais e municipais de saúde, na qual foi encontrado que mais da metade (52,8%) destes eram mulheres¹⁶. Esta tendência foi observada em municípios com até 50 mil habitantes, sendo

alterada a medida que o tamanho populacional da cidade aumenta¹⁶. A chamada feminilização que vem ocorrendo nas profissões de saúde chama atenção para a necessidade de debater temas como processo de trabalho, promoção e cuidado da saúde do trabalhador e qualidade de vida considerando as iniquidades de gênero ainda persistentes¹⁷.

Diferentes esforços foram empreendidos buscando aumentar o número de participantes que se vincularam a conselhos de saúde (CS), entretanto a adesão continuou bem abaixo do esperado. A título de registro, listam-se as ações realizadas junto aos conselhos: envio às mesas diretivas nas diferentes esferas federativas; participação em reunião do CNS com apresentação da pesquisa e esclarecimento de dúvidas; divulgação do questionário na página eletrônica do CNS. A ampliação da participação de diferentes segmentos e atores sociais em um processo de mudanças de políticas pode favorecer melhores resultados quando da implantação desta, além de obter diferentes visões sobre o processo de PS³.

Em relação a participação por região, neste estudo, o maior número de respondentes está vinculado às regiões Sudeste e Nordeste, 43,4% e 21,2%, respectivamente (Tabela 1). Esta mesma predominância de vínculo regional foi encontrada em estudo com gestores de saúde realizado em 2014¹⁶. O estado do Tocantins (n = 37) apresentou o maior número de participantes da região Norte, o do Ceará (n = 80) na região Nordeste, Goiás (n = 105) na região Centro-Oeste, São Paulo (n = 287) na região sudeste e o Rio Grande do Sul (n = 72) na região sul (Tabela 1). Estes estados juntos representam 44,7% dos respondentes.

A adoção de método de coleta com amplo acesso por diferentes segmentos vinculados à execução da PNaPS favorece o que Almeida e Paula¹⁸ afirmam como sendo o uso da avaliação de política pública como um mecanismo para o controle social.

A maioria dos respondentes informou conhecer a PNaPS 2006¹⁰ (90,7%, n = 1401). No entanto, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa considerando a distribuição por escolaridade (p = 0,000) e por região (p = 0,003) (Tabela 2).

Os cinco elementos mais citados como orientadores para o processo de revisão foram: Capacitação profissional/qualificação dos trabalhadores/Educação permanente; monitoramento e avaliação; controle social/participação social; humanização e intersetorialidade. E os menos citados: Justiça social, advocacia/*advocacy*, coo-

Tabela 1. Distribuição dos respondentes segundo características sociais e conhecimento sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) publicada em 2006.

Variável	Frequência	
	n (1545)	%
Sexo		
Feminino	1128	73,0%
Masculino	417	27,0%
Idade (anos)		
< 20	07	0,4%
20 - 29	259	16,8%
30 - 39	497	32,2%
40 - 49	372	24,1%
50 - 59	319	20,6%
≥ 60	91	5,9%
Escolaridade		
1º grau ^a	04	0,3%
2º grau ^b	102	6,6%
3º grau ou curso superior	393	25,4%
Pós-graduação ^c	1039	67,2%
Nunca estudou	07	0,5%
Vinculação		
Ministério da Saúde	126	8,2%
Secretaria Estadual de Saúde	102	6,6%
Secretaria Municipal de Saúde	883	57,2%
Conselhos de secretários	26	1,7%
CIR ^d	05	0,3%
Regional de saúde	12	0,8%
Trabalhador da saúde	200	12,9%
Usuário	41	2,6%
Movimento social	20	1,3%
Universidade	73	4,7%
Outros	57	3,7%
Região ^e		
Norte	91	7,0%
Nordeste	275	21,2%
Centro-oeste	250	19,2%
Sudeste	564	43,4%
Sul	120	9,2%
Conhece a PNaPS ^f		
Sim	1401	90,7%
Não	143	9,3%

^a ou fundamental ou supletivo de 1º grau; ^b ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau; ^c especialização, mestrado, doutorado.

^d Comissão Intergestores regionais; ^e Informação respondida por 1300 pessoas. ^f Informação respondida por 1544 pessoas.

peração, intrasetorialidade e legitimidade. Cabe destacar que cada entrevistado poderia marcar até 5 itens apresentados em uma lista.

Em relação à pergunta sobre o objetivo geral da PNaPS 2006¹⁰, 74,6% (n = 1152) dos res-

Tabela 2. Associação entre escolaridade, vinculação e região de moradia com o conhecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, versão 2006.

