

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

BÁRBARA MORAIS ARANTES

**A TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO NAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

GOIÂNIA

2014

BÁRBARA MORAIS ARANTES

**A TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO NAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica.

Linha de pesquisa: Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Vânia Cristina Marcelo

GOIÂNIA

2014

Folha de aprovação da Dissertação.

Elemento obrigatório. Esta folha será fornecida pela Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Odontologia após a defesa, contendo os dados obrigatórios (ABNT NBR 14724:2011) e assinaturas dos membros componentes da banca examinadora.

Portanto, o pós-graduando somente incluirá esta folha no exemplar final de sua dissertação, já corrigido após a defesa.

DEDICATÓRIA

... à minha família, por me acompanhar nos momentos bons e nos de estresse total. Pela voz firme nos momentos de desleixos, pela luz nos momentos difíceis e pelo aplauso na hora da conquista. Só vocês sabem o quanto eu fui mulher de fases nesses anos de formação e vocês lidaram com elas brilhantemente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir sonhar e realizar.

A Vânia Cristina Marcelo, minha super orientadora, pela amizade e confiança. Por adiar sua sonhada aposentadoria e me orientar em mais essa batalha. Pelos ensinamentos e lições de vida.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás que desde a graduação me abraçou e me ofereceu todo o suporte para subir os degraus da vida. Todo o meu carinho e consideração com cada um de seus docentes, técnico-administrativos e discentes que me acolheram e me deram as condições para superar os desafios do dia-a-dia. Meu agradecimento especial a toda a equipe da Saúde Coletiva, na qual represento pelo agradecimento nominal à Rosália Costa. Obrigada pela convivência e pela confiança.

Aos meus familiares, que me suportaram em todos meus longos passos. Principalmente ao meu pai e a minha mãe, que com muito esforço, dedicação e amor, nunca se ausentaram.

Ao meu marido, que com seu amor me fez cada dia mais forte.

Agradeço ao Ministério da Educação, que por meio do REUNI, me concedeu uma bolsa de estudos. Tal incentivo permitiu dedicação ampla à pesquisa, o que possibilitou um aprendizado centrado.

Você pode não acreditar, mas posso correr como o vento.
Forrest Gump

RESUMO

Muito conhecimento tem sido produzido na área de Promoção da Saúde (PS), porém essas informações nem sempre são traduzidas de forma que possam ser incorporadas na prática cotidiana de gestores e profissionais de saúde no nível local. A tradução do conhecimento pode contribuir para processos mais efetivos em saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a efetividade da tradução do conhecimento (TC) no contexto da promoção da saúde por gestores e profissionais em saúde pública. As estratégias utilizadas foram levantamento bibliográfico, entrevistas narrativas semi-estruturadas com gestores e profissionais de um município de grande porte e análise documental com resgate de documentos sobre Promoção de Saúde. A análise de conteúdo foi aplicada para o estabelecimento das categorias analíticas. Sobre os conceitos de PS notou-se que há grande confusão com outros conceitos; as ações de PS relatadas originam-se de programas e publicações oficiais e os entrevistados demonstraram considerar quaisquer ações não clínicas como sendo de PS; as fontes de conhecimento sobre PS foram mais associadas a documentos oficiais que a artigos científicos, sendo estes referidos quando da realização de cursos de pós-graduação; pouco se conhece a respeito de tradução do conhecimento; os principais desafios foram relativos a acesso e linguagem científica, sendo que o acesso a publicações de caráter científico tem se tornado maior pela disponibilização on-line; entre as sugestões destaca-se a demanda de educação permanente por gestores e profissionais. Conclui-se que a tradução do conhecimento no contexto da Promoção da Saúde se dá de forma mais efetiva pelos profissionais da atenção básica, que pelos gestores; ainda há confusão de conteúdos e conceitos de Promoção da Saúde com forte vinculação à prevenção e à educação em saúde; as práticas de Promoção são associadas àquelas induzidas pelas políticas públicas e pelos programas oficiais predominantemente originários de documentos e manuais do Ministério da Saúde, principal fonte utilizada por gestores e profissionais; o acesso aos novos conhecimentos foi associado ao mundo acadêmico por meio de internet, bem como às fontes oficiais por meio dos documentos e manuais, sobre os processos de tradução do conhecimento destacaram-se as atividades coletivas como oficinas e leitura em grupo; entre os desafios citados destacam-se a dificuldade de acesso a sítios restritos e/ou pagos na internet, constituição de espaços de discussões e trocas de experiências.

PALAVRAS-CHAVES: Promoção da saúde; Gestão do Conhecimento para a Pesquisa em Saúde; Tradução do conhecimento; Comunicação e Divulgação Científica.

ABSTRACT

Much knowledge has been produced in the area of Health Promotion (HP), but this information is not always translated so that it can be incorporated into everyday practice of health managers and professionals at the local level. The knowledge translation (KT) can contribute to more effective processes in health. The aim of this study was to analyze the effectiveness of KT in the context of health promotion for managers and professionals in public health. The strategies used were literature survey, semi-structured narrative interviews with managers and professionals of a large municipality and documentary analysis of Health Promotion. Content analysis was applied to establish the analytical categories. About the concepts of HP, it was noted that there is still a great confusion with other concepts; the HP actions reported arose from programs and official publications and the respondents considered any action which was not clinical as being HP; knowledge sources of HP were associated with official documents more than with scientific papers, which were referred only when postgraduate courses were taken; little is known about knowledge translation; the main challenges were related to access and to scientific language, the access to publications of scientific papers has become more available online; among the challenges it is highlighted the great demand for permanent education for managers and professionals. We conclude that the knowledge translation in the context of health promotion takes place most effectively by the primary care team, which by managers; there is still confusion of content and concepts of health promotion with strong linkages to prevention and education health; promotion practices are associated to those induced by public policies and programs predominantly from official documents and manuals from the Ministry of Health, principal source used by managers and professionals, access to new knowledge was associated with the academic world by internet, official sources by the documents and manuals, on the processes of knowledge translation most important were collective activities such as workshops and reading group, among these challenges include the difficulty of access to restricted sites and / or paid on the Internet, setting up spaces for discussion and exchange of experiences.

KEY-WORDS: Health promotion, Knowledge Management for Health Research, Knowledge translation, Scientific Communication and Diffusion.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
BIREME – Biblioteca Regional de Medicina
BVS – Biblioteca Virtual d Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários da Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da Área de Saúde
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DS – Distrito Sanitário
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
ESF – Estratégia de Saúde da Família
E# – Entrevistado #; por exemplo: E1 significa entrevistado número 1
FO – Faculdade de Odontologia
GO – Goiás
MedLine – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MOPESCO – Mostra Parceria Ensino-Serviço-Comunidade
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PS – Promoção da Saúde
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa de Saúde da Família
SciELO – Scientific Electronic Library Online
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UABSF – Unidade de Atenção Básica em Saúde da Família
UFG – Universidade Federal de Goiás
WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Knowledge to action process. Demonstrativo de formas de tradução do conhecimento em ação.	29
Figura 2 – Knowledge to action process. Adaptado com destaque para as fases abordadas neste estudo.	33
Quadro 1 – Conceitos no âmbito da PS a partir de diferentes fontes.	22
Quadro 2 – Relação das questões da entrevista com cada objetivo específico da pesquisa.	36
Quadro 3 – Caracterização dos entrevistados.	40
Quadro 4 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Promoção da Saúde”.	42
Quadro 5 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Intersectorialidade”.	44
Quadro 6 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre os termos “Equidade/Iniquidade”.	46
Quadro 7 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Participação social”.	47
Quadro 8 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Empoderamento”.	48
Quadro 9 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Sustentabilidade”.	49
Quadro 10 – Categorias e sub-categorias que emergiram das falas dos entrevistados.	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	16
2.2 A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS E A ATENÇÃO BÁSICA	24
2.3 TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO	27
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4.2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E DOCUMENTAL.....	34
4.3 ENTREVISTAS	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	39
5.2 COMPREENSÃO DE CONTEÚDOS E CONCEITOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	41
5.3 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR GESTORES E PROFISSIONAIS	50
5.4 FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	53
5.5 TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO	54
5.5.1 <i>Formas de Tradução do Conhecimento</i>	58
5.5.2 <i>Desafios para Tradução do Conhecimento</i>	60
5.5.3 <i>Sugestões para Tradução do Conhecimento</i>	61
6 CONCLUSÕES.....	63
7 CONSIDERAÇÕES	65
REFERÊNCIAS	66
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	79
ANEXO – PARECERES CONSUBSTANCIADOS (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA	81

1 INTRODUÇÃO

Durante toda a trajetória histórica o conceito de saúde tem sido associado à simples ausência de doença (ALMEIDA FILHO e JUCÁ, 2002). Com o avanço das racionalidades, esse conceito tem tomado forma e proporções maiores e passando a incluir a determinação social na abrangência do processo saúde-doença. Sendo assim, as condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, passaram a ser consideradas na determinação da saúde (SCLIAR, 2007). A partir das décadas de 1970 e 1980, surge a nova noção da Promoção da Saúde – PS como uma das estratégias para se alcançar a melhoria da qualidade de vida da população.

Em 1986, foi realizada no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, tendo como relatório final a Carta de Ottawa, na qual a PS foi definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. O relatório contemplou cinco campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Aliada a essas idéias, acontece no Brasil, também em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual subsidiou a elaboração do capítulo Saúde, da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e a legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde, Lei Nº 8080 de 19/09/1990 (BRASIL,1990).

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, aprovada em 30 de março de 2006, indica diretrizes e estratégias de organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Desde sua aprovação, duas novas edições foram publicadas, sendo a mais atual a de 2010 (BRASIL, 2010). De maneira geral, o objetivo da PNPS é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. E as estratégias são baseadas na intersetorialidade, equidade, mobilização social e de parcerias na implementação das ações, com sustentabilidade.

A reorientação dos serviços de saúde, sendo um dos cinco campos propostos na Carta de Ottawa, se configura em um espaço privilegiado de ação dos profissionais de saúde na PS.

As ações dos profissionais de saúde nos espaços de trabalho privados e públicos são baseadas grandemente na formação recebida e no senso comum. Porém, muitos esforços tem sido implementados no sentido da realização das ações de educação continuada e educação permanente, de modo a trazer para o cotidiano das ações as mais recentes descobertas científicas, superando o empirismo pelas práticas baseadas em evidências científicas.

Muitas pesquisas são realizadas buscando determinar meios de se realizar promoção de saúde. Estas são publicizadas, de modo geral, em revistas científicas sob a forma de artigos. Para que seus resultados sejam aplicados, são necessárias a compreensão e incorporação dos conteúdos publicados nos diferentes meios de comunicação.

A produção de conhecimento científico é importante e necessária, mas não garante a utilização do mesmo. O processo de obtenção e transposição dos conhecimentos para a realidade é uma barreira para a excelência no cuidado à saúde (CLARKSON *et al.*, 2008; GROU, 2001; MCGLYNN *et al.*, 2003; SCHUSTER *et al.*, 1998; SEDDON *et al.*, 2001; STRAUS, TETROE e GRAHAM, 2009). Esse processo tem sido denominado como tradução do conhecimento (OLSON *et al.*, 2010).

A não tradução do conhecimento em prática contribui para processos falhos em saúde e, especificamente em Promoção da Saúde. Isso gera custos financeiros e de recursos humanos, mas não gera resultados positivos. Larocca *et al.* (2012) afirmam que o reconhecimento, por profissionais, crescente da lacuna entre a produção e a utilização do conhecimento leva a esforços para mudanças de comportamentos. Investigar os processos de Promoção da Saúde pode mostrar até que ponto são utilizados os conhecimentos gerados em pesquisas para efetivação das ações na prática cotidiana dos profissionais.

Diante do exposto acima, percebe-se a importância de que gestores e profissionais de saúde compreendam adequadamente os conteúdos e conceitos relacionados a PS, pois são estes que orientam as ações dos serviços junto à população. Por outro lado, essa compreensão está associada às fontes que a originam. Por exemplo, se as fontes são publicações científicas, supõe-se que os seus conteúdos sejam baseados em evidências, enquanto as fontes oficiais, como decretos, normativas e outras geram uma postura de

subserviência a partir de decisões verticalizadas e podem não ter o impacto desejado na realidade social. Se o conhecimento é originário do senso comum e/ou publicações não científicas, corre-se o risco de que as ações sejam voltadas exclusivamente a aspectos já anteriormente incorporados por esses profissionais, como é o caso das ações unicamente educativas e preventivas, que não chegam a promover saúde em toda sua extensão.

Não basta analisar a compreensão dos conteúdos e conceitos, é fundamental entender de que forma os conhecimentos produzidos tem chegado até a gestores e profissionais da saúde pública, para que sejam efetivamente aplicados na realidade dos serviços junto à população. Este processo de tradução do conhecimento, desde a sua origem até a chegada junto àqueles que o aplicam, esbarra em vários desafios e processos complexos, como a língua, o vocabulário científico e dificuldade de transposição das realidades (GRAHAM, 2006). A análise destes desafios pode permitir avanços na realização das ações de PS.

Os estudos encontrados abordam a efetividade das ações de promoção da saúde (NUTBEAN, 1999; DE SALAZAR, 2004; PEDROSA, 2004; MCQUEEN, JONES, 2007; WESTPHAL, 2007; DE SALAZAR, 2009; WESTPHAL & MENDES, 2009), porém sem abordarem a efetividade da tradução do conhecimento da esfera em que é produzido para a esfera em que é aplicado. Por isso, propõe-se aqui analisar a efetividade da tradução do conhecimento, em um contexto de promoção da saúde, na perspectiva de quem efetivamente executa essas ações junto à população, ou seja, gestores e profissionais em saúde pública do município de Goiânia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para se entender o que vem a ser a Promoção de Saúde é fundamental conhecer a evolução do conceito de saúde, o qual evoluiu ao longo dos anos. Scliar (2007) afirma que a “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”, ela varia de acordo com diversas facetas da vida, tais como a social, econômica, política e cultural.

O conceito biologicista sobre o processo saúde-doença perdurou por décadas caracterizando, em parte, o modelo flexneriano. Abraham Flexner (1866 – 1959) foi um educador norte-americano convidado a realizar um estudo sobre a educação médica das escolas dos Estados Unidos e do Canadá. Visitou 155 escolas e, após sua avaliação, concluiu que a formação médica exigia alguns critérios, incluindo a formação laboratorial prévia à prática clínica, a divisão do ensino em ciclos e a visão hospitalocêntrica do ensino. Em contrapartida aos inúmeros avanços na prática médica dos séculos XVIII e XIX, teve-se um retrocesso ao se desenvolver a visão da saúde como sendo a ausência de doença. Os fatores sociais, coletivos, públicos e comunitários não seriam considerados na implicação do processo saúde-doença, pois conforme Flexner, o estudo deveria ser centrado na doença individualmente (PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

As idéias sobre o processo saúde-doença advindas do Relatório Flexner, em 1910, concordavam com as teorias de Galeno, médico grego que viveu entre 130 d.C. e 200 d.C. Ele estabeleceu a teoria de atitudes de saúde – um certo tipo de escala que variava desde saúde, estado neutro e má-saúde ou presença de doença (BACKES *et al.*, 2009).

