

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
NÚCLEO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM E
PROMOÇÃO DA SAÚDE - NEPEPS

CAMILLA COSTA CYPRIANO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Florianópolis
2016

CAMILLA COSTA CYPRIANO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cypriano, Camilla Costa
Práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção
Primária / Camilla Costa Cypriano ; orientadora, Ivonete
Teresinha Shulter Buss Heidemann - Florianópolis, SC, 2016.
165 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

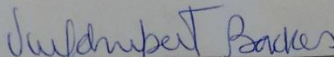
1. Enfermagem. 2. Promoção da Saúde. 3. Determinantes
Sociais da Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Teresinha
Shulter Buss Heidemann, Ivonete. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

CAMILLA COSTA CYPRIANO
PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

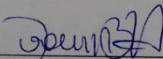
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 12 de Fevereiro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

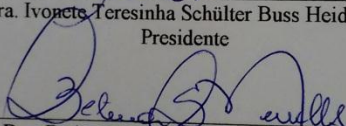


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

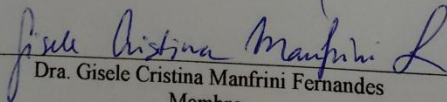
Banca Examinadora:



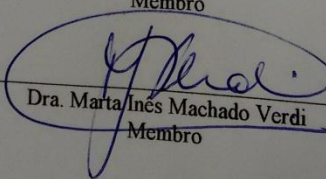
Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heideman
Presidente



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Membro



Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes
Membro



Dra. Marta Inês Machado Verdi
Membro

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde. Àqueles que atuam diariamente com amor e dedicação, buscando aprimorar seus conhecimentos e fazendo a diferença na comunidade e na vida das pessoas que estão sob sua responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar, quero exprimir um pouco da dificuldade que me é tecer os agradecimentos. O mestrado foi um período de intensa aprendizagem e crescimento acadêmico pessoal. Chegar ao fim desta jornada só foi possível porque houve pessoas que me apoiaram durante esta caminhada.

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha família. Em especial, à minha mãe Cristiane e à minha madrinha Rosana, o amor incondicional. Sempre me apoiando e me confortando nos momentos difíceis e comemorando junto comigo nos momentos felizes. Eu amo muito vocês.

Ao meu noivo Rafael, que se dispôs a ler e reler a minha dissertação tantas vezes quanto eu precisei, que sempre esteve ao meu lado e que passou horas e horas refletindo sobre a vida, qualidade de vida, determinação social da saúde e sistema de saúde comigo, mesmo sendo engenheiro e não entendendo muito bem toda essa complexidade.

Meu imenso agradecimento, respeito e admiração à professora Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, que me orientou com carinho nesta jornada, sempre com muita calma e paciência, tranquilizando-me e incentivando a seguir em frente. Você será minha mestre toda poderosa para sempre!

Aos membros da banca examinadora, Prof^ª. Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles, Prof^ª. Dra. Marta Verdi, Prof^ª. Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes, Prof^ª. Dra. Felipa Amadigie, Dda. Claudia Cossentino Bruck Marçal, a contribuição com seus conhecimentos e experiências valiosas para este estudo.

À Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o apoio e o facilitar o contato com os coordenadores das Unidades Locais de Saúde.

Aos profissionais participantes deste estudo, cujos relatos permitiram a realização desta pesquisa. Muito obrigada o partilhar suas experiências!

A todos os colegas do NEPEPS, o conhecimento, a amizade e apoio que me foi dado durante a minha trajetória no grupo. Vocês são como uma família para mim.

Aos colegas do Instituto Federal de Santa Catarina, grandes exemplos a serem seguidos, que me apoiaram na minha iniciação à docência e não pouparam esforços para que eu conseguisse terminar minha dissertação com tranquilidade.

Às minhas amigas de infância e aos poucos e bons amigos que estiveram presentes nesta caminhada...

Muito obrigada!