Variável	Conhecimento sobre PNaPS		p
	Não	Sim	
Escolaridade			0,0001*
1º grau ^a	1 (25,5%)	3 (75,0%)	
2º grau ^b	20 (19,6%)	82 (80,4%)	
3º grau ou curso superior	46 (11,7%)	347 (88,3%)	
Pós-graduação ^c	72 (6,9%)	967 (93,1%)	
Nunca estudou	4 (57,1%)	3 (42,9%)	
Região			0,0032**
Norte	11 (12,1%)	80 (87,9%)	
Nordeste	16 (5,8%)	259 (94,2%)	
Centro-oeste	25 (10,0%)	225 (90,0%)	
Sudeste	45 (8,0%)	519 (92,0%)	
Sul	21 (17,5%)	99 (82,5%)	

^a ou fundamental ou supletivo de 1º grau; ^b ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau; ^c especialização, mestrado, doutorado. * Teste exato de Fisher. ** Qui quadrado.

pondentes informaram que este atendia às demandas do campo para a atualidade. Quando perguntados sobre alguma lacuna considerando a própria experiência/atuação, 27,3% (n = 422) identificaram alguma falta. A análise qualitativa destas indicou a necessidade da nova redação do objetivo geral contemplar aspectos como gestão e planejamento; DSS; intrasetorialidade e intersetorialidade; equidade; ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; mídia e comunicação; sustentabilidade das ações; e outras. Estas inclusões indicam uma visão de PS mais ampliada e conseqüentemente com uma agenda “menos restrita”, conforme denominado por alguns líderes da formulação da PNaPS 2006¹⁹.

Os respondentes demonstram ainda preocupação com a sustentabilidade das ações relacionadas diretamente com a garantia de recursos e reformulação nos modelos de gestão e gerenciamento, conforme exemplificado pelas falas a seguir:

Acho que a política de promoção à saúde atual ainda é bastante vulnerável e com muito pouco recurso para os investimentos ainda tão necessários a se fazer em prol da saúde dos usuários do SUS

Mudança nos processos de trabalho em saúde ainda focados na demanda espontânea.

O alcance dos objetivos do PNaPS está diretamente relacionado a compromissos institucionais de políticas públicas voltadas para o alcance dos mesmos: recursos garantidos e efetivos bem como responsabilidades na aplicabilidade dos mesmos.

Da mesma forma, a avaliação dos objetivos específicos¹⁰ foi realizada por 1162 pessoas (75,1% total) e com exceção do texto “Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade...”, obteve sempre mais de 85% de votação como sendo “essencial ou muito importante” para a PNaPS (Tabela 3). Em relação à lacuna, apenas 17% dos respondentes (n = 197) identificaram faltas neste item. Dentre estas foram destacadas as categorias: *accountability/transparência (Os objetivos promovidos necessitam de uma maior fiscalização e acompanhamento na execução. Seria interessante aumentar o quantitativo de servidores empenhados nesse trabalho. Qualificá-los e remunerá-los devidamente)*, articulação de políticas públicas (*Estímulo à articulação com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e sua divulgação, entre municípios, estados e Governo Federal*), planejamento de ações em PS (*Propor Planos de Ação para a execução da PNPS*), autonomia e empoderamento (*Talvez a questão da subjetividade e autonomia em uma perspectiva da Saúde Coletiva*), comunicação e mídia (*Valorizar e ampliar as iniciativas que visem ao acesso livre e gratuito às informações disponíveis na Internet, entendendo a informação como essencial à Promoção da Saúde.*), intersetorialidade (*Contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais*), dentre outras.

A análise dos novos objetivos específicos descritos na PNaPS2014¹⁴ aponta para a incorpora-

Tabela 3. Avaliação da capacidade dos objetivos específicos descritos na Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS, versão de 2006, em responder a demanda atual da área e posicionamento quanto a manutenção.