O conceito de saúde como ausência de doença é característica do Modelo Biomédico, o qual direciona a atenção em saúde para a individualização do cuidado, a fragmentação do indivíduo em sistemas e ênfase nos aspectos biológicos (CZERESNIA & FREITAS, 2003). Esse modelo perdura até os dias de hoje e é foco das críticas de muitos estudiosos (BUSS, 2003; CZERESNIA, FREITAS, 2003; WESTPHAL, 2006; LEFEVRE, LEFEVRE, 2007)

Com a evolução dos tempos e em contra partida ao modelo Biomédico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1946, a saúde como o completo bem-

estar físico, social e mental (WHO, 1946). Apesar de ser considerado o passo primordial para a evolução do conceito (SCLIAR, 2007), há uma crítica a esse pensamento no sentido de ser utópico e inatingível (DEJOURS, 1986; CAPONI, 1997; LUNARDI, 1999; SCLIAR, 2007).

Segundo Backes *et al.* (2009) existe mais de um conceito sobre saúde e doença. Afirmam que “torna-se necessário o redimensionamento dos limites da ciência, ampliando a sua interação com outras formas de aprender a realidade”. Sendo assim, a atenção em saúde requer uma mudança frente às práticas de saúde, voltando-se para a promoção da saúde.

A idéia de saúde condicionada ao modo de vida surgiu no século XIX, evidente nos estudos de Snow, Villermé e Virchow (CARVALHO, 2002). Buss (2003) aponta que a utilização do termo Promoção da Saúde se dá em 1946 com Henri Sigerist, o qual a define com uma das quatro tarefas básicas da medicina. Já na década de 60, Leavell e Clark (1976) caracterizam a Promoção da Saúde como sendo um dos tópicos do nível primário de prevenção. Conceitos esses que foram definidos e diferenciados, posteriormente, por Czeresnia e Freitas (2003).

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, com o tema central Saúde para todos no ano 2000, na qual se evidenciou a importância da intersectorialidade das ações da Atenção Básica¹ em Saúde (APS). Os princípios discutidos naquele ano foram reforçados em 1986, durante a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá (BACKES, 2008). Contrapondo ao modelo biomédico, as idéias discutidas nesta conferência destacaram a importância de dimensões sociais na produção de saúde e doença e da visão voltada às coletividades (BATISTELLA, 2007).

Como produto da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde tem-se a Carta de Ottawa, que define promoção da saúde como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” O documento assume que “a saúde é o maior

¹ Originalmente o cuidado primário foi nomeado na Conferência Internacional de Alma-Ata como Atenção Primária. No Brasil, o termo que é mais utilizado é Atenção Básica (STARFIELD, 2002). Os dois termos serão utilizados neste trabalho em momentos oportunos, o primeiro na descrição de histórico e o segundo adequado à realidade brasileira.

recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. A carta aponta os cinco campos que caracterizam uma ação de promoção da saúde, a saber: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; desenvolvimento das habilidades pessoais e das coletividades; reorientação dos serviços de saúde, e; reforço da ação comunitária (BRASIL, 2002).

Ainda em 1986, foi realizada, no Brasil, como um dos fatos culminantes do movimento de reforma sanitária brasileiro², a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, com o tema “Democracia é Saúde”, a qual defendeu a descentralização do sistema de saúde e a implementação de políticas sociais que cuidassem da vida. Os fundamentos da proposta do SUS surgiram do relatório da 8ª CNS (BRASIL, 2010). Culminando na criação do sistema de saúde na Constituição Brasileira de 1988, que diz em seu artigo 196: “Saúde é direito de todos e dever do Estado.” (BRASIL, 1988).

Várias Conferências Internacionais marcam a consolidação do conceito de Promoção de Saúde e demonstram a grande produção de conhecimento a respeito do tema. Foram realizadas conferências, seminários e encontros distribuídos em vários locais do mundo com temas que variaram das especificidades loco-regionais até abordagens setoriais ou temáticas, como educação e meio ambiente. As de abordagem mais ampla, com maior envolvimento e representatividade mundial foram:

- 1988 – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália – que apontou áreas prioritárias para a construção de políticas públicas de saúde;
- 1991 – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall, Suécia – que enfocou a temática da ecologia e do ambiente nas questões de saúde;
- 1997 – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta, Indonésia – que abordou a participação social e a saúde como direito essencial humano;

² A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento originário na década de 1970, constituído por profissionais e pensadores, que propunham a reforma do modelo de atenção à saúde no País, objetivando ações com os princípios de Universalização, Equidade e Integralidade, bem como pela defesa do serviço público de qualidade. Este movimento culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a inserção do Capítulo referente à saúde na Constituição Brasileira de 1988.

- 2000 – V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Cidade do México, México – com a participação de ministros de vários Estados, dando, portanto, um caráter oficial ao seu produto ao assinarem um compromisso conjunto de aplicação do ideário da PS. Seu tema foi “Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade”;
- 2005 – VI Conferência Global sobre Promoção da Saúde em Bangkok, Tailândia – na qual se discutiu as ações de promoção da saúde frente ao mundo globalizado;
- 2009 – VII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde em Nairobi, Quênia – que foi dedicada especialmente à Promoção da Saúde na África.
- 2013 – VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde em Helsinque, Finlândia – Por considerarem que políticas de vários setores podem ter efeitos profundos sobre a saúde da população e a equidade em saúde, líderes de todo o mundo discutiram implementação da abordagem “Saúde em Todas as Políticas”.

No contexto do Brasil, a temática da Promoção da Saúde ganhou forma em março de 2006, quando gestores das três esferas do governo representados nos Conselho Nacional dos Secretários da Saúde – CONASS e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS ratificaram a importância da PS no contexto do Sistema Único de Saúde, aprovando a Política Nacional de Promoção da Saúde; colocada como uma das metas prioritárias do pacto pela vida (BRASIL, 2010). Segundo o documento:

“o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população.” (BRASIL, 2010, p 10).

A PNPS elegeu ações específicas dentro do sistema de saúde como o desenvolvimento sustentável, práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, prevenção e controle do tabagismo, prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito, promoção da cultura da paz e prevenção da violência e educação em Doenças sexualmente transmissíveis – DST (BUSS e CARVALHO, 2008).

O estilo de vida era abordado de maneira individualizada e fragmentada, colocando o sujeito como responsável pelo processo de saúde-doença durante sua trajetória de vida. A

autonomia das pessoas em seus modos de vida é fator importante diante do processo saúde-doença, mas não se pode culpabilizá-las. Esta é uma das críticas levantadas contra a PNPS, que se soma ao fato de que as ações são de caráter educativo e, de maneira geral, voltadas apenas à gestores, desconsiderando a dificuldade de implementação na atenção primária (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

A Promoção da Saúde é essencial para o enfrentamento dos desafios globais de saúde pública. Como visa atuar na melhoria da qualidade de vida de indivíduos ou grupos, para se ter efetividade, as ações de PS devem ater-se não somente os modos de vida e escolhas individuais, mas também aos Determinantes Sociais da Saúde (BUSS, 2002).

No campo da Promoção da Saúde, muitos estudiosos tentam estabelecer se há efetividade das intervenções propostas (NUTBEAN, 1999; DE SALAZAR, 2004; PEDROSA, 2004; MCQUEEN, JONES, 2007; WESTPHAL, 2007; DE SALAZAR, 2009; WESTPHAL & MENDES, 2009). Para Nutbean (1999), uma ação de PS efetiva é aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde. Para avaliar a efetividade é preciso utilizar indicadores de: resultados, apropriação, viabilidade e sustentabilidade do processo de mudança, fatores de risco e os determinantes sociais em saúde, resultados intermediários, e da participação social.

Efetividade, segundo os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS corresponde à medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais (rotina de serviço), isto é, do quanto a atenção atende aos seus objetivos.

Kusma, Moysés e Moysés (2012) levantam um problema evidente na saúde pública brasileira. Observaram que parte das ações desenvolvidas como sendo “Promoção da Saúde”, principalmente as de atenção primária, é limitada às ações de cunho educativo-preventivo e geralmente baseada nos modelos tradicionais de atenção à saúde. Indicam assim, que o foco das ações de PS foge ao proposto originalmente na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002).

Segundo De Salazar (2004), referir-se à efetividade, significa avaliar se uma intervenção serve para o seu fim inicial, sendo ela em condições reais não controladas. Já para Westphal (2009), menos que observar o alcance das metas e dos objetivos, avaliar a efetividade de uma ação consiste em examinar a relação entre a implementação de um programa e seus impactos em termos de uma mudança real nas condições de vida do público alvo.

Neste trabalho assume-se que efetividade das ações de PS implica em se analisar se houve uma melhoria da qualidade de vida, em decorrência das ações implementadas, tendo essa melhoria sido prevista nos objetivos e metas, ou não.

Porém, falar de PS não pode se resumir em falar de melhoria da qualidade de vida. Certamente PS não é um conceito unívoco. Diferentes termos sobre PS possuem mais que um conceito descrito na literatura. O Quadro 1 sintetiza alguns dos principais conceitos associados aos termos chave para a PS extraídos da PNPS (2010) no trecho:

“Persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (...) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.” (BRASIL, 2010, p 14).

Quadro 1 – Conceitos no âmbito da Promoção da Saúde a partir de diferentes fontes.

Termo	Fonte (autoria)	Conceitos
Promoção da saúde	LEAVEL e CLARK, 1976	Etapa da prevenção que antecede a instalação da doença.
	PNPS (BRASIL, 2010)	Apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (BRASIL, 2010)
	Glossário Temático sobre PS (BRASIL, 2012b)	Uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde.
Intersetorialidade	PNPS (BRASIL, 2010)	Uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.
	INOJOSA, 2001	Articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.
	SPOSATI, 2004	Articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, portadores de saberes, poderes políticos e interesses distintos, objetivando o enfrentamento de problemas complexos
	JUNQUEIRA, 2004	Operacionalização de soluções integradas aos problemas da realidade social.
Equidade	WHITEHEAD, 1992	Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo equidade tem, assim, uma dimensão ética e social.
	Constituição de 1988 (BRASIL, 1988)	Acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

	Marx, 1875	De cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades.
	Senso comum	Igualdade.
Participação social	Glossário Temático da PS (BRASIL, 2012b)	Práticas de participação e fiscalização da população nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Processo no qual interagem os vários segmentos sociais na elaboração, execução e fiscalização de políticas públicas.
	RIOS, 1987	Integração, para indicar a natureza e o grau da incorporação do indivíduo ao grupo. Norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política, etc.
Empoderamento	Glossário Temático da PS (BRASIL, 2012b) WALLERSTEIN E BERNSTEIN, 1994;	Processo de desenvolvimento de poder para que pessoas e comunidades atuem sobre os determinantes sociais da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida – político. Nível individual – quando se refere às variáveis intra-físicas e comportamentais; Nível organizacional – quando se refere à mobilização participativa de recursos e oportunidades em determinada organização; Nível comunitário – quando a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica estão em foco.
Sustentabilidade	SACHS, 1993	Sustentabilidade Econômica – Alocação e gestão mais eficientes dos recursos com um fluxo regular de investimento público e privado.
		Sustentabilidade Ecológica – Uso dos recursos potenciais dos vários ecossistemas – com um mínimo de dano aos sistemas de sustentação da vida – para propósitos socialmente válidos. Definição das regras para uma adequada proteção ambiental;
	LEFF, 2010	A sustentabilidade é uma maneira de repensar a produção e o processo econômico, de abrir o fluxo do tempo a partir da reconfiguração das identidades, rompendo o cerco do mundo e o fechamento da história impostos pela globalização econômica.
	Glossário Temático da PS (BRASIL, 2012b)	Conjunto de iniciativas com objetivo de garantir a continuidade, a manutenção e a durabilidade de processos, ações, projetos e políticas que resultem na melhoria da qualidade de vida a médio e longo prazos.

Buss (2002) afirma que a “saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida”. Portanto, as ações de PS só são possíveis através de políticas intersetoriais, que atuem sobre os determinantes sócio-culturais e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença. Neste sentido, é necessário que as ações intersetoriais sejam desenvolvidas a partir de iniciativas provenientes daqueles profissionais que compreendem a importância e os caminhos da PS. Para tanto os serviços de saúde e as ações dos profissionais não podem mais se limitar apenas à assistência e/ou às atividades curativas, mesmo que estas ações incluam aspectos de prevenção à doenças e educação para a saúde. É preciso que haja uma reorientação dos serviços para estabelecimento de parcerias, mudança do foco do cuidado, na forma de acesso aos serviços, o que demanda uma mudança na formação do profissional, bem como na divulgação dos novos conhecimentos relativos à PS.

2.2 A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS E A ATENÇÃO BÁSICA

Reorganizar ou reorientar os serviços de saúde, não é tarefa fácil para os gestores, visto o contexto histórico da evolução da visão do processo saúde-doença. Esta reorientação está profundamente vinculada ao modelo de atenção à saúde hegemônico em uma determinada realidade sócio-cultural. Paim (1999) afirma que um modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde são as combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços. Merhy (2003) ressalta que os modelos de atenção não fazem referência apenas aos programas que são desenvolvidos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos comprometidos com o cuidado à saúde. A criação do SUS constituiu em uma reorientação do modelo assistencial, que até então era elitista, não inclusivo, inequânime, baseado na doença e não atendia às reais necessidades da população brasileira em sua diversidade epidemiológica, cultural e loco-regional (MENDES, 1999).

O Sistema Único de Saúde possui princípios que norteiam as ações de saúde. São divididos em duas categorias, os doutrinários e os organizativos. Dentre os primeiros tem-se Universalidade, Integralidade e Equidade. Os segundos são Participação Social, Intersetorialidade, Regionalização, Descentralização e Hierarquização. O princípio da

hierarquização prevê que a atenção em saúde seja organizada segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, articulando as unidades em um sistema de referência e contra-referência (TEIXEIRA, 2003).

Os níveis de complexidade, nos quais estão dispostas as ações de saúde do SUS, são a atenção primária ou atenção básica ou ainda baixa complexidade; a secundária ou de média complexidade e a terciária ou de alta complexidade. Sendo assim, a Atenção Primária à Saúde constitui no primeiro nível de atenção dentro do sistema (STARFIELD, 2002), devendo ser preferencialmente a porta de entrada do usuário (BRASIL, 2012a). Porém, a entrada do usuário no sistema tem sido em sua maioria realizada por via das necessidades acumuladas já no nível secundário ou mesmo no terciário, uma vez que prevalece a postura passiva do sistema de atender apenas a demandas originárias da percepção da população quando se encontram doentes ou sujeitas à necessidades de urgência/emergência.