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

CYPRIANO, Camilla Costa. Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária. 2016. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva, de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer as práticas de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Primária do município de Florianópolis/SC, relacionando-as com os determinantes sociais da saúde. A coleta de dados da pesquisa ocorreu através de entrevistas semiestruturada no segundo semestre de 2015, em cinco unidades de saúde, com 25 profissionais atuantes na Atenção Primária. A coleta de dados iniciou a partir da entrada de campo nas Unidades de Saúde, com data e hora marcadas com os participantes. Para a análise dos dados, valeu-se da análise de conteúdo, mais propriamente da proposta operativa de Minayo. Relacionaram-se as categorias que emergiram, as quais, em seguida, foram discutidas à luz da fundamentação teórica sobre promoção da saúde e determinantes sociais da saúde. Descreveram-se e discutiram-se os resultados por meio de quatro manuscritos: Práticas de promoção da saúde na Atenção Primária: alcances e limites; Práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais da Atenção Primária; A atuação dos profissionais da Atenção Primária sobre a promoção da saúde: dialogando com os determinantes sociais da saúde; A atuação dos coordenadores das unidades de Atenção Primária acerca das práticas de promoção da saúde. As análises indicaram como facilidades para a realização das práticas de promoção da saúde, o adequado processo de trabalho das equipes de saúde no município e o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o qual propicia condições estruturais e de vínculo com a comunidade. Como principais dificuldades foi citada a demanda excessiva de usuários para consultas individuais e a falta de recursos humanos. Destaca-se a relevância da Promoção da Saúde na Atenção Primária como forma de cuidado e estímulo à

autonomia do indivíduo e da comunidade, considerando os determinantes sociais da saúde. Nota-se que tanto a academia quanto os gestores estão investindo na formação profissional que inclui a promoção da saúde, porém os profissionais ainda se deparam com dificuldades em trabalhar sobre os determinantes sociais da saúde da população devido ao foco individualizado e setorizado do atendimento. Observa-se carência de métodos que auxiliem a avaliação e efetividade das práticas realizadas. Os profissionais já conseguem visualizar mudanças positivas na saúde da população. Evidenciou-se que as práticas de promoção da saúde realizadas na Atenção Primária são fundamentais para incrementar o estado de saúde positivo da população, principalmente quando é realizada a partir da determinação social da saúde da comunidade e os profissionais e coordenadores são atores fundamentais no processo de implementação destas ações na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Promoção da Saúde. Determinantes Sociais de Saúde. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família, Enfermagem.

CYPRIANO, Camila Costa. Health promotion practices in the context of primary care. 2016. 148 p. Dissertation (Master in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Supervisor: Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann
Line of research: Health Promotion in Human Living Process and Nursing

ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive, qualitative approach in order to meet the health promotion practices, carried out by professionals of primary care in Florianópolis / SC, relating them to the social determinants of health. The collection of survey data during the second half of 2015 in five health units with 25 professionals working in primary care. Data collection began from the field entry in the health units, marked with date and time with the participants. We used an instrument of six questions related to the work on health promotion practices with professionals from Health Strategy teams of family and another questionnaire with five questions related to organization and financing of health promotion practices with professionals to carrying out semi-structured interviews. For data analysis, took advantage of content analysis, more specifically the operative proposal of Minayo. Categories have been described that have emerged, which then were discussed in light of the theoretical framework of health promotion and social determinants of health. They have been described and discussed the results through four manuscripts: Health Promotion Practices in Primary Care: scope and limits; Health promotion practices developed by multidisciplinary teams of Primary; The role of professionals in primary care on health promotion: a dialogue with the social determinants of health; The role of the coordinators of primary care units about health promotion practices. Analyses indicated as facilities for carrying out health promotion practices, the appropriate work process of health teams in the city and the support of the Center for Support to Health, which provides structural and bond conditions with the community. Main difficulties was cited excessive demand of users for individual consultations and the lack of human resources. It highlights the importance of health promotion in primary care as a way to care

and encouraging the autonomy of the individual and the community considering the social determinants of health. Note that both the academy as managers are investing in vocational training including health promotion, but professionals still face difficulties in working on social determinants of population health due to the individualized focus and sector of care. Observed lack of methods to assist the evaluation and effectiveness of the activities undertaken. Professionals can already see positive changes in population health. It was evident that health promotion practices carried out in primary care are essential to increase positive health status of the population, especially when it is performed from the community health social determination and professionals and engineers are vital to the process implementation of these actions in Primary Health Care.