Objetivo específico ^a	Avaliação (n = 1162)		
	Essencial/ Muito importante n (%)	Pode ser excluído n (%)	Não incluiria/ Discordo n (%)
“Incorporar e implementar ações de PS ^b , com ênfase na atenção básica” ^c	1129 (97,2%)	23 (2,0%)	09 (0,8%)
“Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades...”	1106 (95,2%)	38 (3,2%)	18 (1,6%)
“Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde ...”	1080 (92,9%)	70 (6,0%)	12 (1,0%)
“Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, ...”	1094 (94,2%)	53 (4,6%)	15 (1,3%)
“Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/...”	1028 (88,5%)	116 (10%)	18 (1,5%)
“Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde ...”	1048 (90,2%)	95 (8,2%)	19 (1,6%)
“Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes ...”	1034 (89,0%)	85 (7,3%)	43 (3,7%)
“Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas ...”	1032 (88,8%)	92 (7,9%)	38 (3,3%)
Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade...”	964 (83,0%)	165 (14,2%)	33 (2,8%)
“Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.”	1106 (95,2%)	33 (2,8%)	23 (2,0%)
“Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento...”	1017 (87,5%)	81 (7,0%)	64 (5,5%)
“Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos...”	1080 (92,9%)	67 (5,8%)	15 (1,3%)

^a Os textos na íntegra dos objetivos específicos podem ser consultados na própria PNaPS2006¹⁰. ^b Promoção da saúde. ^c N = 1161.

ção destas sugestões. A PS passou a ser considerada um elemento que compõe as ações em toda a rede e não somente no âmbito Atenção Básica à Saúde. Esta expectativa, depositada na potencialidade da PS em contribuir para reorientar o modelo de atenção em saúde, a partir da coordenação pela atenção primária, está explícita no Brasil desde a primeira edição do Programa de Saúde da Família em 1992²⁰, até a contemporaneidade na celebração dos 20 anos da implementação da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros²¹.

Um dos objetivos da edição de 2006 da PNaPS¹⁰ tratava da ampliação da autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos colocando ênfase no indivíduo (objetivo 2. Tabela 3). Na versão revisada¹⁴ há um objetivo que cita mais diretamente a ação do Estado (por meio de seus diferentes setores e políticas) na promoção de práticas que busquem reduzir as desigualdades e promover a equidade - objetivo 2 da PNaPS 2014¹⁴, e a manutenção do enfoque nos indivíduos con-

forme descrito no objetivo 7 da PNaPS 2014¹⁴. Campos et al.²², em reflexões sobre a construção da PNaPS 2006, já apontavam para a complementariedade destes aspectos, ou seja, para a necessidade de ampliar e consolidar as habilidades individuais para o cuidado em saúde, associado à atuação do Estado sobre promoção de condições de vida e legislações que levem à redução da vulnerabilidade da população a riscos.

Alguns objetivos apresentados na versão de 2006¹⁰ apresentavam uma redação de difícil operacionalização. Pode-se citar como sendo estes os objetivos 3, 4 e 5 (Tabela 3). O conceito ampliado de saúde é um dos elementos centrais que orientam o campo da PS, este já estava presente na Carta de Ottawa²³, na qual a saúde é entendida como uma construção obtida a partir de um conjunto aspectos como os biológicos, os sociais, os econômicos e os políticos, dentre outros determinantes. Percebe-se que o objetivo específico número 3, apresentado na PNaPS 2006¹⁰ (Tabela 3), foi traduzido na PNaPS 2014¹⁴ para outros

objetivos cujo enfoque trata de aspectos como mobilidade urbana e desenvolvimento humano (Objetivo 3, PNaPS 2014), cultura da paz (objetivo 4, PNaPS 2014), modos de vida e de consumo (objetivo 12, PNaPS 2014) e articulação das agendas nacionais e internacionais (objetivo 13, PNaPS 2014)¹⁴. Outra modificação identificada na PNaPS 2014¹⁴ refere-se à tradução do objetivo que tratava da resolutividade do sistema para ações mais concretas, passíveis de avaliação, como o registro das ações de promoção da saúde (objetivo 11, PNaPS 2014)¹⁴.

A finalidade dos espaços públicos foi ampliada na PNaPS 2014. Na versão de 2006¹⁰, o enfoque estava em espaços públicos para produção da saúde, enquanto que na PNaPS 2014 está no desenvolvimento humano e no bem-viver (objetivo 5, PNaPS 2014)¹⁴. A questão ambiental já presente na PNaPS 2006¹⁰, foi mantida na versão de 2014¹⁴, no entanto esta passou a ser vista dentro da ótica do desenvolvimento humano (objetivo 5) e do debate sobre modos de consumo e produção (objetivo 12). O enfoque intersetorial e intrasetorial da política foi mantido nos objetivos específicos, no entanto, na nova redação da política, em 2014, há mais destaque à formulação de políticas públicas e à necessidade de uma articulação com níveis nacional e internacional (objetivo 13, PNaPS 2014). Foi ainda identificado que alguns objetivos específicos da versão publicada em 2006 foram contemplados em outros itens da versão revisada¹⁴, como valores e princípios ou temas transversais, ou ainda ganharam nova redação.