A comunidade participante da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata formulou algumas declarações, entre elas:

“Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.” (BRASIL, 2002, p 33).

A APS, em sua concepção ideal, caracteriza-se pelo acesso, pela longitudinalidade, integralidade e coordenação de ações. A noção de acesso aqui abordada, diz respeito tanto à acessibilidade dos serviços, quanto à adaptação de estruturas para todos os usuários. São exemplos: localização adequada, rampas, acolhimento, horários flexíveis, disponibilização de meios de contato para usuários, entre outros. A longitudinalidade refere-se a uma fonte contínua de atenção. Enquanto a integralidade rege a resolução de todos os serviços de saúde necessários, como a não fragmentação do cuidado. E finalmente, a coordenação de ações do cuidado diz respeito à capacidade do serviço em integrar todo o cuidado que o indivíduo recebe nos diferentes níveis do sistema (BRASIL, 2012a).

No Brasil, com a criação do SUS na Constituição de 1988, houve uma reafirmação da necessidade de hierarquizar serviços para garantir resolutividade. A estruturação de uma Atenção Básica, dentro dos moldes ideais, seria considerada o mais alto grau de descentralização, aproximando os serviços da população usuária. Visão esta, que caracteriza a aproximação da oferta de atenção em saúde com as reais necessidades do indivíduo e das coletividades (BRASIL, 2012a).

Antes da criação de uma política nacional, no Brasil já se via iniciativas de consolidação da Atenção Básica. O ano de 1994 foi marcado pela criação do Programa de Saúde da Família – PSF, com o propósito de colaborar na organização do SUS e na municipalização da saúde. Nasceu com base em experiências exitosas isoladas pelo país, particularmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual criou a figura do Agente Comunitário de Saúde – ACS como o elo de ligação entre a população e a equipe de saúde (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2007). O PSF se opunha ao modelo assistencial baseado na doença e caracterizava-se por priorizar as ações de proteção e promoção da saúde da família e tinha como eixo base a integralidade, continuidade das ações, vínculo e territorialização (BRASIL, 1994).

As ações de PS deveriam ser o eixo estruturante da AB uma vez que se propõem a criar condições para que indivíduos e comunidades se empoderem para cuidar da sua saúde, do meio em que vivem e das políticas que regem suas vidas. Neste sentido, o PSF, ao capacitar profissionais e incorporar o trabalho dos ACS, leva as ações de saúde ao nível local e contribui para que as mudanças necessárias ocorram nos espaços de intervenção dos serviços. Nesta perspectiva, os espaços de intervenção se ampliam, extrapolando os limites da unidade de saúde, incorporando os aparelhos sociais, os lares e os espaços públicos de convivência, dentro da proposta da PS, a qual preconiza que todos os espaços devem ser saudáveis.

O caráter de programa foi extinto em 1996, adquirindo a denominação Estratégia de Saúde da Família (ESF), por se entender que a ação extrapolava a simples extensão do acesso aos serviços para uma real estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde (CORBO; MOROSINI, 2005). Buss (2002) ressalta que o modelo proposto pela ESF estabelece a realização de diagnóstico situacional de saúde de indivíduos e coletividades de forma compartilhada entre profissionais e a comunidade.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB foi publicada originalmente em 2006, e posteriormente revisada em 2012. Foi criada com intuito de dar direção às ações no país, como resultado de experiências de vários autores envolvidos no processo histórico de consolidação do SUS (BRASIL, 2012a).

Um problema observado na estruturação da AB é que os produtores de idéias muitas vezes não conseguem fazê-las chegar àqueles que devem pô-las em prática. Na APS esta prática deve ser realizada por pessoas e profissionais que nem sempre se sentem capacitados tecnicamente para realizar ações que venham efetivamente a promover a saúde por meio da equidade, integralidade e intersetorialidade. Pode-se perceber que, muitas vezes, estes e outros conceitos fundamentais não são compreendidos ou sofrem distorções a partir do momento que são utilizados em documentos, como nas políticas nacionais. É de fundamental importância que se lance mão de mecanismos de tradução do conhecimento para que os conceitos, idéias e teorias produzidos no âmbito da academia ou por grupos de *experts*, cheguem até àquelas pessoas que devem aplicá-los em sua prática cotidiana. No caso da AB, estas pessoas são os gestores e profissionais no nível local.

2.3 TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

Responder à pergunta: “o que é conhecimento?” pode levar a uma resposta aparentemente abstrata. Porém vários especialistas têm estudado este tema e apontam caminhos que levam a esta resposta. Para Castro (2009) o conhecimento está associado ao ato de um fenômeno se apresentar ao homem e ao ato de saber. Tem-se ainda que, conhecer é incorporar um conceito sobre um fenômeno qualquer e elaborar um modelo sobre uma realidade (CYRINO, PENHA, 1992).

Existem diferentes tipos de conhecimento. Tradicionalmente são divididos em: empírico ou saber da vida, que é adquirido com as experiências vivenciais, ou seja, obtido ao acaso após inúmeras observações; o mítico ou teológico que é baseado na intuição e fundamenta-se na fé; o filosófico, que é fruto do raciocínio e da reflexão humana; e o científico que também é racional, mas se orienta na investigação da realidade (SANTOS, 1991; CHARLOT, 2000). Atualmente acrescenta-se o conhecimento estético ou artístico como uma categoria individualizada das demais, o qual baseia-se em sentimentos,

emoções, criatividade e intuição que possibilitam conhecer e lançar possibilidades de interpretação do real (DANTON, s.d.). Dos cinco tipos de conhecimento nomeados, quatro são frutos da experiência empírica dos sujeitos ou da influência cultural à qual estes estão submetidos. Contemporaneamente, o conhecimento produzido pela ciência tem sido apresentado para sua difusão por meio de publicações que o tornam algo público ou notório. Estas publicações podem ter um caráter jornalístico, oficial ou científico. Publicações jornalísticas são aquelas de maior difusão pela imprensa por despertarem interesse do grande público e/ou da mídia. De modo geral, abordam temas que possam se constituir em assunto acessível ao senso comum, porém não se constituem em determinações oficiais ou têm necessariamente embasamento teórico-científico consistente.

Tem-se cada um desses conceitos como:

- **Publicação Jornalística:** consiste em divulgação de fatos em jornais, revistas, meio televisivo, entre outros. São fruto de ações de pessoas e/ou forças notórias. Além de ser muito mais acessível, conta ainda com a força dos meios de comunicação e a disposição das pessoas em multiplicá-la em conversas cotidianas.
- **Publicação Oficial:** consiste em divulgação de fatos em documentos oficiais. Por exemplo, em Diários Oficiais, Leis e Portarias. Chegam verticalmente aos gestores e profissionais vinda daqueles que ocupam cargos de poder. Tem a força da oficialidade e da determinação hierárquica, sendo, portanto incontestável, pelo menos em níveis formais.
- **Publicação Científica:** consiste em publicações que têm rigor científico. São publicadas em periódicos especializados, geralmente, divididos em áreas do conhecimento. São elaboradas com rigor exploratório, resultantes de estudos de pesquisadores ligados a instituições de ensino. Podem ser artigos, livros, cartas, relatórios, entre outros. Possuem autoria declarada, discutem idéias, métodos e técnicas (ABNT, 2003; MORENO, ARELLANO, 2005). Por essa razão são vistas como um tipo de “verdade incontestável”, porém nem sempre são incorporadas no cotidiano das ações.

É importante diferenciar cada tipo de publicação, porque cada uma delas tem pesos e formas diferentes de influenciar o leitor. Destaca-se que os profissionais que atuam no setor saúde deveriam ter acesso a todos estes tipos. Estes profissionais formam suas

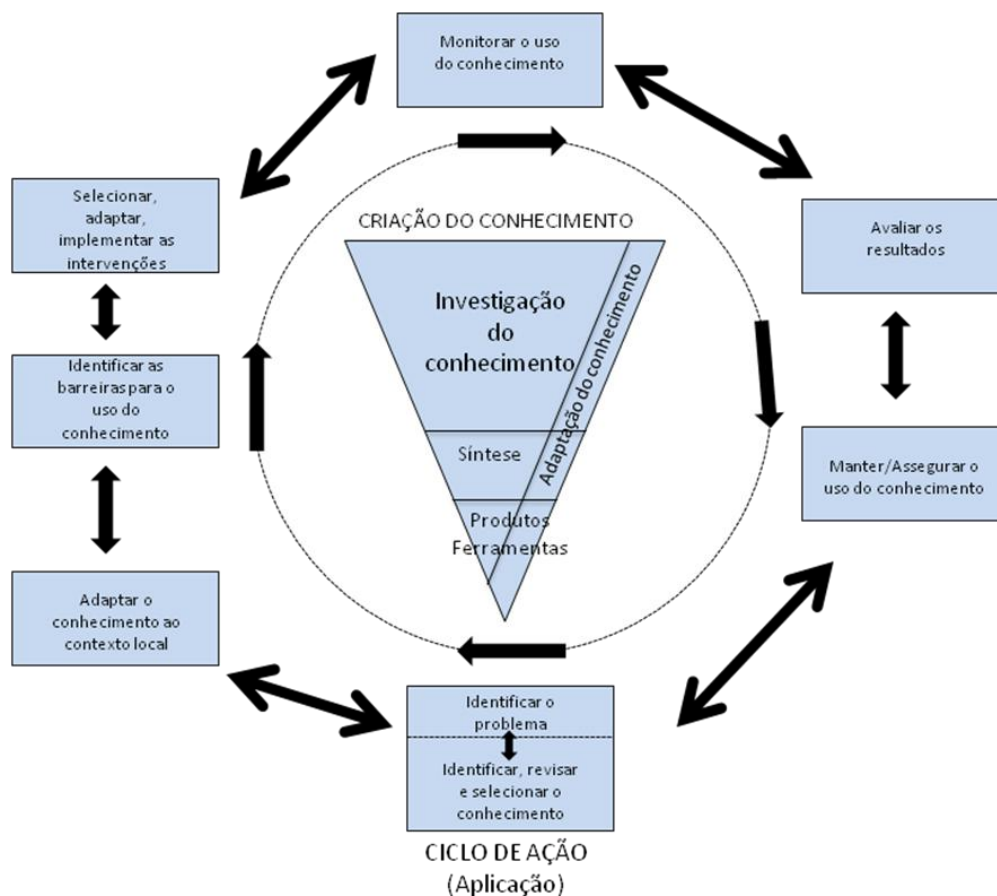
opiniões e tomam suas decisões embasadas naquilo que apreendem a partir das fontes que efetivamente chegam a suas mãos. Daí a importância de que acessem, não apenas aquelas fontes voltadas ao senso comum, mas também, e principalmente, documentos e publicações científicas que trazem determinações e os mais recentes conhecimentos produzidos de maneira cientificamente confiável.

A produção de conhecimento científico é importante e necessária, mas não garante a utilização do mesmo. O processo de obtenção e transposição dos conhecimentos para a realidade é uma barreira para a excelência no cuidado à saúde. (CLARKSON *et al.*, 2008; GROL, 2001; MCGLYNN *et al.*, 2003; SCHUSTER *et al.*, 1998; SEDDON *et al.*, 2001; STRAUS, TETROE e GRAHAM, 2009).

Muitos termos têm sido usados para descrever o processo de transformar o conhecimento em ação, sendo um deles tradução do conhecimento (TC). É um termo relativamente novo, usado para descrever um problema antigo: a subutilização da pesquisa científica baseada em evidências nos sistemas de cuidado (WARD, HOUSE e HAMER, 2009). Consiste em um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, divulgação, intercâmbio e aplicação do conhecimento para melhorar e fortalecer o sistema de saúde (STRAUS, TETROE E GRAHAM, 2009).

Estratégias para a tradução do conhecimento variam conforme o público-alvo e o tipo de conhecimento a ser traduzido (STRAUS, TETROE E GRAHAM, 2009). Em 2006, Graham, Logan e Harison *et al.* desenvolveram um quadro conceitual chamado *knowledge to action cycle*, traduzido para o português como “ciclo de conhecimento para ação”. O modelo é utilizado pelo *Canada Institute of Health Research* para promover a aplicação dos resultados de pesquisas científicas e estudar o processo de tradução do conhecimento. Pode ser desenvolvido em duas etapas ou ciclos que se correlacionam de forma dinâmica (Figura 1), que são: o ciclo de criação do conhecimento e o ciclo da ação ou aplicação.

Figura 2 – Knowledge to action process. Demonstrativo de formas de tradução do conhecimento em ação.



Fonte: (GRAHAM, et al, 2006; traduzido por BELLOTTI, 2013)

O ciclo de criação do conhecimento é composto por 03 fases que são: a investigação do conhecimento, a síntese e o desenvolvimento de ferramentas e seus produtos. O ciclo da ação ou aplicação é composto por 07 fases, sequenciais ou simultâneas, que podem ser influenciadas pelo ciclo de criação, a saber: identificação do problema; identificação, revisão e seleção do conhecimento; adaptação desse conhecimento ao contexto local; análise das possíveis barreiras ou limitações no processo de tradução desse conhecimento para a prática; seleção, planejamento e implementação dos métodos de tradução do conhecimento, de acordo com o observado nas etapas anteriores; monitoramento do uso desse conhecimento na prática; análise dos resultados dessa mudança na prática; sustentabilidade e continuidade dessa prática baseada em evidência.

Apesar de ser um tema bastante estudado, os conteúdos sobre promoção de saúde, nem sempre são incorporados na prática cotidiana de gestores e profissionais de saúde a nível local (BUSS e CARVALHO, 2008; STRAUS, TETROE E GRAHAM, 2009;

GRAHAM, et al, 2006; CANDEIAS, 1997). Será que é um problema de tradução do conhecimento?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a efetividade da tradução do conhecimento no contexto da promoção da saúde por gestores e profissionais da atenção básica da saúde pública do município de Goiânia.