Keywords: Health Promotion, Social Determinants of Health, Health Interdisciplinary Team, Primary Health Care, Health Strategy, Nursing.

Cypriano, Camila Costa. Prácticas de promoción de la salud em el contexto de la atención primaria. 2016. 148p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado em Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Supervisor: Dra. Teresa Ivonete Schuller Buss Heidemann

Campo de investigación: Promoción de la Salud em el Proceso de Vida Humana y Enfermería.

RESUMEN

Este es un enfoque exploratorio-descriptivo, cualitativo con el fin de cumplir con las prácticas de promoción de la salud, realizado por profesionales de la atención primaria en Florianópolis / SC, relacionando los con los determinantes sociales de la salud. La recopilación de datos de la encuesta durante el segundo semestre de 2015 en cinco unidades de salud con 25 profesionales que trabajan en la atención primaria. La recolección de datos se inició a partir de la entrada en el campo de las unidades de salud, marcado con la fecha y hora con los participantes. Se utilizó un instrumento de seis preguntas relacionadas con el trabajo em las prácticas de promoción de la salud con profesionales de los equipos de la Estrategia de Salud de la familia y otro cuestionario con cinco preguntas relacionadas con la organización y la financiación de las prácticas de promoción de la salud con profesionales a la realización de entrevistas semi-estructuradas. Para el análisis de datos, se aprovechó de análisis de contenido, más específicamente la propuesta operativa de Minayo. Categorías han descrito que han surgido, que luego fueron discutidos a la luz del marco teórico de promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud. Ellos se han descrito y analizado los resultados a través de cuatro manuscritos: Prácticas de Promoción de la Salud em Atención Primaria: alcance y límites; Prácticas de promoción de la salud desarrollados por equipos multidisciplinares de Primaria; El papel de los profesionales de atención primaria em la promoción de la salud: un diálogo con los determinantes sociales de la salud; El papel de los coordinadores de las unidades de atención primaria acerca de las prácticas de promoción de la salud. Los análisis indican que las instalaciones para la realización de prácticas de promoción de la salud, el proceso de trabajo adecuado de los

equipos de salud de la ciudad y con el apoyo del Centro de Apoyo a la Salud, que establece las condiciones estructurales y de renta fija con la comunidad. Principales dificultades se citó la excesiva demanda de los usuarios para consultas individuales y la falta de recursos humanos. Se destaca la importancia de la promoción de la salud en la atención primaria como una manera de cuidar y fomentar la autonomía del individuo y de la comunidad teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud. Tenga en cuenta que tanto la academia como administradores están invirtiendo en la formación profesional, incluida la promoción de la salud, pero los profesionales todavía se enfrentan a dificultades en trabajar sobre los determinantes sociales de la salud de la población debido a la atención individualizada y sectorizada de la atención. Observado la falta de métodos para ayudar a la evaluación y la eficacia de las actividades realizadas. Profesionales que ya pueden ver cambios positivos en la salud de la población. Era evidente que las prácticas de promoción de la salud realizadas en atención primaria son esenciales para aumentar el estado de salud positivo de la población, sobre todo cuando se realiza desde la determinación social de la salud de la comunidad y los profesionales e ingenieros son vitales para el proceso implementación de estas acciones en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Interdisciplinario equipo de Atención Primaria de la Salud, la Estrategia de Salud, Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

- DSS** – Determinantes Sociais de Saúde
CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
eSF – Equipe da Saúde da Família
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
eNASF – Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPEPS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde
PS – Promoção da Saúde
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
BVS – Bases do Editor Científico Biblioteca Virtual em Saúde
SCIELO – Base de Dados Scientific Electronic Library *On-line*
PSE – Programa Saúde na Escola
INFOSAÚDE – Sistema Informatizado de Saúde
CID – Código Internacional de Diagnósticos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Três níveis de prevenção	52
Figura 2 - Modelos de determinantes sociais da saúde.	62
Figura 3 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional.	64
Figura 4 - Apresentação dos Distritos Sanitários segundo o número de eNASF.	69

TABELA

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação dos Distritos Sanitários segundo o número de eSF.	68
Quadro 2 - Caracterização dos participantes.	71
MANUSCRITO 2	
Quadro 1 - Caracterização dos participantes.	84