Por fim, cabe destacar que esta análise aponta para a emergência de quatro novos objetivos específicos. Os temas abordados por estes estavam presentes na PNaPS 2006, porém considera-se que a redação na forma de objetivo pode ser interpretada como uma maior visibilidade a estas agendas na versão de 2014¹⁴. Considerando o texto da PNaPS 2014, estes objetivos tratam da valorização dos diferentes saberes e das práticas integrativas e complementares (objetivo 6), processos de formação e educação permanente (objetivo 8), estratégias de comunicação social e mídia que favoreçam a saúde (objetivo 9) e, por fim, um objetivo que tem como enfoque a produção e a difusão do conhecimento (objetivo 10)¹⁴.

Do total de participantes, 1103 (71,4%) responderam às questões referentes à avaliação da capacidade das diretrizes descritas na PNaPS 2006¹⁰ em responder à demanda atual da área e posicionamento quanto à manutenção ou supressão. Com exceção da diretriz “Promover mu-

danças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais”, as diretrizes obtiveram sempre mais de 90% de marcação como essencial/muito importante.

Dos respondentes deste bloco, 14,6% (n = 161) informaram ausência de algum ponto na abordagem das diretrizes, considerando sua própria experiência/atuação. Seguem as lacunas identificadas e alguns exemplos de falas relativas a estas: *accountability/transparência (Limitação da atuação de grupos empresariais na Saúde, como laboratórios farmacêuticos e cooperativas médicas.); advocacy (Dois itens não abordados que devem ser contemplados nas diretrizes: advocacy e a educação interprofissional.); autonomia e empoderamento; comunicação e mídia (A comunicação em saúde não pode ser de uso instrumental institucional como vem ocorrendo, mas sim para promover a circulação horizontal dos saberes e o reconhecimento do outro incluindo todas as falas – diferentes categorias profissionais, indivíduos, grupos); controle social e fiscalização; desenvolvimento sustentável (Falta uma diretriz que aponte claramente para o Fortalecimento das Políticas e Ações para o desenvolvimento ambientalmente sustentável e socialmente justo para uma vida saudável); Determinantes Sociais da Saúde; educação popular e valorização dos saberes populares, tradicionais e práticas integrativas (Incentivar a criação de espaços de cuidados com as práticas integrativas e populares de saúde de forma a valorizar os conhecimentos locais); equidade e respeito à diversidade (Promover a saúde integral das populações negra e indígena, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços.); formação profissional, qualificação e educação permanente (Promover educação permanente em saúde e nas demais áreas que intersetorialmente constituem a promoção da saúde, incluindo a discussão sobre os conceitos no campo da promoção da saúde e estratégias/ações/metodologias para práticas promotoras de saúde, educação e formação profissional; desenvolvimento de competências para a promoção da saúde.); gestão e planejamento (Formas de avaliação e adoção de indicadores que não negligenciem a subjetividade dos processos constitutivos da promoção à saúde); intersetorialidade; pesquisa e inovação tecnológica (Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas).*

Pode-se considerar que ocorreu a incorporação destes pontos na redação das diretrizes, a afirmação exata sobre este processo não é pos-

sível de ser feita tendo em vista que os resultados do FormSUS foram analisados em conjunto com os de outros estudos realizados no âmbito do processo de revisão da PNaPS¹¹. Uma simples comparação indica algumas modificações quanto à finalidade das diretrizes na PNaPS e na sua composição. Na PNaPS 2006¹⁰ são encontrados um total de 6 diretrizes, as quais tratavam de equidade, ações intersetoriais, participação social, práticas horizontais de gestão, pesquisa e divulgação e informação em PS¹⁰. O documento revisado e publicado em 2014¹⁴ traz 8 diretrizes, as quais são descritas na política como elementos que fundamentam as ações e sua finalidade. Estas 8 diretrizes versam sobre cooperação e articulação intrasetorial e intersetorial; ações territorializadas; gestão democrática, participativa e transparente; governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde; estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências; formação e educação permanente; incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde; e processos de gestão e de planejamento¹⁴.