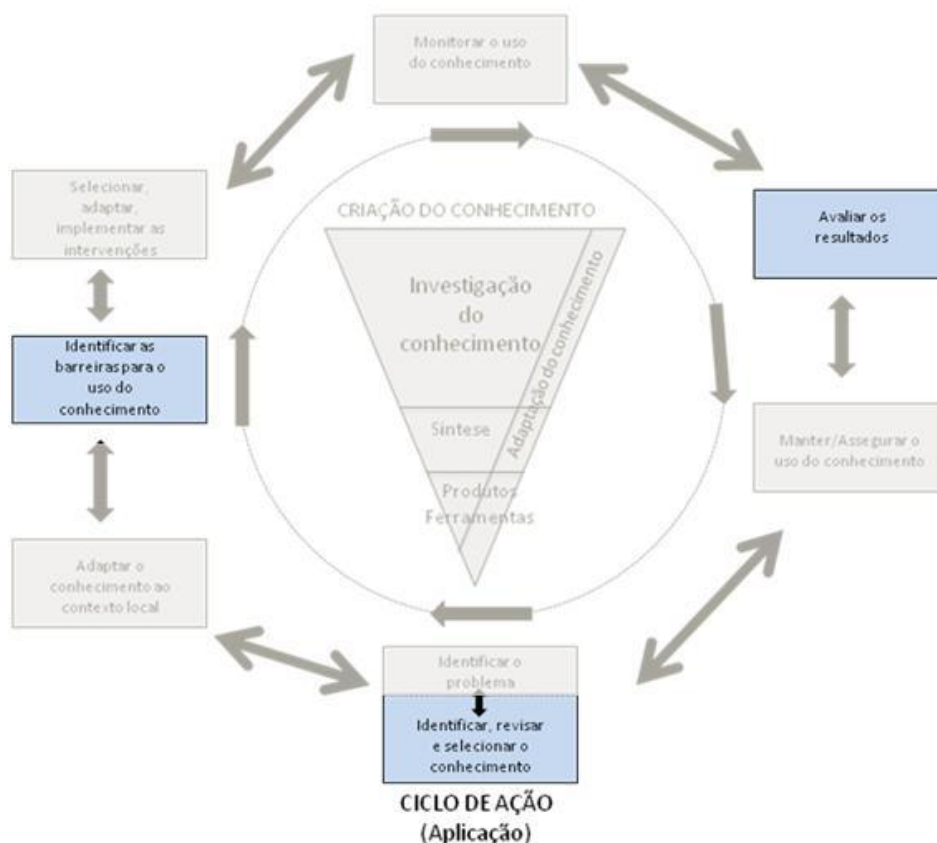
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a compreensão de conteúdos e conceitos da promoção de saúde por gestores e profissionais em saúde pública do município de Goiânia;
- Conhecer as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas por gestores e profissionais;
- Descobrir se as fontes utilizadas por gestores e profissionais no âmbito da Promoção da Saúde são de origem jornalística, oficial ou científica;
- Identificar as estratégias de tradução do conhecimento que tem sido utilizadas pelos profissionais e quais suas sugestões para a tradução do conhecimento;
- Levantar os principais desafios identificados por estes profissionais no processo de tradução do conhecimento.

4 METODOLOGIA

Seguindo o esquema de tradução do conhecimento proposto por Graham, et al, (2006), este trabalho propôs investigar três das sete fases do ciclo de ação: propondo identificar o conhecimento dos pesquisados a respeito de PS (fase identificar, revisar e selecionar o conhecimento), avaliar a efetividade da TC de PS para gestores e trabalhadores (fase avaliar os resultados), e identificar estratégias que tem sido utilizadas e sugeridas para a TC, levantando as barreiras e desafios identificados pelos sujeitos da pesquisa no processo de TC (fase identificar barreiras para o uso do conhecimento). Sendo assim, teríamos na Figura 2 (adaptação nossa) em destaque as fases abrangidas neste estudo.

Figura 2 – Knowledge to action process. Adaptado com destaque para as fases abordadas neste estudo.



Foi realizada uma investigação amparada na pesquisa do tipo qualitativa, que segundo Minayo (2007), se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada e aprofunda-se no mundo do significado das relações humanas.

O caráter exploratório foi conferido por ser um tema pouco explorado e de difícil formulação de hipóteses (GIL, 1999).

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob protocolo número 02/2013 (Anexo A) e obteve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, sob protocolo número 020/2013 (Anexo B). Todas as fases da pesquisa foram desempenhadas respeitando as normas éticas contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1), tendo sido garantido o sigilo, que assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e sua liberdade de recusar em participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase desta, sem qualquer penalização. As entrevistas foram realizadas nos espaços indicados pelos próprios entrevistados, para assegurar a confidencialidade dos dados levantados e na tentativa de reduzir prováveis constrangimentos.

4.2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E DOCUMENTAL

A revisão bibliográfica foi realizada utilizando-se termos ou descritores registrados na base de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, que é um vocabulário estruturado criado pela Biblioteca Regional de Medicina – BIREME e termos do senso comum ou presentes em documentos oficiais. Alguns dos descritores utilizados foram: tradução do conhecimento, promoção da pesquisa, gestão do conhecimento para pesquisa em saúde, conhecimento de resultados, medicina baseada em evidências, promoção de saúde, intersetorialidade, equidade, participação social e efetividade, sendo os últimos cinco termos contidos na PNPS (BRASIL, 2010). As bases de dados acessadas foram as disponíveis no Portal de Periódicos Capes, entre elas o *Medical Literature Analysis and*

Retrieval System Online – MedLine e a Scientific Electronic Library Online – SciELO. Para a busca de documentos (Políticas, Leis, Decretos, Normas e outros) referentes à PS foi utilizado o Portal do Ministério da Saúde. As publicações levantadas foram utilizadas para construção do referencial teórico deste estudo e no auxílio da categorização das entrevistas.

4.3 ENTREVISTAS

Nesta etapa a população alvo foi composta pelos Gestores de Saúde de cada um dos sete Distritos Sanitários – DS da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Cada DS possui três gestores, sendo um Diretor Geral, um Diretor Técnico e um Diretor Administrativo. O Diretor Geral de cada Distrito indicou uma Unidade de Atenção Básica em Saúde da Família – UABSF na qual a pesquisa poderia ser realizada. Nestas UABSF foi contatado o Diretor local para que indicasse 03 profissionais de nível superior para participarem das entrevistas. Utilizou-se como critérios de inclusão os seguintes itens: participar de ações de promoção de saúde (planejamento, execução e avaliação) como gestor ou profissional de unidades de saúde e assinar o TCLE. Estes profissionais indicados somente seriam excluídos caso declinassem voluntariamente de participar.

Foi realizado um pré-teste com dois profissionais, com perfil semelhante ao dos participantes do estudo, para verificar a estrutura e a clareza do roteiro, além de observar possíveis intercorrências, a saber, local de realização das entrevistas e material/equipamentos a serem utilizados (MANZINI, 1991; REA e PARKER, 2000; TRIVIÑOS, 1987). Durante esse pré-teste dois juízes (alunos de Mestrado em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, externos ao projeto) observaram o desenvolvimento das entrevistas, os quais analisaram o processo e sugeriram algumas adaptações na linguagem utilizada e aos métodos de abordagem do entrevistado, ou seja, a forma como a entrevistadora apresentava cada uma das perguntas, buscando evitar influenciar nas respostas dos entrevistados (Apêndice B). Estas entrevistas não foram incluídas nos dados de análise.

Como recurso para as entrevistas, utilizou-se um aplicativo de gravação de voz de um *smartphone*. As entrevistas abertas, semi-estruturadas e em profundidade foram

realizadas por um único pesquisador, com cada participante, individualmente (BELEI, 2008; FALCÃO e TÉNIES, 2000), em sala fechada, livre ou com menor intervenção de som, nos locais indicados por cada sujeito.

O contato inicial com os participantes foi realizado via telefone/e-mail, logo após a anuência da SMS de Goiânia. Os participantes foram esclarecidos sobre o tema da pesquisa, seus objetivos e de que forma esta seria conduzida (MINAYO, 2007). No momento das entrevistas estavam presentes apenas o entrevistador e o entrevistado. Os participantes foram investigados quanto ao cargo e/ou posto que ocupam no SUS, conhecimento dos conceitos de promoção da saúde, fontes utilizadas para obtenção do conhecimento, mecanismos utilizados para tradução do conhecimento, ações implementadas buscando os objetivos da promoção de saúde e desafios no processo de tradução e aplicação do conhecimento (Apêndice B). Apesar do roteiro, as entrevistas foram conduzidas de maneira a propiciar a interação entre os atores, com questões adicionais e liberdade para comentários afins, buscando elucidar o tema. O esgotamento de informações foi o fator determinante para dar como encerrada cada entrevista. As questões de 1 a 4 foram elaboradas para caracterizar os entrevistados. A relação entre os objetivos e as perguntas de 5 a 13 está contemplada no Quadro 2.

Quadro 2 – Relação das questões da entrevista com cada objetivo específico da pesquisa.

Objetivo	Pergunta(s)
Analisar a compreensão de conteúdos e conceitos da promoção de saúde por gestores e profissionais em saúde pública do município de Goiânia;	5 - Você participou ou participa de ações de promoção da saúde? (planejamento/execução/avaliação de programas/estratégias). Qual(is)? 6 - Nestas ações, você percebe a presença de aspectos de: <ul style="list-style-type: none"> • Intersetorialidade? Empoderamento? Participação social? Equidade? Sustentabilidade? <u>Você pode exemplificar?</u> 10 - Identificou ou identifica alguma ação de promoção de saúde desenvolvida em sua atividade profissional que foi baseada em publicações científicas? Se sim, qual(is)? <u>Você pode exemplificar?</u>
Conhecer as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas por gestores e profissionais;	5 - Você participou ou participa de ações de promoção da saúde? (planejamento/execução/avaliação de programas/estratégias). Qual(is)? 10 - Identificou ou identifica alguma ação de promoção de saúde

	desenvolvida em sua atividade profissional que foi baseada em publicações científicas? Se sim, qual(is)? <u>Você pode exemplificar?</u>
Descobrir se as fontes utilizadas por gestores e profissionais no âmbito da Promoção da Saúde são de origem jornalística, oficial ou científica;	7 - Entendendo que o conhecimento pode vir de diferentes fontes, quais você utiliza para obtenção sobre conteúdos de promoção de saúde: Jornalístico (informação da mídia comum, reportagem)? Oficial? Científico? Redes profissionais formais e informais (congressos, reuniões de equipes)? 10 - Identificou ou identifica alguma ação de promoção de saúde desenvolvida em sua atividade profissional que foi baseada em publicações científicas? Se sim, qual(is)? <u>Você pode exemplificar?</u>
Identificar as estratégias de tradução do conhecimento que tem sido utilizadas pelos profissionais e quais suas sugestões para a tradução do conhecimento;	9 - Quando você entra em contato com uma nova informação, como você a incorpora na sua prática cotidiana? 12 - Quais estratégias você acha que deveriam ser utilizadas para facilitar a compreensão das publicações científicas pelos trabalhadores? 13 - Que tipo de atividade desenvolvida no ambiente de trabalho, poderia aproximar os conteúdos de publicações científicas com a prática profissional?
Levantar os principais desafios identificados por estes profissionais no processo de tradução do conhecimento.	8 - Tem acesso a publicações científicas? Em que momentos? 11 - Qual a principal dificuldade, caso haja, de traduzir o conhecimento científico para ações em sua atividade profissional?

Após escuta inicial, cada entrevista foi ouvida novamente com pausas, retornos e avanços e transcrita à mão livre pelo pesquisador. As transcrições foram realizadas em local neutro, para resguardar a identidade dos sujeitos, bem como o sigilo das informações prestadas. A análise do conteúdo, técnica mais utilizada para o tratamento de dados da pesquisa qualitativa, foi aplicada aos dados do estudo, organizada em três pólos cronológicos (fases): a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Note-se que estas fases foram aplicadas em todo o material da presente pesquisa, incluindo não apenas as entrevistas, mas também o resultado da busca bibliográfica e documental. Originalmente, na etapa da pré-análise há uma proposta de formulação de hipóteses, a qual foi excluída deste trabalho por ser este

um estudo exploratório, e por tanto anteceder esta formulação, como abordado por Severino (2004).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população alvo foi composta pelos Gestores de Saúde de cada um dos sete Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, totalizando 19, uma vez que os Distritos Sanitários Leste e o Noroeste contavam com apenas dois gestores até a data de coleta dos dados.

No total, aceitaram participar do estudo 09 gestores e 06 profissionais (Caracterização dos entrevistados no Quadro 3).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Conhecer o perfil dos entrevistados é importante para traçar algumas relações. Nos sete DS de Goiânia, durante o período de coleta de dados desta pesquisa havia 19 profissionais em cargos de gestão. Participaram, voluntariamente, desse estudo 09 gestores. Dos 15 profissionais de AB selecionados, 06 participaram. O declínio de participação voluntária ocorreu em 19 casos. Supõe-se que este alto índice de recusa possa estar associado à época em que a coleta de dados foi conduzida, coincidindo com o ingresso recente de novos gestores, realização de grande número de eventos na SMS e mudanças de espaço físico de um dos DS. Os motivos relatados pelos profissionais para o declínio foram: estar há pouco tempo no serviço e que por isso não tinham a experiência necessária para responder às perguntas; não ter tempo para receber o entrevistador; e falta de motivação por ter participado de outras pesquisas anteriores e não ver a aplicação ou resultados práticos daquelas. Isso demonstra a importância do retorno dos resultados das pesquisas para os participantes. O Quadro 3 apresenta uma visão geral da caracterização dos entrevistados.

Quadro 3 – Caracterização dos entrevistados.

Entrevistado	Sexo	Formação / Graduação	Pós-graduação	Cargo	Tipo de vínculo
E1	masculino	CD ³	não	CD AB	Concursado(a)
E2	feminino	CD	não	CD AB	Concursado(a)
E3	masculino	CD	não	CD AB	Concursado(a)
E4	feminino	Enfermeira	Especialização Saúde da Família	Gestora	Comissionado(a)
E5	feminino	Fisioterapeuta	Segurança do Trabalho	Gestora	Comissionado(a)
E6	feminino	CD	Mestrado	CD AB	Concursado(a)
E7	masculino	Médico	não	Médico AB	Concursado(a)
E8	masculino	CD	não	CD AB	Concursado(a)
E9	feminino	Enfermeira	Especialização Saúde da Família	Gestora	Concursado(a)
E10	feminino	CD	Prótese dentária	Gestora	Concursado(a)
E11	masculino	Farmacêutico	não	Gestor	Comissionado(a)
E12	feminino	Enfermeira	não	Gestora	Concursado(a)
E13	feminino	Administradora	Gestão pública	Gestora	Comissionado(a)
E14	feminino	Médica	Dermatologia	Gestora	Comissionado(a)
E15	feminino	CD	Especialização Saúde da Família	Gestora	Concursado(a)

É interessante que dos 09 gestores entrevistados, apenas um é do sexo masculino, reforçando a ocupação de cargos de maior hierarquia por parte das mulheres nesse início de século XXI (MOURÃO e GALINKIN, 2008; DE SOUSA e MELO, 2009; CARRIERI, 2013). No Brasil, as áreas mais favoráveis para as mulheres continuam sendo as comunitárias e sociais, porém com uma crescente participação em cargos de direção (MOURÃO e GALINKIN, 2008). Mourão e Galinkin (2008) levantaram que as mulheres têm grande destaque em chefias no setor público. Afirmam que, as contratações são menos discriminatórias, já que o ingresso ocorre por concurso público. Levantam que há um estilo feminino de administração, caracterizado pela interatividade, pela divisão de poderes e informações, por ser participativo e por desenvolver a auto-estima da equipe de trabalho. Há então uma sinalização para um empoderamento da mulher e de novas relações de gênero e poder no mercado (DE SOUSA e MELO, 2009).