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	27
3.1	MANUSCRITO 1 – PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ALCANCES E LIMITES.	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO	45
4.1	Promoção da Saúde	45
4.2	Contexto Histórico da Promoção da Saúde	51
4.3	Determinantes sociais da saúde como fundamento para a promoção da saúde	59
5	METODOLOGIA	67
5.1	Local de estudo	67
5.2	Entrada de campo	70
5.3	População	70
5.4	Coleta de dados	71
5.5	Análise dos Dados	72
5.6	Procedimentos éticos	73
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
6.1	MANUSCRITO 2 – PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.	76
6.2	MANUSCRITO 3 – A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE: DIALOGANDO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS	97
6.3	MANUSCRITO 4 – A ATUAÇÃO DOS COORDENADORES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	116
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICES	149
	APÊNDICE A – PROTOCOLO REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	149
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	156

APÊNDICE C – GUIA DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE	158
APÊNDICE D – GUIA DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE	159
APÊNDICE E – PRÉ-ANÁLISE DOS DADOS	160
ANEXOS	163
ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS	163
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA	164

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde amplia a visão da saúde para um bem-estar universal, que responsabiliza todos os setores sanitários pela qualidade de vida da população, retirando esta responsabilidade apenas do setor saúde e expandido para além do estilo de vida saudável, a partir do empoderamento dos cidadãos para a participação popular, considerando os determinantes sociais e ambientais onde cada indivíduo está inserido (ROOTMAN et al., 2012).

No cenário mundial a constatação da relevância da promoção da saúde e dos determinantes sociais de saúde serviu de pano de fundo para a Organização Mundial de Saúde e o Governo Canadense decidirem organizar, em 1986, a I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, traduzida pela Carta de Ottawa. Esse documento lançou nova luz para a reflexão, planejamento e gestão das necessidades sanitárias, conceituando saúde como produto social e fonte de riqueza de um viver cotidiano, reforçando a importância da ação comunitária no controle do próprio destino (OMS, 1986).

A Carta de Ottawa conceitua cinco estratégias que visam ao desenvolvimento das práticas de promoção da saúde através da implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Acredita-se que estas estratégias, articuladas com os determinantes sociais de saúde, proporcionam acesso à informação, ampliam as experiências e habilidades na vida dos sujeitos, bem como apontam oportunidades que permitam aos indivíduos fazerem escolhas por uma vida mais saudável, reduzindo assim as diferenças no estado de saúde da população, assegurando oportunidades e recursos igualitários, capacitando-os para controlar os seus determinantes de saúde (OMS, 1986).

Neste sentido as práticas de promoção da saúde são a incorporação das estratégias da Carta de Ottawa no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, oportunizando novas formas de produção do cuidado (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014). Substituem a prática de cura das doenças do modelo clínico e ampliam a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e grupos para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis e sociais e de agir no grupo para transformação social (LOPES et al., 2013).

Indo ao encontro destes ideais os determinantes sociais de saúde (DSS) se articulam com as práticas de promoção da saúde, pois representam as condições de vida e de trabalho relacionadas com a

situação de saúde dos indivíduos e das comunidades, estando fortemente ligados aos fatores comportamentais e estilos de vida da população. Com a evolução conceitual do movimento de promoção da saúde, cada vez mais se dá ênfase na atuação sobre os DSS, constituindo um importante apoio para a implantação das políticas de caráter transversal, que busquem fortalecer a coesão e ampliar o empoderamento das comunidades vulneráveis, diminuindo as iniquidades sociais e ampliando a atuação intersetorial (PEREIRA et al., 2013).

No Brasil, nota-se que a percepção sobre a saúde vem avançando nos últimos anos, em direção a esta nova concepção da promoção à saúde, através de Políticas Públicas e Programas de Saúde que ampliam o olhar sobre a saúde e seus determinantes sociais.

A partir da década de 1970, o modelo biomédico passa a ser criticado, principalmente porque nesta época surgiu o Movimento pela Reforma Sanitária, que culminou em propostas alternativas de assistência à saúde que tiveram forte influência da concepção ampliada de saúde definida na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, na cidade de Alma-Ata na Rússia. Estas novas propostas foram sintetizadas nos resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e neste contexto de críticas e de defesa de direitos, a Constituição Federativa do Brasil promulgada em 1988 trouxe importantes mudanças: aprovou a saúde como direito universal e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) inspirado nos princípios da política de Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 1988).