Quanto à avaliação da capacidade das ações específicas descritas na PNaPS 2006 em responder à demanda atual da área, o posicionamento dos respondentes quanto à manutenção destas, com exceção da ação “Promoção do desenvolvimento sustentável”, as demais obtiveram mais de 90% de avaliação como essenciais ou muito importantes. Dos que afirmaram ausência de algum ponto nas ações específicas, 18,4% (n = 198) identificaram: ciclos de vida (*Redução da mortalidade infantil, neonatal precoce e materna*); comunicação e mídia (*Implantar nas unidades de saúde o canal saúde e em rede aberta*); DSS (*Segurança alimentar – é importante ter as condições mínimas para se alimentar para depois pensar em uma dieta saudável*); formação profissional e educação permanente (*Incluir essas políticas públicas no conteúdo de formação dos profissionais médicos e Formação - educação continuada para profissionais de saúde e além do setor saúde*); prevenção (*Prevenção e controle do excesso de peso em todos os ciclos de vida*); etc.

As ações específicas, presentes na PNaPS 2006¹⁰, passaram a ser apresentadas na versão revisada (2014)¹⁴ com a denominação de “temas prioritários”, os quais orientam para que sejam analisados de acordo com o contexto local (município ou estado)¹⁴. Identifica-se nova redação em 7 itens, com uma escrita mais positiva e voltada à promoção e ao enfretamento de uso de substâncias prejudiciais à saúde. A comparação

das versões aponta para a exclusão de um item presente em 2006, “Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde”¹⁰, e a inclusão, em 2014, do item “Formação e educação permanente”¹⁴.

A PNaPS conta com um comitê gestor intersetorial onde, dentre outras ações, foi discutido o processo de revisão desta política¹¹. Uma das propostas deste comitê foi expressa por 11 eixos operacionais, os quais foram também inseridos no questionário FormSUS para avaliação. Estes eixos eram nomeados por: vigilância, avaliação e monitoramento; articulação intersetorial; regulação e controle; gestão e financiamento; participação e controle social; modos de vida saudável nos espaços coletivos; promoção da saúde nas redes de atenção à saúde; educação em saúde/autocuidado; qualificação da força de trabalho; comunicação e mídia; e pesquisa e inovação tecnológica. Destes, a maioria obteve 90% ou mais de respostas no campo essencial ou muito importante para a PNaPS, exceção foi encontrada para “comunicação e mídia” (Tabela 4). Apenas 10,8% (n = 111) dos entrevistados relataram alguma ausência nestes itens.

Cabe apresentar algumas categorias analíticas e falas dos respondentes referentes a este item: accountability/transparência (*Combate à corrupção, especialmente no âmbito dos serviços, da gestão e dos orçamentos e financiamento das políticas públicas de interesse para a promoção à saúde*), articulação de políticas públicas (*Transversalidade. TODOS os Ministérios deveriam incorporar a promoção da saúde na elaboração de suas políticas, além é claro, de TODOS os setores do Ministério da Saúde, o que nem sempre é lembrado*), autonomia e empoderamento (*Autonomia e Empoderamento dos diversos grupos sociais fundamentada nas necessidades de saúde territoriais*), comunicação e mídia (*Penso que a nova política precisa deixar muito claro o tipo de comunicação e mídia, para que as ações de promoção no nível municipal não se restrinjam a eventos, marketing ou ações meramente midiáticas.*), desenvolvimento sustentável (*Para todos os novos eixos deve aparecer mencionado/escrito na PNPS o estímulo de práticas sustentáveis ou voltadas ao desenvolvimento sustentável*), formação profissional (... *inclusão, qualificação e desenvolvimento da formação das graduações das profissões da saúde.*), gestão e planejamento (... *um tópico destacando a gestão democrática e participativa dos serviços de saúde...*), e esforço à ação comunitária e participação social (*Inclusão do cidadão nas discussões de propostas de abordagem e implementação das estratégias de conscientiza-*

Tabela 4. Avaliação dos eixos operativos, propostos pelo Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) para o processo de revisão desta, quanto a capacidade em responder a demanda atual da área da promoção da saúde.

Eixos operativos	Avaliação (n = 1033)		
	Essencial/ Muito importante n (%)	Pode ser excluído n (%)	Não incluiria/ Discordo n (%)
Vigilância, avaliação e monitoramento	997 (96,5%)	19 (1,8%)	17 (1,7%)
Articulação intersetorial	1001 (96,9%)	27 (2,6%)	5 (0,5%)
Regulação e controle	935 (90,5%)	66 (6,4%)	32 (3,1%)
Gestão e financiamento	1004 (97,2%)	18 (1,7%)	11 (1,1%)
Participação e controle social	992 (96,0%)	32 (3,1%)	09 (0,9%)
Modos de vida saudável nos espaços coletivos	963 (93,2%)	56 (5,4%)	14 (1,4%)
Promoção da saúde nas redes de atenção a saúde	997 (96,5%)	28 (2,7%)	08 (0,8%)
Educação em saúde/ autocuidado	984 (95,3%)	38 (3,7%)	11 (1,1%)
Qualificação da força de trabalho	971 (94%)	45 (4,3%)	17 (1,7%)
Comunicação e mídia	921 (89,1%)	95 (9,2%)	17 (1,7%)
Pesquisa e inovação tecnológica	946 (91,6%)	75 (7,2%)	12 (1,2%)