³ CD significa Cirurgião-dentista.

Entre os 06 profissionais entrevistados nas UABSF 01 era médico e 05 eram cirurgiões-dentistas. Este fato pode ser atribuído ao curto período de permanência do profissional médico nas unidades de saúde, o que dificultava o contato por parte da entrevistadora e também levou o profissional a alegar não ter tempo para participar de pesquisas desta natureza. Cabana *et al.* (2007) afirmam que, para os médicos, “os múltiplos vínculos de trabalho e a consequente longa jornada servem como uma compensação aos baixos salários, sobretudo na rede pública de saúde”.

Já entre os gestores, percebe-se uma maior variedade de categorias profissionais, demonstrando que não é a formação básica que determina a ocupação destes cargos, mas sim, o interesse pessoal e a formação de pós-graduação.

Gerenciar não compreende apenas agir racional ou tecnicamente, deve ater-se às dimensões científica, técnica e artística. Observa-se uma crescente procura de cursos de formação de pós-graduação em gestão em saúde. As competências e formações gerenciais constituem um dos principais pilares de uma organização. Sendo assim, a reorientação das funções gerenciais pode ser considerada uma das estratégias para consolidar o SUS (FERNANDES, 2009).

Quanto ao tipo de vínculo observou-se um predomínio dos concursados entre os profissionais da Atenção Básica. Contudo, por ser considerado, pelo senso comum, um cargo de confiança, observou-se que dos 09 gestores, 05 eram comissionados.

5.2 COMPREENSÃO DE CONTEÚDOS E CONCEITOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

As falas dos entrevistados foram discutidas com os achados na literatura, por aproximação de conteúdo, para se analisar a compreensão de conteúdos e conceitos da promoção de saúde por esses profissionais. Os Quadros de 4 a 9 exemplificam algumas das relações estabelecidas.

Quadro 4 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Promoção da Saúde”.

Fonte (autoria e conceito central)	Falas com os conceitos emergentes nas entrevistas
Leavell e Clark, 1976 PS COMO PARTE DA PREVENÇÃO	E11 “ <i>Quando aprendi, vi que a gente atua com medidas antes de ter a doença. Quando você ensina a população o que fazer para não dar dengue, você está prevenindo e poupando um monte de gastos.</i> ”
Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) POLÍTICA COMO INDUTORA DAS AÇÕES (PNPS)	E15 “ <i>A política nacional está aí para nos orientar como agir. A gente acaba ficando de mãos atadas e tendo que seguir a normativa</i> ”
Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) ARTICULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS / POLÍTICAS DE OUTROS SETORES.	E11 “ <i>Temos que ensinar à população a ser dona de si e que eles são os mais importantes responsáveis pela a saúde.(...) O PSE é um exemplo disso. A educação e a saúde juntas</i> ”

É possível observar que apesar dos avanços científicos e das discussões sobre o processo saúde e doença, alguns gestores e profissionais ainda associam o conceito de Leavell e Clark (1976) ao termo Promoção da Saúde. Isso reforça a noção da história natural da doença, a qual não pode ser alterada pela intervenção humana, podendo apenas ser retardada por meio de medidas preventivas. Como se fosse natural uma doença ter uma história que evolui. Para Czeresnia (2003):

“Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais.” (Czeresnia, 2003, p 1).

Conhecer o mecanismo das doenças não é suficiente. Promover saúde envolve outros valores, como o desenvolvimento da capacidade individual e coletiva para os enfrentamentos dos diversos determinantes que envolvem o processo saúde doença.

A fala de E15 nos mostra a PNPS como indutora das ações, porém, deixando a descentralização, princípio organizativo do SUS, em segundo plano, quando faz alusão a uma ação proposta verticalmente da esfera nacional para a local. Esse fato contraria o caráter de ascendência previsto pela Lei Orgânica do SUS.

A lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos de operacionalização do SUS. Na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, o artigo 36 diz que o processo de

planejamento e orçamento deve ser ascendente, do nível local até o federal (BRASIL, 2009). No presente estudo observamos que parte do relatado contraria essa indicação. Observamos então que a ascendência configura-se como relevante desafio para os responsáveis pela gestão, principalmente das esferas estadual e federal, tendo em vista as diferenças epidemiológicas que podem variar dentro dos estados, ou de uma cidade, ou até mesmo dentre de um bairro.

Não houve falas que demonstrassem a existência ou o conhecimento de políticas estaduais, municipais ou mesmo locais. A própria Carta de Ottawa ao abordar os cinco campos de ação da PS aponta que um deles é a criação de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002), portanto, a ausência destas referências nas falas dos entrevistados expõe uma fragilidade nos conceitos que tem direcionado as ações se PS.

Entre os termos e conceitos associados à PS destaca-se a Intersetorialidade como um dos pilares para que as ações que visam promover saúde possam ser efetivas na realidade (BUSS, 2000; BUSS, 2008; INOJOSA, 2001; TEIXEIRA e PAIM, 2000; ZANCAN, 2003). O Quadro 5 mostra a aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo intersetorialidade.

Quadro 5 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Intersetorialidade”.

Fonte (autoria e conceito central)	Conceitos emergentes nas entrevistas
PNPS (BRASIL, 2010) CO-RESPONSABILIZAÇÃO	E11 <i>“O PSE é um exemplo disso. A educação e a saúde juntas. Esses meninos de hoje vão ser o futuro, nós precisamos unir forças para mudar essa situação de saúde no País.”</i>
Inojosa, 2001 DIFERENTES SABERES	E9 <i>“A gente troca experiências aí eu copio alguma idéia que deu certo em tal distrito e eles copiam alguma do nosso. É assim que a gente se ajuda, a fazer sempre o melhor com o pouco que temos.”</i> E14 <i>“A população também quer falar e compartilhar o que sabe.”</i>
Sposati, 2004 PROTAGONISMO DA AÇÃO	E7 <i>“A gente reúne com os representantes dos equipamentos sociais e propõe ações que beneficiam a comunidade inteira. Eles são nossos parceiros fortes e ajudam nas decisões.”</i>
Junqueira, 2004 FOCO NA ESTRATÉGIA UTILIZADA	E6 <i>“Eu sei que uma palestra por si só não é promoção. Mas o povo gosta da danada da palestra. Ficam na passividade, mas depois acabam envolvendo mais. E a palestra é que foi o início de tudo, como se fosse um convite.”</i> E6 <i>“em uma das atividades que fazemos nas escolas, fizemos uma oficina de sucos com as merendeiras. O acordo era que elas depois fariam com os pais a mesma atividades, para multiplicar o conhecimento.”</i> E14 <i>“Uma roda de conversa sempre dá certo. A população também quer falar e compartilhar o que sabe. Quer participar das atividades, do planejamento até a execução.”</i>

A fala de E11 mostra que há uma compreensão de intersectorialidade muito próxima da existente na PNPS (BRASIL, 2010), pois demonstrou a responsabilidade dos setores, no caso Saúde e Educação, diante de um quadro específico. E11 cita o Programa Saúde na Escola – PSE como uma política intersectorial que induz a realização de ações de PS. Isso corrobora com o conceito presente na Carta de Ottawa, e reafirma a importância da intersectorialidade para efetividade das ações de PS.

As falas de E9 e E14 se aproximaram do conceito de Inojosa (2001), que foca nos diferentes saberes integrados. O foco central da fala de E9 é a troca de saberes, visando um bem maior que é o desenvolvimento e a divulgação de ações exitosas de PS. Anteriormente nos referimos ao fato que muitos trabalhos científicos divulgam ações exitosas em PS

demonstrando que há efetividade, mas as condições operacionais variam conforme cada realidade. Isso é um desafio para a gestão em saúde.

Sposati (2004), em seu estudo, ressalta o protagonismo das ações como ponto forte da intersetorialidade. Neste estudo foi observado um protagonismo principalmente dos representantes sociais, tais como os conselhos locais de saúde. Pode-se observar que a articulação entre eles e os profissionais de saúde fortalece a realização da PS a nível local.

Assim como Sposati (2004), Moretti (2010) aborda o protagonismo nas ações de intersetorialidade, quando afirma que é o compromisso do setor saúde ressaltando a idéia de envolvimento de políticas em todos os setores envolvidos. Ancora-se aqui o tema principal da VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada em Helsinque na Finlândia em 2013, na qual Saúde em Todas as Políticas foi tema central.

Junqueira (2004) conceitua intersetorialidade com foco na estratégia utilizada para tal. O entrevistado E6 cita dois momentos nos quais aproximou deste conceito. No primeiro reconhece que ações educativas não correspondem ao conceito amplo de PS (BRASIL, 2002), mas que observou em sua experiência profissional que as palestras são forte ferramenta para convidar a comunidade para fortalecer a saúde. Em um segundo momento, relatou uma experiência, que estimulou escolhas mais saudáveis e levantou um ponto chave para a PS, o papel dos multiplicadores.

Ainda com aproximação do conceito de Junqueira (2004), E14 ressalta que o saber popular deve ser respeitado e que envolver o indivíduo é importante, mesmo para que ele entenda seu papel, no processo saúde-doença.

Quadro 6 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre os termos “Equidade/Iniquidade”.

Fonte (autoria e conceito central)	Conceitos emergentes nas entrevistas
Whitehead, 1992 - DIMENSÃO ÉTICA <i>Versus</i> Marx, 1875 - REDISTRIBUIÇÃO	E5 “ <i>Se meu irmão precisa de ajuda e não tem a quem recorrer, é minha obrigação ajudar. Por isso que me esforço para usar tudo ao meu alcance e atender a todos. É claro que na medida do possível</i> ”
Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) ACESSO	E11 “ <i>As visitas (domiciliares) ajudam a descobrir quem mais está precisando de atenção</i> ” E13 “ <i>A porta de entrada tem que ser a atenção básica e o modelo ideal é o PSF</i> ”.
Senso comum IGUALDADE	E3 “ <i>Tem que ser justo. Todos têm o mesmo direito.</i> ” E2 “ <i>Um paciente é igual ao outro. A ação de promoção eu entendo que deve ser feita visando todo mundo igual. Não pode ser individualista. Isto a gente já faz muito bem quando está com o paciente dentro do consultório</i> ”

A idéia cerne de equidade que consta na Constituição Brasileira de 1988 é do “Acesso”. Essa é a diferença fundamental entre o conceito nela presente e o proposto por Whitehead (1992). O acesso é ponto dominante, no sentido de evidenciar a importância das portas abertas para o indivíduo, não só para a demanda espontânea, mas também para prevenção, busca ativa de novos casos, e para o acompanhamento de tratamentos em andamento ou concluídos.

Avanços no “acesso universal”, proposto pelo SUS, após sua implementação, têm sido observados em estudos, principalmente relacionados à ampliação de serviços na Atenção Básica (TRAVASSOS *et al.*, 2000; LEAL e TOMITA, 2006). Medonza-Sassi e Beria (2001) afirmam que ao se medir a utilização de um serviço, acaba-se medindo a acessibilidade do mesmo. Realizaram uma revisão sistemática da literatura, e observaram que no Brasil, apesar dos avanços, há evidências de iniquidades na utilização dos serviços de saúde.

Há um conflito quando se discute uma fala de E5 sobre equidade. Ele cita o papel de doar, ajudar, ceder. A questão chave foi diferenciar se abordava a dimensão ética proposta por Whitehead (1992) ou a de redistribuir, presente na teoria de Marx (1875). A

postura proposta por Marx em 1875 tem encontrado eco em uma postura de origem bastante diferente, porém muito divulgada contemporaneamente que é a postura religiosa, na qual aquele que tem mais deve dar àquele que necessita mais. Esta lógica aproxima-se mais da caridade do que de uma efetiva redistribuição de recursos visando à justiça social. Adotamos então que E5 baseou-se na lógica de atenção ao indivíduo, sem considerar se este é um fato que coletivamente implicaria em equidade como entendida pelos autores aqui referidos.

Para o senso comum, a equidade é sinônimo de igualdade. Foi possível observar que alguns entrevistados incorporam os conceitos do senso comum nas suas ações de PS. O entrevistado E2 (Quadro 6) cita o que considera como oposto de equidade, que é o individualismo, característico do modelo flexneriano de atenção à saúde (PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

Quadro 7 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Participação social”.

Fonte (autoria e conceito central)	Conceitos emergentes nas entrevistas
Glossário Temático da PS (BRASIL, 2012b) PAPEL FISCALIZADOR	E4 “ <i>O conselho (de saúde) cobra noite e dia.</i> ”
RIOS, 1987 INCORPORAÇÃO – ENTENDER O PAPEL	E1 “ <i>Fizemos uma semana de integração com a comunidade e mesmo fazendo muita propaganda, apareceu meia dúzia de gato pingado (como foi dito)</i> ” E4 “ <i>A população é muito participativa.</i> ”

O entrevistado E4 aborda duas formas de ver a participação social. Em uma ele levanta o papel fiscalizador e deliberativo do conselho local de saúde de sua região, se aproximando do conceito chave presente no Glossário Temático da PS. Na outra, fala do conselho como representante do povo sabedor de sua responsabilidade no processo saúde doença. O profissional afirma que esses sabem do seu papel na tomada de decisões das ações de saúde, o que é citado por Rios (1987) como temática central no conceito de participação social.

Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012) realizaram uma sistematização de artigos publicados entre 1988 e 2005, em periódicos brasileiros, sobre a participação social na

saúde. Discutem, que independente dos impactos gerados, o ato de participar implica inclusão, redução de iniquidades, estímulo à cidadania, que contribuiu para o empoderamento. Alguns desses enfoques foram observados nas falas dos entrevistados, evidenciando o conhecimento dos termos e de suas implicações no vivenciar das ações de PS.

Quadro 8 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Empoderamento”.

Fonte (autoria e conceito central)	Conceitos emergentes nas entrevistas
Glossário Temático da PS (BRASIL, 2012b)	<p><i>E6 “(...) Ficam na passividade, mas depois acabam envolvendo mais. E a palestra é que foi o inicio de tudo, como se fosse um convite pro empoderamento.”.</i></p> <p><i>E8 “Faço educação no CMEI, no grupo de gestantes e no HIPERDIA. Acho que assim eu saio do curativo e acabo empoderando o paciente para ser ativo no processo”.</i></p>
WALLERSTEIN E BERNSTEIN, 1994	

A incorporação do conceito de empoderamento, demonstradas nas falas dos entrevistados, é rasa. Os profissionais entendem o empoderamento como ensinar, educar ou treinar. No Brasil, usualmente o empoderamento resgata a dimensão da educação em saúde. Mais do que repassar informações, visa um aumento do poder político por parte de indivíduos e comunidades, capacitando-os para atuarem como atores diretos de sua própria transformação social (BUSS, 2000; WALLERSTEIN E BERNSTEIN, 1994; CARVALHO, 2004).