Em consequência desse novo olhar lançado sobre a saúde no Brasil, começam a surgir Políticas Públicas que viabilizem o cuidado ampliado em saúde e em 2006 foi instituída e posteriormente reformulada em 2014 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de "promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais" (BRASIL, 2014, p. 17).

E neste contexto em 2012 o governo reafirma a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária à Saúde, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Essa política caracteriza a Atenção Primária como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, busca a promoção

da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL,2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), foi instituída a partir das diretrizes Política Nacional de Atenção Básica para proporcionar acessibilidade a saúde e formular ações voltadas ao coletivo, consolidando-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da Atenção Primária à Saúde Brasileira, que até hoje encontra-se em constante processo de aprimoramento, de acordo com as necessidades e perfil populacional de cada área, onde está inserida.

Em consonância com esta nova visão, em 2008 surgiu no Brasil o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Com o intuito de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família nas redes de serviços, rumo a ampliação da abrangência, da resolutividade, da territorialização, da regionalização e das ações da Atenção Primária à Saúde (APS).

A Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, baseados nos preceitos da PNPS, podem ser referência para a implantação de ações voltadas para a promoção da saúde, pois há um grande dinamismo entre a equipe de saúde e a comunidade, através de uma abordagem coletiva e direcionada para a promoção, prevenção de doenças e educação em saúde, considerando os determinantes sociais de saúde.

Segundo Kleba et al. (2012), esta visão ampliada de saúde sugere que tanto os profissionais das equipes de ESF e NASF quanto os coordenadores das unidades de saúde se responsabilizem pelo desenvolvimento e ampliação da dimensão cuidadora, demandando maior capacidade de acolher, estabelecer vínculo e dialogar para além da clínica tradicional, oferecendo respostas mais efetivas às necessidades de saúde da população, atuando de forma integral na assistência à saúde.

Em contraposição a estes fatos, atualmente a gestão utiliza predominantemente os métodos quantitativos baseados em metas para avaliar a qualidade dos atendimentos das equipes multiprofissionais em saúde, desvalorizando a eficácia do atendimento integral voltado para o bem-estar dos usuários. Isto faz com que os profissionais se sintam sobrecarregados e insatisfeitos frente a tantas cobranças, comprometendo as ações destinadas à prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA et al., 2012).

Para que exista o cuidado integral aos usuários é importante que tenha interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da

Estratégia Saúde da Família, estabelecendo relações interdisciplinares e não apenas multidisciplinares, a fim de se construírem novas formas de produção do cuidado que questionem as “certezas profissionais” instituídas pelo modelo biomédico (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Estas servem de alicerce para a população na construção de ações quanto aos estilos de vida, apostando na capacidade de autorregulação dos sujeitos, sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e ao mesmo tempo, operando na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco e reduzindo a vulnerabilidade da população (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Seguindo esta linha de estudo, o grupo de pesquisa da Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS), vem realizando, desde 2009, investigações nas Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre as práticas de promoção da saúde. Atualmente vem ampliando o foco e realizando estudos paralelos relacionando estas práticas com os determinantes sociais da saúde, sugerindo ampliação do escopo destas pesquisas para outros setores como escolas, hospitais, comunidades em situações de vulnerabilidade e outros profissionais da equipe multidisciplinar em saúde.

Em oportunidade recente (2013-2014), a líder do grupo realizou durante o seu pós-doutorado uma pesquisa sobre "As práticas de promoção da saúde em Unidades de Saúde de Toronto" na *University of Toronto*, Canadá. A partir desta pesquisa, destacou-se a necessidade de aprofundar a investigação já iniciada nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis, para que os dados possam ser comparáveis entre ambos os países. Para alcançar este objetivo os dados da pesquisa realizada na *University of Toronto* foram replicados em Florianópolis para posterior comparação dos mesmos.