ção social), sustentabilidade das ações (*Definição dos recursos financeiros destinados à execução das ações em cada esfera de governo*).

Por fim, as autoras identificam limites neste estudo, como a obtenção de dados via questionário eletrônico, o qual pode ter influenciado na desistência de parte dos respondentes. Cabe ainda destacar que as perguntas foram direcionadas a partir dos tópicos presentes no texto da PNaPS, como objetivos (Geral e específicos), diretrizes e ações específicas, portanto o foco foi a política em si, cabendo realizar avaliações posteriores sobre o campo da promoção da saúde no Brasil. E destacam-se como aspectos positivos deste estudo, para além da avaliação da primeira edição da PNaPS, a capacidade de capilaridade deste instrumento, o grande número de pessoas que tiveram contato com o tema a partir deste estudo e a maior familiaridade do público alvo com os temas e os conceitos da Promoção da saúde.

Considerações finais

A análise das contribuições dos gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS neste processo de revisão da PNaPS, reafirma a importância quanto à realização de atualização desta política para melhor responder às necessidades atuais do campo. O maior destaque a questões como equidade e intrassetorialidade

na nova PNaPS parece responder aos anseios de mudanças na política.

Este estudo contribuiu para a construção de conhecimento no campo de mudanças de políticas de promoção da saúde, o qual carece de mais estudos³ e ainda aponta para uma agenda de pesquisa que busque compreender como a PNaPS 2014¹⁴ tem sido implantada nos estados e municípios, considerando elementos institucionais, adequação dos temas, princípios e valores às realidades locais e ainda em relação aos recursos financeiros para as ações.

Colaboradores

VP Alexandre, DG Rocha, VC Marcelo e JR Limatrabalharam na concepção, revisão de literatura, análises, organização dos resultados, escrita e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Às pessoas envolvidas com o processo de revisão da PNPS, em especial aos respondentes deste estudo. Agradecemos também o apoio para a realização desta pesquisa obtido via Termo de Cooperação Técnica, celebrado entre o MS e a OPAS Brasil.

Referências

1. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* 2006; 8(16):20-45.
2. Capella ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 87-122.
3. Bryant T. Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promot Int* 2002; 17(1):89-98.
4. Durant RF, Diehl PF. Agendas, Alternatives, and Public Policy: Lessons from the U.S. Foreign Policy Arena. *Journal of Public Policy* 1989; 9(2):179-205.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022*. Brasília: MS; 2011.
7. World Health Organization (WHO). Global Forum. Addressing the challenge of noncommunicable diseases. *Forum Report*. 2011 [acessado 2015 out 10]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/en/
8. World Health Organization (WHO). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. 2011 [acesso 2015 Out 10]. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
9. World Health Organization (WHO). The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland. 2013 [acessado 2015 out 10]. Disponível em: http://healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006.
11. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, Franco de Sá R. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4313-4322.
12. Oliveira JAP. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *RAP* 2006; 40(1):273-288.
13. Ministério da Saúde (MS), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). *FormsUS*. [acessado 2013 ago 15]. Disponível em: <http://siteformsus.datasus.gov.br/FORMSUS/index.php> 2015
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 12 nov.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa de informações básicas estaduais. Pesquisa de informações básicas municipais. Perfil dos estados e dos municípios brasileiros*. 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
17. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athena Digital* 2013; 13(2):239-244.
18. Almeida BC, Paula SL. Papel da avaliação de políticas públicas no contexto dos governos locais. *Planejamento e políticas públicas* 2014; 42:39-59.
19. Silva PFA, Baptista TWF. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis* 2014; 24(2):441-465.
20. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
21. Rocha DG, Akerman M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 720-754.
22. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.
23. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion – Health Promotion (HPR); 1986. [acessado 2015 nov 2]. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>

Artigo apresentado em 04/02/2016

Aprovado em 21/03/2016

Versão final apresentada em 23/03/2016