Gohn (2004) aponta para ausência de caráter de universalidade associado ao termo empoderamento, no Brasil. A autora diz que o conceito hora refere-se aos processos de mobilização no sentido de conferir autonomia, hora refere-se à simples integração dos excluídos em projetos de ações sociais assistenciais. Isso é observado nas falas dos entrevistados. Os dois relatos apresentados (E6 e E8) aproxima-se do primeiro aspecto citado por Gohn (2004). Sendo assim, utilizaram o termo para descrever atitudes positivas objetivando incluir e reforçar a ação do indivíduo no processo.

Quadro 9 – Aproximação entre conceitos encontrados na literatura e aqueles emergentes nas entrevistas sobre o termo “Sustentabilidade”.

Fonte (autoria e conceito central)	Conceitos emergentes nas entrevistas
SACHS, 1993	Sustentabilidade Econômica E5 “para mim, sustentabilidade é parar de destruir as coisas, parar de comprar coisas desnecessárias que logo vão ficando obsoletas. Só não sei incluir esse conceito na promoção da saúde.”
	Sustentabilidade Ecológica E14 <i>“A gente fez até uma ação de educação para gestão do lixo doméstico. Foi muito bonito ver as pessoas separando o que era reciclável ou não”</i>
LEFF, 2010	E14 <i>“a atividade de reciclagem foi sustentável por que a própria comunidade continuou. Isso gerou renda para eles.”</i> E1 <i>“O grupo de artesãs da saúde teve continuidade porque elas viram uma forma de complementar a renda. Isso empolgou, por isso acho que foi sustentável”</i>
Glossário Temático da PS (BRASIL, 2012b)	E6 <i>“Entendo que as ações sustentáveis são aquelas que você desenvolve e que tem condição da população-alvo manter o processo depois que você vai embora”</i> E15 <i>“Uma ação que eu considero sustentável é a referência e contra-referência”</i>

Para Leff (2010) sustentabilidade gira em torno da lógica econômica de mercado, o capitalismo. Neste sentido, desenvolvimento econômico gera insustentabilidade. Em contrapartida o conceito para Sachs (1993) encontra-se num contexto, no qual deve-se criar mecanismos de usar a economia para gerar sustentabilidade. Foi possível observar a diferença de abordagem desses dois autores quando contrastamos as falas de E5 e E1.

Conforme o Glossário Temático da PS a idéia de continuidade de ações é fundamental. Percebe-se esse reconhecimento nas falas dos profissionais. Eles identificam a necessidade de uma ação efetiva de PS não ser interrompida quando, por exemplo, há a troca de pessoal em um distrito ou unidade, fato bastante comum quando há a troca de governo. Resta lembrar que o fator mais relatado para declínio da participação nesta pesquisa por parte de alguns profissionais convidados.

E15 levanta uma questão interessante quando afirma que a referência e contra-referência são ações sustentáveis. Teixeira (2003), diz que são ferramentas indispensáveis para a hierarquização dos serviços, um dos princípios organizativos do SUS. Na lógica do serviço, frequentemente, os termos referência e contra-referência dizem respeito a casos no qual se realizou-se assistência de caráter curativo, no qual há necessidade de preservação. Assim, a PS em si não estaria sendo realizada. Seria uma atividade meramente curativa. Porém, eventualmente, por meio da contra-referência encaminha-se um paciente para a atenção básica, na qual há a possibilidade do profissional englobar esse indivíduo nas ações de promoção da saúde, o que poderia justificar a fala do entrevistado.

5.3 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS POR GESTORES E PROFISSIONAIS

A efetividade da PS é uma tarefa de extrema complexidade (BODSTEIN, 2007).

Das falas foram extraídas as ações e práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas pelos gestores e profissionais entrevistados. Não somente conhecer o conceito de cada termo em PS é importante, já que a prática reflexiva deve ser permeada por um significado. Os entrevistados mostraram o que cada conceito incorpora em sua ação diária. Quando não se tem clareza do que vem a ser PS, o profissional pode não realizá-la efetivamente. Duas falas ilustram esse ponto crítico, quando perguntados sobre quais as ações de PS eram desenvolvidas:

E5 (gestor) “Quais são? Acho que o pessoal da ponta saberia te dizer melhor”.

E4 (gestor) “Nós desenvolvemos muitas atividades. É difícil até de relacionar. A gestão é toda voltada para a Promoção da Saúde.”

A generalização das ações como sendo de promoção da saúde é um aspecto discutido na literatura (SPELLER, LEARMONTH, HARRISON, 1997; PEDROSA, 2001). Muitas vezes promoção e educação se confundem na prática cotidiana dos profissionais da saúde (TERRIS, 1992, PEDROSA, 2001). As ações relatadas pelos entrevistados foram principalmente de educação em saúde, mostrando uma sintonia com a PNPS, que é criticada pelo caráter predominantemente educativo das ações (TRAVERSO-YÉPEZ,

2007; KUSMA, MOYSÉS e MOYSÉS, 2012). Evidência disso são as categorias de ações citadas, que foram palestras, oficinas e reuniões dos grupos específicos (diabetes, hipertensão, gestantes, etc.). O que também demonstra que as ações têm foco na doença ou condição de saúde. O caráter educativo e com foco na condição podem ser exemplificados nas falas:

E2 “Fazemos palestras nos grupos. Cada dia é um grupo diferente. Terça é o HIPERDIA⁴. Quarta CD⁵. E por ai vai”.

E3 “Tem as reuniões dos grupos como o HIPERDIA e as atividades nas escolas.”

E6 “Uma coisa que dá muito certo aqui é a tal da palestra.”

E7 “Participo das reuniões dos grupos de risco. É um trabalho multidisciplinar. Cada um ensina sua parte. Eu ensino a minha.”

E8 “Faço educação em saúde no CMEI⁶, com as gestantes e outros grupos da unidade.”

E9 “O forte são os programas como HIPERDIA, saúde da mulher, grupos de vida saudável.”

Traverso-Yépez (2007) ressalta a dificuldade de operacionalização no nível da atenção básica, por ser a PNPS voltada a gestores. Isso é evidenciado na fala:

E7 (profissional) “Eu nem sabia que podia propor ações aqui. Tudo que fazemos é elaborado pelo distrito⁷. A gente segue as cartilhas do Ministério.”

⁴ HIPERDIA é um nome referido pelos profissionais ao Programa do Governo Federal para tratamento e acompanhamento de indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes.

⁵ CD é a referência ao Programa Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

⁶ CMEI são os Centros Municipais de Educação Infantil.

⁷ Distrito Sanitário de Saúde

O E7 demonstrou em sua fala que as ações são originadas verticalmente do nível central para o local, contrariando o princípio organizativo do SUS da descentralização. A possibilidade de execução de ações de PS construídas de forma intersetorial, ascendente e participativa, já foi demonstrada nas parcerias da UFG com os serviços de saúde e a comunidade, como por exemplo nos projetos Café com Idéias (ROCHA *et al.*, 2008), Mostra Parceria Ensino-Serviço-Comunidade – MOPESCO e Viver Saudável (FERREIRA, 2012).

Alguns entrevistados citaram ações como sendo de PS que remetem ao conceito de prevenir doença antes da instalação (LEAVEL e CLARK, 1976). Um exemplo é a fala de um gestor, que disse: “*Esse ano fizemos uma campanha de conscientização para a população combater a dengue. Mostramos inclusive o quanto ela é ruim e que pode matar.*” (E1)

Parte das ações citadas contemplou o conceito de empoderamento. Os entrevistados mostraram que ações de capacitação ou educativas têm apresentado um resultado positivo na promoção da saúde em suas regiões.

E12 “A comunidade não é totalmente culpada por suas doenças. Não se pode culpar quem não tem acesso à informação. Quando fazemos oficinas e cursos de saúde e estilo de vida, todos são receptivos e mostram que é importante educar”.

E6 “Alguns dizem que nem sabiam que arroz com feijão causava cárie. Eles achavam que só o açúcar que fazia isso”.

Nenhum dos entrevistados citou ações que poderiam ser identificadas com o conceito amplo de PS tal qual preconizado na Carta de Ottawa.

Quando perguntados se algumas das ações de PS eram frutos da TC, os entrevistados relataram que a tradução correspondia a seguir os manuais do Ministério da Saúde, como se fossem receitas.

E1 “Eu nunca tinha ouvido falar em tradução do conhecimento. É uma coisa que está presente no meu dia a dia, mas eu não sabia que tinha esse nome. (...) de artigo a gente não traduz, não. Só mesmo seguir os manuais (do Ministério da Saúde).”

E4 “Apesar de ler muitos artigos, eu não faço isso para prática da gestão, nem em promoção. Aqui é mais protocolos e atividades do Ministério, oficiais. Os artigos são para obter conhecimento, atualizar, mas não para as ações em si.”

O mundo moderno e dinâmico tal qual se apresenta, exige uma formação específica dos profissionais de saúde, os quais devem pensar e atuar em seu meio de forma mais crítica e reflexiva, considerando o contexto onde estão inseridos profissionais e indivíduos (FREITAS, 2002). Por não demonstrarem isso, os entrevistados apontam para um desacordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da Área de Saúde – DCN, que indicam que o profissional deve ter formação crítica, ética, humanística e reflexiva (MARTORELL, 2012).

5.4 FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Um dos objetivos deste estudo foi descobrir as fontes utilizadas pelos profissionais entrevistados para orientar suas ações em PS. Os principais documentos citados foram de origem oficial, publicados pelo governo federal. Entre eles: a Política Nacional de Promoção da Saúde, Cartilhas de Saúde, Pactos pela Saúde e Cadernos de Saúde. Afirmaram que o acesso é facilitado devido à disponibilidade em formato eletrônico nos portais do Ministério e a distribuição de alguns exemplares para as secretarias de saúde.

E4 “Eu sempre busco novos conhecimentos (...) eu acesso o Portal do Ministério e baixo os manuais e cadernos de saúde.”

Como dito, a produção de conhecimento científico é importante e necessária, mas não garante a utilização do mesmo (CLARKSON *et al.*, 2008; GROL, 2001; MCGLYNN *et al.*, 2003; SCHUSTER *et al.*, 1998; SEDDON *et al.*, 2001; STRAUS, TETROE e GRAHAM, 2009). Muito se produz na literatura sobre efetividade das ações de PS (NUTBEAN, 1999; DE SALAZAR, 2004; PEDROSA, 2004; MCQUEEN, JONES, 2007;

WESTPHAL, 2007; DE SALAZAR, 2009; WESTPHAL & MENDES, 2009). Apesar de existir, entre os entrevistados, relatos de utilização de conhecimento científico, eles não associaram a utilização desses nas ações de PS, apenas citaram utilizá-lo.

Um entrevistado citou que acessa artigos científicos impulsionado pelo fato de estar recentemente em um curso de Pós-Graduação de Mestrado Acadêmico. Esse paralelo pode ser traçado. Observou-se que, quando se tratava de um profissional pós-graduado, citar a utilização de artigos científicos foi uma máxima. Esse fato aponta para uma possível teoria de que a formação prévia pode influenciar na busca do conhecimento científico baseado em evidências.

E4 (Especialista em Saúde da Família) “Fonte em artigos e material oficial do ministério”.

E6 (Mestrado) “Utilizo documentos oficiais e artigos científicos.”

E9 (Especialista em Saúde da Família) “As fontes são principalmente oficiais, mas sempre que posso leio um artigo científico novo no Scielo⁸”

E13 (Gestão pública) “Eu leio muito artigo na minha área. A evidência científica é sempre melhor que o achismo, mas as fontes oficiais estão mais ao alcance da gente.”

E15 (Especialista em Saúde da Família) “Eu leio muito artigo, mas só os que não são pagos. Não entendo porque as Secretarias ou o Ministério não compram o acesso ao Portal da Capes⁹. Assim a gente leria mais”

Se as principais fontes citadas para orientar o desenvolvimento das ações de PS foram as oficiais e todo um conhecimento científico tem sido produzido, resta analisar por que ele não está sendo empregado por esses profissionais.

5.5 TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

⁸ SciELO – Scientific Electronic Library Online

⁹ O Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional.

Para descobrir como tem sido realizada a TC e quais os desafios e as principais sugestões para facilitar o processo, as respostas das entrevistas foram categorizadas e analisadas. Emergiram as seguintes categorias principais:

- Formas de TC – como o processo de TC vem ocorrendo no cotidiano das ações de PS desenvolvidas pelos profissionais;
- Desafios para a TC – quais os principais desafios encontrados para a realização de TC em PS pelos profissionais;
- Sugestões para a TC – mecanismos que favoreçam a realização de TC pelos profissionais.

Dentro de cada categoria principal houve a divisão em subcategorias, sendo elas:

- Fonte – diz respeito à origem ou tipo do conhecimento a ser traduzido;
- Acesso – diz respeito à disponibilização do conhecimento a ser traduzido.
- Processo – se refere aos mecanismos utilizados para realizar a TC.

Cada categoria e sua subcategoria serão discutidas em subitens após a apresentação das falas exemplificadoras no Quadro 10.

Quadro 10 – Categorias e sub-categorias que emergiram das falas dos entrevistados.

Categorias	Sub-categorias	Falas
Formas de TC	Fonte	<p>E5 “<i>Oficial. Vem muito material do Ministério (da Saúde) para gente.</i>”</p> <p>E4 “<i>Fonte em artigos e material oficial do Ministério (da Saúde).</i>”</p> <p>E9 “<i>As fontes são principalmente oficiais, mas sempre que posso leio um artigo científico novo no Scielo</i>”</p> <p>E13 “<i>Eu leio muito artigo na minha área. A evidência científica é sempre melhor que o achismo, mas as fontes oficiais estão mais ao alcance da gente.</i>”</p>
	Acesso	<p>E4 “<i>(...) eu acesso o Portal do Ministério (da Saúde) e baixo os manuais e cadernos de saúde.</i>”</p> <p>E5 “<i>(...) tem muito material no Portal do Ministério (da Saúde).</i>”</p> <p>E6 “<i>Onde tenho acesso? Na biblioteca da UFG. Lá dá para baixar artigos pela Capes¹⁰</i>”</p> <p>E7 “<i>Não tenho muito acesso. Só ao material que mandam aqui pra unidade.</i>”</p>
	Processo	<p>E3 “<i>Eu leio os protocolos e faço do jeito que está lá. É uma receita de bolo, não tem como errar.</i>”</p> <p>E4 “<i>eu leio o texto e depois discuto com os meus colegas de serviço.</i>”</p> <p>E5 “<i>eu tento ler e ver se entendi. Quando não entendo eu pergunto alguém.</i>”</p> <p>E6 “<i>Fiz uma disciplina optativa no mestrado que me ajudou muito a aprender como ler artigos.</i>”</p>

¹⁰ O entrevistado se referia ao Portal de Periódicos da Capes, o qual pode ser acessado pelo público em geral no ambiente da maior parte das Universidades públicas do País e remotamente pela comunidade acadêmica dessas instituições.

		E9 “ <i>Faço leitura crítica.</i> ”
Desafios para a TC	Fonte	Não houve falas
	Acesso	E2: “ <i>Eu tento acessar os artigos, mas na maioria são pagos.</i> ” E4 “ <i>Falta acesso a mais artigos e outros material.</i> ” E6 “ <i>não é meu caso, mas acho que a dificuldade dos outros colegas é o acesso. Quase ninguém sabe que tem como acessar artigos na UFG¹¹.</i> ” E15 “ <i>Eu leio muito artigo, mas só os que não são pagos. Não entendo porque as Secretarias (da Saúde) ou o Ministério (da Saúde) não compram o acesso ao Portal da Capes. Assim a gente leria mais?</i> ” E7 “ <i>Eu até pesquiso no Google, mas não confio muito</i> ”
	Processo	E3 “ <i>Mesmo se eu quisesse, eu não entendo esse linguajar dos artigos. E tem mais, a realidade descrita neles nem sempre é a mesma que eu estou aqui na unidade.</i> ” E12 “ <i>Tem umas coisas dos documentos do Ministério (da Saúde) que eu não entendo. Imagina se fosse na linguagem científica.</i> ”
Sugestões para a TC	Fonte	E1 “ <i>Sugiro estimular a gente a ler mais artigo, por exemplo, pras atividades de planejamento, pras reuniões de equipe.</i> ” E4 “ <i>ao invés de só ficarmos na leitura dos manuais do Ministério (da Saúde) podíamos ler artigos também. As discussões ficariam muito mais ricas.</i> ”
	Acesso	E4 “ <i>O Ministério (da Saúde) poderia talvez comprar assinatura de revistas científicas para os municípios e eles disponibilizarem em uma biblioteca para a gente pesquisar?</i> ” E9 “ <i>Se as secretarias comprassem domínios de portais ou de revistas, podiam colocar na intranet para gente pesquisar.</i> ” E15 “ <i>Não entendo porque as Secretarias (da Saúde) ou o Ministério (da Saúde) não compram o acesso ao Portal da Capes. Assim a gente leria mais.</i> ”

¹¹ Universidade Federal de Goiás – UFG.

	Processos de TC	<p>E3 “<i>se tivesse leitura em grupo, eu acho que eu entenderia melhor.</i>”</p> <p>E4 “<i>Rodas de discussão de textos talvez.</i>”</p> <p>E4 “<i>Se todos quisessem acho que poderíamos fazer semanas de discussão de atividades exitosas de outros lugares e ver se daria para por aqui a prática.</i>”</p> <p>E5 “<i>Oficinas de leituras de artigos. A Secretaria (da Saúde) poderia fazer umas capacitações.</i>”</p> <p>E6 “<i>Essa parceria entre a Secretaria de Saúde e a Faculdade podia estender para essa formação continuada. Se tivessem atividades formadoras para os profissionais da saúde, seria interessante. Tipo uma extensão, sabe?</i>”</p>
--	------------------------	--

5.5.1 Formas de Tradução do Conhecimento

Esta categoria diz respeito à realidade vivenciada pelos profissionais entrevistados. Sendo assim, as discussões sobre as fontes utilizadas já se deram no item 5.4 FONTES DE INFORMAÇÃO UTILIZADAS NO ÂMBITO DA PS.

Na subcategoria Acesso, os entrevistados citaram, entre outras formas de entrar em contato com o conhecimento, a Biblioteca da Universidade Federal de Goiás, referindo-se à disponibilização à comunidade acadêmica do acesso, remoto ou não, ao Portal de Periódicos da Capes. Para quem não é da instituição, como exemplificado na fala de E6, o acesso também é permitido, porém apenas nas dependências da universidade, como por exemplo, nas bibliotecas.

Cunha e Cendon (2010) levantam a importância do Portal de períodos Capes na busca pelo conhecimento científico. Discutem que apesar da existência, nem todos têm acesso à totalidade de ação do portal, sendo assim a percepção de frustração faz-se presente já que o interesse do usuário é a obtenção do texto na íntegra. Sabedor do acesso no ambiente da UFG, o profissional teria formas de acessar o conhecimento científico e dar andamento no processo de tradução do conhecimento em ações de PS.

Acesso mais democrático tem as pessoas que procuram os materiais do Portal da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde, sendo possível acessá-lo através do link <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Explorando o Portal, no link *BIBLIOTECA*, o usuário tem acesso a acervo especializado em saúde pública e áreas correlatas. Nele é possível baixar documentos na íntegra sobre saúde geral, como publicações, vídeos, folhetos, cartazes e legislações.

Como as fontes oficiais são as consultadas em momentos de planejamento de ações de PS, como citado pelos entrevistados, o Ministério da Saúde passa a ser responsável pela elaboração do conhecimento a ser traduzido. Sendo assim, devem primar pela qualidade técnico-científica, atendo-se a realizar embasamentos científicos antes de proceder com as instruções de cada ação. O embasamento deve utilizar as referências bibliográficas mais pertinentes a cada tema, principalmente as que tenham sido desenvolvidas com metodologias e critérios científicos bem delineados e de maior impacto, conferindo caráter de evidência científica.

Outro meio de acesso citado foi o site de buscas Google. Cabe aqui uma discussão sobre a confiabilidade do material que resulta de uma busca nesse site. Muitos termos podem direcionar o indivíduo a encontrar artigos científicos indexados em bases de conhecimento científico, como por exemplo, o SciELO e a Biblioteca Virtual de Saúde - BVS. Porém, o que mais se observa são direcionamentos para sites independentes, como blogs, páginas de redes sociais e sites sem confiabilidade comprovada. Os riscos de se basear em informações que não têm comprovação técnico-científica são grandes e podem influenciar em condutas inadequadas.

Para discutir como a TC está ocorrendo é fator importante o tipo de processo adotado pelo indivíduo. Os meios citados foram a discussão com pares, leitura reflexiva e a obediência aos protocolos e manuais.

Praticar a leitura reflexiva demonstra capacidade de traduzir o conhecimento com visão crítica. Conhecer a linguagem científica é ter competências para entender a metodologia, saber quando o trabalho tem impacto, se a metodologia está adequada aos objetivos, se tem coerência nos resultados.

Já seguir à risca os manuais elaborados oficialmente, sem refletir sobre a ação e os impactos nas realidades em questão, torna a prática do profissional mecanicista e pouco reflexiva. Dois pontos críticos são contrariados, a descentralização, princípio operacional

do SUS e o perfil do profissional de saúde preconizado nas novas DCN. O profissional que não tem esse perfil não é inovador e nem se adéqua à realidade da saúde brasileira. Acaba reproduzindo os padrões habituais, muitas vezes servindo aos interesses da indústria e grandes corporações.

5.5.2 Desafios para Tradução do Conhecimento

Os estudos sobre TC possuem facetas que vão desde conceituação até barreiras do processo (OLSON *et al.*, 2010; LAROCCA *et al.*, 2012). Frequentemente associa-se como dificuldades naturais da tradução: domínio da língua, acesso dificultado aos artigos, falta de clareza dos textos com excessiva utilização de termos técnicos e rebuscamento de linguagem, dificuldade de transposição das ações propostas para realidade local, falta de familiaridade com a leitura de artigos científicos e deficiência na descrição das metodologias utilizadas (STRAUS, TETROE e GRAHAM, 2009; LAROCCA *et al.*, 2012).

Para os entrevistados as fontes de conhecimento são bastante evidentes, tanto é que não houve nenhuma fala associando como um desafio a fonte do conhecimento.

Foi observada uma dificuldade crítica de utilizar os conhecimentos científicos já que muito periódicos tem seu conteúdo restrito à assinantes pagantes. Além disso, a credibilidade de informações obtidas em sites de busca aberta, como o Google, é questionada e foi considerada como um desafio de acesso identificado nas falas.

Em conformidade com o citado por Straus, Tetroe e Graham, em 2009, e Larocca *et al.*, em 2012, nas entrevistas foi possível observar como dificuldade de processo o rebuscamento da linguagem e a dificuldade de transposição da realidade descrita para a existente no local. Porém, não foi encontrado relato que descrevesse a barreira da língua, o que foi descrito por Olson *et al.* (2010) e Larocca *et al.* (2012).

Fato interessante foi que quando questionados sobre os desafios no processo de TC, os entrevistados confundiram com dificuldades de realização de ações PS. As falas sobre os desafios de TC propriamente ditas apareceram após intervenção da entrevistadora, que explicou ao entrevistado a questão. As respostas se referiram a processos do cotidiano que retardavam ou impediam a efetivação das ações de PS e não de TC:

E1 *“Fazer qualquer coisa num grupo tão diferente é muito difícil”*

E2 *“Toda idéia que eu trago de nova a diretora da unidade me poda. Nem quer escutar. Já vai logo falando que não dá, que não é operacional.”*

E6 *“(...) mesmo tendo tanta força de vontade, eu me esbarro na ‘burrocracia’.”*

E7 *“Eu nem sabia que podia propor ações aqui. Tudo que fazemos é elaborado pelo distrito (Sanitário de Saúde). A gente segue as cartilhas do Ministério (da Saúde).”*

E8 *“Você vai me desculpar, mas a verdade é que opinião de dentista aqui não tem vez. Os médicos se acham deuses e as enfermeiras tomam frente de tudo. Acho que é porque a diretora é enfermeira também.”*

5.5.3 Sugestões para Tradução do Conhecimento

Após citarem as dificuldades para TC, os entrevistados foram questionados sobre sugestões que poderiam facilitar a realização do processo de tradução dos conteúdos de PS em ações. As sugestões de fontes tangenciaram a introdução da leitura e discussão de artigos, além dos materiais já habitualmente utilizados, como os documentos oficiais, nas reuniões de planejamento nos Distritos Sanitários de Saúde e Unidades de Saúde.

Quanto ao acesso, a disponibilização do Portal da Capes pelas Secretarias de Saúde, presente na fala de E9 e/ou pelo Ministério de Saúde, contida na fala de E15, foram sugestões que surgiram. A abrangência desse tipo de ação é considerável, já que é difícil encontrar profissionais que não tenham acesso a rede mundial de computadores (internet), e pelo fato de existir em muitos Estados uma Intranet (rede interna de dados de saúde), na qual o profissional possui *login* e senha, podendo assim, fazer uso pessoal de conteúdos científicos, caso disponibilizados. Além disso, criar uma biblioteca física foi sugerido por E4. Essa sugestão é pertinente já que nem todo material textual tem sido disponibilizado na internet, como por exemplo, livros e materiais educativos.

Os entrevistados sugeriram, referente ao processo de TC, a realização de discussões sobre experiências exitosas em reuniões de planejamento e as capacitações

profissionais no ambiente das Secretarias de Saúde ou até por meio de parcerias com instituições de ensino, reforçando a idéia de que a intersetorialidade é ferramenta indispensável para efetividade das ações de PS, como apontado por grandes estudiosos na área, como Paulo Buss, Jairnilson Silva Paim, Rose Marie Inojosa, Lenira Zancan, entre outros (BUSS, 2000; TEIXEIRA e PAIM, 2000; INOJOSA, 2001; ZANCAN, 2003; BUSS, 2008).

6 CONCLUSÕES

Em virtude do exposto conclui-se que os conceitos sobre promoção da saúde são muito distintos, com aproximações a diversas fontes e ainda com prevenção e educação em saúde. Intersetorialidade tem sido vista apenas a partir da indução de políticas ou programas como o Programa de Saúde na Escola – PSE, sendo que os setores envolvidos se limitam à saúde e à educação. A incorporação dos saberes populares ao saber do setor saúde se configura, para os entrevistados, como um ato de intersetorialidade. A equidade vem associada ao acesso aos serviços e é confundida com ações de caridade. Os conselhos de saúde são vistos como instâncias importantes de participação social, e este conceito foi compreendido em conformidade com os autores da área. O termo empoderamento está associado a ensinar sobre algo que os profissionais julgam importante para a saúde da população. A sustentabilidade é percebida de forma muito próxima àquela do Glossário Temático da Promoção da Saúde com vistas à continuidade dos processos.

As práticas desenvolvidas são basicamente as elaboradas e propostas verticalmente pelo nível central do Ministério da Saúde e das Secretarias da Saúde, demonstrando o caráter indutor das políticas elaboradas centralmente. Entre os profissionais entrevistados há uma ênfase no caráter educativo das ações e para os gestores uma tendência a generalizar todas as ações que não são clínicas como sendo de Promoção da Saúde, incluindo as ações programáticas e de prevenção.

Percebe-se que a fonte do conhecimento, na qual se baseiam as ações de PS, é predominantemente oriunda de documentos oficiais, sendo a utilização de fonte científica associada à formação acadêmica, quando citados cursos de pós-graduação. O acesso aos artigos científicos não está associado às ações do cotidiano do trabalho, sendo visto como uma oportunidade de aprendizado individual a partir de um interesse pessoal.

O termo Tradução do Conhecimento é desconhecido pelos entrevistados, sendo referido que o contato com os novos conhecimentos e a consequente utilização desses na prática cotidiana se dá de forma frequentemente mecânica, isto é, seguindo as recomendações dos níveis hierárquicos superiores, sem questionamentos.

A efetividade de tradução do conhecimento científico foi, portanto, pouco observada, devido ao desconhecimento dos meios de realizá-la e suas inúmeras barreiras. Algumas delas estão sendo transpostas, como o acesso ao conhecimento científico, mas

outras, como a dificuldade de entender as informações, e o estímulo ao processo, estão distantes de serem elucidadas, sendo a capacitação dos sujeitos, uma das principais demandas levantadas pelos profissionais.

7 CONSIDERAÇÕES

Restam algumas considerações finais a respeito deste estudo. Como limitações, tivemos: por ser uma pesquisa qualitativa, as conclusões desta não podem ser generalizadas; por ser exploratória, ela indica rumos para que novas pesquisas sejam realizadas como um universo mais amplo de profissionais.

Algumas dificuldades para realização foram encontradas, entre elas: as distâncias percorridas, já que os profissionais entrevistados foram visitados em seus locais de trabalho e por estes estarem espalhados no território do município longe um do outro; falta de disponibilidade dos entrevistados, alguns devido ao pouco interesse de participar de uma pesquisa dessa natureza e outros devido às suas variadas atividades, que envolviam deslocamentos para reuniões administrativas, e outras; o fato de que poucos profissionais foram receptivos, sendo que os cirurgiões-dentistas foram mais receptivos, talvez pelo fato de serem da mesma categoria profissional que a entrevistadora.

Como sugestões, destacamos que novas pesquisas com metodologias participativas ou pesquisa-ação sejam desenvolvidas. Nestas pesquisas sugerimos a realização de atividades de capacitação dos profissionais para a tradução do conhecimento, principal demanda dos mesmos e percepção dos pesquisadores, para que possa ser analisada a efetividade da tradução do conhecimento na área da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS¹²

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6022**: Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCA, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese de doutorado, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 1975.

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p.111-7, jan/mar. 2009.

BALTAZAR, C. *et al.* Formação de multiplicadores na área de saúde pública e higiene de alimentos. **Rev. Ciênc. Ext.** v.1, n.1, p.79, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, June 2004.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BELEI, R. A. *et al.* O uso de entrevista, observação e vídeo-gravação em pesquisa qualitativa. **Cad. Educ.**, Pelotas, v. 30, p. 187 – 199, jan/jun, 2008.

BELLOTTI, A. F. **Processo de Tradução do Conhecimento em um grupo de especialistas com formação adicional em Mestrado e/ou Doutorado**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013. [Dados não publicados].

¹² Referências formatadas segundo ABNT NBR 6023:2002. Abreviaturas de periódicos segundo Medline.

BODSTEIN, R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. **Promot. Educ.**, Supply 1, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Saúde dentro de casa**: programa de saúde da família. Brasília, mar. 1994.

_____. 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. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1988 – 2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-16, 2008.

CABANA, M. C. F. L. et al . Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 56, n. 1, 2007 .

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, 1997.

CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997.

CARRIERI, A. P. *et al.* Gender and work: representations of femininities and masculinities in the view of women Brazilian executives. **BAR**, v. 10, n. 3, p. 281, 2013.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção à saúde** - uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Tese (Doutorado em: Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção da Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 1.088-95, 2004.

CASTRO, Raquel Cardoso *et al.* O Que É Conhecimento? - Uma Breve Revisão de Literatura. **Rev. Cesumar**, v. 14, n. 1, jan./jun. 2009.

CAVALCANTI, M. L. T; CABRAL, M H. P.; ANTUNES, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros - 1988/2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber: elementos para uma teoria**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CLARKSON, J. E. *et al.* Changing Clinicians' Behavior: A Randomized Controlled Trial of Fees and Education. **J Dent Res**, v. 87, n. 7, p. 640-44, 2008.

CONDE, M. V. F.; ARAUJO-JORGE, T. C. Modelos e concepções de inovação: a transição de paradigmas, a reforma da C&T brasileira e as concepções de gestores de uma instituição pública de pesquisa em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 8, n. 3, 2003 .

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CUNHA, A. A. L.; CENDON, B. V. Uso de bibliotecas digitais de periódicos: um estudo comparativo do uso do Portal de Periódicos da Capes entre áreas do conhecimento. **Perspect. Ciênc. Inf.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, 2010.

CYRINO, H.; PENHA, C. **Filosofia hoje**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1992.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701-10, 1999.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DANTON, G. **O conhecimento artístico**. In: Revista do Conhecimento Prático: Filosofia. 17 ed., pag.47-52. São Paulo: Escala Educacional, s.d.

DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guia de evaluación rápida**. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública; 2004.

DE SOUSA, R. M. B. C.; MELO, M. C. O. L.. Women in management of information technology: an analysis of expressions of empowerment. **Rev. Gest. USP**, v. 16, n. 1, p. 1-16, 2009.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev Bras Saúde Ocupac**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, abr./ jun.1986.

FALCÃO, T. R.; TÉNIES, J. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. **Rev Bras de Estudos Pedagog**, v. 81, n. 198, p. 229-243, 2000.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, 2009.

FERREIRA, J. O.; LIMA, J. R.; SILVA, A. L. A. C.; CAMOZZI, A. B. Q. . Projeto Viver Saudável: avaliação e redirecionamento das ações de promoção da saúde em escolas no município de Goiânia, GO. **The FIEP Bulletin**, v. 82, p. 286-89, 2012.

FREITAS, R. M. M. **Reflexividade e competência** - a graduação em enfermagem. [Tese Doutorado]. Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus de Marília- da Universidade Estadual Paulista. Marília, 253 f. 2002.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Aug. 2004.
- GRAHAM, I. *et al.* Lost in knowledge translation: time for a map? **J Contin Educ Health Prof**, v. 26, p. 13-24, 2006.
- GROL, R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. **Med Care**, v. 39, p. 46-54, 2001.
- GUIMARAES, J. A. A pesquisa médica e biomédica no Brasil: comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, June 2004.
- GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010.
- INOJOSA, R. M.. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-10, 2001.
- JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v.13, 2004.
- KUSMA, S. Z.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. 2012.
- LAROCCA R. *et al.* The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. **BMC Public Health**, v.12, n. 1, p.751, 2012.
- LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2006.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill. 1976.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.
- LEFF, E. Da insustentabilidade econômica à sustentabilidade ambiental. In: **Discursos sustentáveis**. Trad. Silvana Cobucci Leite – São Paulo; Cortez, 2010.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999.

LUZ, M. T.; MATTOS, R. S. Dimensões qualitativas na produção científica, tecnológica e na inovação em Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, July 2010.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-58, 1991.

MARTORELL, L. B. **Saúde coletiva e a reorientação da formação profissional**. Goiânia: Editora UFG, 2012.

MARX, K. Observações à margem do Programa do Partido Operário Alemão. [Crítica ao Programa de Gotha]. In: Marx, K. & Engels, F. **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa-Omega, 1875.

MCGLYNN, E. *et al.* The quality of health care delivered to adults in the United States. **N Engl J Med**, v. 348, p. 2635-45, 2003.

MCQUEEN, D. V.; JONES, C. M. **Global perspectives on health promotion effectiveness**. New York: Springer; 2007.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Aug. 2001.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do PSF. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MORENO, F. P.; ARELLANO, M. A. M. Publicação científica em arquivos de acesso aberto. **Arquivística.net**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.76-86, jan/jun, 2005.

MORETTI, A. C. et al . Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, June 2010 .

MOURAO, T. M. F.; GALINKIN, A. L. Women managers' teams--social representations about feminine management. **Psicol. reflex. crit.**, v. 21, n. 1, p. 91, 2008.

NOGUEIRA, M. G.; SOUZA, G. O.; ROSÁRIO, L. A. S. Política Pública de saúde e sustentabilidade socioambiental: gestão social frente à relação sociedade-natureza. **Soc. debate**, Pelotas, v. 18, n. 2, p. 41-53, jul/dez, 2012.

NUTBEAN, D. **Eficácia de la promoción de la salud: las preguntas que debemos responder**. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, editor. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministério de la Salud y Consumo; 1999.

OLSON, C. A.; TOOMAN, T. R.; ALVARADO, C. J. Knowledge systems, health care teams, and clinical practice: a study of successful change. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, v. 15, n. 4, p. 491–516, 2010.

PACKER, A. L.; TARDELLI, A. O.; CASTRO, R. C. F. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório ner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, Dec. 2008 .

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PEDROSA, J. I. S. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 1, n. 2, Aug. 2001.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. p. 617-26, 2004.

REA, L. M.; PARKER, R. A. Desenvolvendo perguntas para pesquisas. In: **Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.

RIOS, J. A. Participação. In: SILVA, B. (coordenador geral). **Dicionário de Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987.

ROCHA, D. G.; LIMA, J. R. de; MELLO, L.; BATISTA, I. V. (org). **Diversidade e equidade no SUS: parceria universidade e educação popular**. Goiânia: Cânone Editorial, 2008.

SACHS, I. **Estratégias de Transição para o Século XXI: desenvolvimento e meio ambiente**. Trad. Magda Lopes, - São Paulo: Stidio Nobel: Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Cidade Aberta), 1993.

SANTOS, J. O. Filosofia da Educação Médica: interpretação da práxis. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 10, n. 2, p. 82-6, 1986.

SCHUSTER, M.; MCGLYNN, E.; BROOK, R. H. How good is the quality of health care in the United States? **Milbank Q**, v. 76, p. 517-563, 1998.

SCHÜTZ, F. **A intersetorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.

SCLIAR, M. História do conceito da saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEDDON, M. E. *et al.* Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. **QHC**, v. 10, p. 152-58, 2001.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2004.

SPELLER, V.; LEARMONTH, A.; HARRISON, D. The search for evidence of effective health promotion. **Br Med J**, v. 315, p. 361-3, 1997.

SPOSATI, A. Especificidade e intersetorialidade da Política de Assistência Social. **Serv. Soc. Soc.**, n. 77, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRAUS, S. E; TETROE, J. M.; GRAHAM, I. D. Defining knowledge translation. **CMAJ**, v. 181, n. 3-4, p. 165-8, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. Adm. Pública**, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a Vigilância da Saúde**. PROFORMAR. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. **J Public Health Pol**, v. 13, p. 267-76, 1992.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment: participation, education, and health. **Health Educ. Quarterly**, Special Issue Community Empowerment, Participatory Education and Health, parte I, v. 21, n. 2, p. 141-70, 1994.

WALLERSTEIN, N.; LIMA, V. L. G. P. Empoderamento e participação da comunidade na efetividade da Promoção da Saúde. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, maio/ago. 2009.

WARD, V.; HOUSE, A.; HAMER, S. Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. **J Health Serv Res Policy**. v. 14, n. 3, p. 156-64, 2009.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

WESTPHAL, M. F.; WALLERSTEIN, N. Saúde, desenvolvimento e equidade. **Promot Educ**, Supl 1, p. 31-2. 2007.

WESTPHAL, M. F., MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. **Boletim Técnico do Senac**, v. 35, p. 17-27, 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **Int. J Health Serv.**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO. World Health Organization. **Constitution**. 1946.

ZANCAN, L. F. Cidades saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: Ana Maria Girotti Sperândio. (Org.). **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. 1ª ed. Campinas: Unicamp, v. 1, p. 49-64, 2003.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como sujeito voluntário(a), em uma pesquisa acadêmica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG), intitulada: Influência de publicações científicas nas práticas de Promoção da Saúde da SMS/Goiânia-GO.

A importância deste trabalho está na colaboração que possa advir para o planejamento e execução de ações de Promoção da Saúde, por parte de gestores e profissionais, bem como pelos poucos estudos desta natureza encontrados na literatura. Após ser esclarecido(a) sobre o objetivo geral da pesquisa, e aceitando participar, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma das vias assinadas guarde com o senhor(a), a outra devolva ao pesquisador responsável. Sua participação constituirá em responder a uma entrevista narrativa semi-estruturada gravada. O senhor(a) poderá utilizar o tempo que achar conveniente para a resposta das questões propostas, sendo que esperamos que seja de 5 a 25 minutos. Não haverá riscos relativos à participação do senhor(a), pois não haverá necessidade de se identificar em momento algum, além de que não sofrerá dano de qualquer ordem (financeira, física, biológica, psicológica). O senhor(a) não é obrigado(a) a participar, caso se recuse, não será penalizado(a) de forma alguma. As gravações serão apagadas e as transcrições serão picotadas e encaminhadas à reciclagem após a consolidação do estudo e divulgação dos resultados, bem como as anotações que surgirem deste estudo.

Informo que esta pesquisa está sendo realizada de acordo com as normas éticas de pesquisa científica e tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG). Em caso de dúvida você poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone 3521-1215 ou 3521-1076.

Está garantida a privacidade das informações relativas aos sujeitos envolvidos na pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados especificamente para os propósitos desta pesquisa. Em caso de utilização para outras pesquisas, estas serão submetidas à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG).

Esclareço ainda que:

1. Será garantido o seu anonimato, sigilo, confidencialidade e fidedignidade em suas informações.

2. Toda e qualquer informação pelo senhor(a) prestada será única e exclusivamente utilizada como subsidio para esta pesquisa acadêmica;
3. Será assegurada sua liberdade em retirar-se da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título: Influência de publicações científicas nas práticas de Promoção da Saúde da SMS/Goiânia-GO.

- Pesquisadoras responsáveis: Vânia Cristina Marcelo/Bárbara Morais Arantes
- Telefone para contato: (62) 3209-6059

Eu, _____, RG _____

CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos e seus benefícios. Está garantido também o direito de retirar meu consentimento e sair da pesquisa a qualquer tempo que eu queira sem sofrer nenhuma penalização.

Data: ____/____/____

Pesquisador

Voluntário

Testemunha 1

Testemunha 2

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Qual sua formação acadêmica?
2. Fez algum de pós-graduação? Qual?
3. Cargo que ocupa no SUS/SMS?
4. Quais atividades desenvolve no seu cargo?
5. Você participou ou participa de ações de promoção da saúde? (planejamento/execução/avaliação de programas/estratégias). Qual(is)?
6. Nestas ações, você percebe a presença de aspectos de:
 - Intersetorialidade? Empoderamento? Participação social? Equidade? Sustentabilidade?

Você pode exemplificar?
7. Entendendo que o conhecimento pode vir de diferentes fontes, quais você utiliza para obtenção sobre conteúdos de promoção de saúde:
 - Jornalístico (informação da mídia comum, reportagem)?
 - Oficial?
 - Científico?
 - Redes profissionais formais e informais (congressos, reuniões de equipes)?
8. Tem acesso a publicações científicas? Em que momentos?
9. Quando você entra em contato com uma nova informação, como você a incorpora na sua prática cotidiana?
10. Identificou ou identifica alguma ação de promoção de saúde desenvolvida em sua atividade profissional que foi baseada em publicações científicas?
 - Se sim, qual(is)? Você pode exemplificar?
11. Qual a principal dificuldade, caso haja, de traduzir o conhecimento científico para ações em sua atividade profissional?
12. Quais estratégias você acha que deveriam ser utilizadas para facilitar a compreensão das publicações científicas pelos trabalhadores?
13. Que tipo de atividade desenvolvida no ambiente de trabalho, poderia aproximar os conteúdos de publicações científicas com a prática profissional?

**ANEXO – PARECERES CONSUBSTANCIADOS (COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS E SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

A662t Arantes, Bárbara Morais.
A tradução do conhecimento nas práticas de Promoção da Saúde [manuscrito] / Bárbara Morais Arantes. - 2014.
81 f. : il., figs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Odontologia, 2014.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras e siglas.

Apêndices.

Anexos.

1. Promoção de saúde – Gestão do conhecimento. 2.
Promoção de saúde. I. Título.

CDU: 614:001.31