A necessidade de realizar esta pesquisa foi reforçada no I Simpósio Internacional de Promoção da Saúde, organizado pelo grupo de pesquisa NEPEPS em 2015. Neste evento, percebeu-se que os trabalhos apresentados abordavam a dificuldades dos profissionais realizarem práticas promotoras que fossem além da educação em saúde e prevenção de doenças, poucas apresentações relacionavam essas ações de promoção da saúde aos determinantes sociais.

A experiência da autora como enfermeira da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado de Santa Catarina e a realização da Especialização em Saúde da Família, possibilitaram olhar atentamente as equipes de ESF, verificar distintas realidades sociais e

analisar que as práticas de promoção da saúde não eram desveladas em sua totalidade, pois muitos profissionais desconheciam o conceito e a importância de atuar sob esta ótica.

Assim, um dos fatores que impulsiona este estudo é explorar e conhecer o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, o que contribui significativamente para a prática do profissional enfermeiro, pois investiga as práticas de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, onde os enfermeiros estão inseridos, tanto no papel da assistência, quanto no papel de gestor. Observa-se no contexto da Atenção Primária à Saúde que ainda existem dúvidas quanto à efetivação das atividades de promoção da saúde no processo de trabalho dos enfermeiros que em sua maioria desconhecem os determinantes sociais de saúde da população ao qual estão inseridos.

Frente a esta nova demanda, a questão desta pesquisa é: Quais as práticas de promoção da saúde são desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais inseridos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as práticas de promoção da saúde realizadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.
- Desvelar as dificuldades e facilidades para a realização das práticas de promoção à saúde.
- Identificar a atuação dos profissionais da Atenção Primária sobre os determinantes sociais de saúde como possibilidade para a promoção da saúde da população.
- Desvelar a atuação dos coordenadores das unidades de Atenção Primária à Saúde, sobre o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde.

3 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Como uma das etapas da dissertação, optou-se por realizar a revisão integrativa de literatura, a partir de um protocolo validado por *experts* (APÊNDICE A), que permitiu a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilitou a criação de conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo, buscando nas bases de dados *on-line* os conceitos e estruturas metodológicas dos estudos que abordam as práticas de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (POLIT; BECK, 2011).

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada na forma de manuscrito.

3.1 MANUSCRITO 1 – PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ALCANCES E LIMITES.

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ALCANCES E LIMITES.

PRACTICE OF HEALTH PROMOTION IN PRIMARY HEALTH: SCOPE AND LIMITATIONS .

PRÁCTICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PRIMARIA: ALCANCES Y LIMITACIONES .

Camila Cypriano¹

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann²

RESUMO

As práticas de promoção da saúde estão inseridas no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde, oportunizando novas

¹ Enfermeira. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. E-mail: camillacypriano@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do NEPEPS. E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br

formas de produção do cuidado. Busca substituir a prática de cura das doenças a partir do modelo biomédico e amplia a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e grupos para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis para transformação social. Objetiva identificar os conceitos e estruturas metodológicas que abordam os alcances e limites das práticas de promoção da saúde, em publicações nacionais e internacionais da área da saúde, abrangendo o período de 2005 a 2015. Foram identificados 22 artigos nas Bases do Editor Científico Biblioteca Virtual em Saúde e Base de Dados *Scientific Electronic Library On-line*, dos quais se fez a leitura e apreciação do conteúdo referente às práticas de promoção da saúde. A partir dos resultados, constata-se que as práticas de promoção da saúde tem potencial para alcançar a saúde integral da comunidade, porém, observam-se muitos limites das equipes que ainda realizam práticas voltadas para a doença, com foco na mudança de hábitos individuais e com metodologias de educação à saúde nos moldes da educação bancárias. Conclui-se que existe um movimento das equipes de Estratégia Saúde da Família em ampliar a visão de saúde, realizando práticas exitosas de promoção da saúde, contudo, é importante que estes levem em consideração os determinantes sociais de saúde das comunidades onde atuam no seu cotidiano de trabalho e ocorra a efetividade das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas de Promoção da Saúde. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Equipe Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Health promotion practices are embedded in the work process of the primary health care teams, providing opportunities for new forms of care production. Seeks to replace the healing practice of disease from the biomedical model and extends the capability of autonomy of individuals, families and groups for achieving personal goals of being healthy for social transformation. This study aims to identify the concepts and methodological frameworks that address the scope and limits of health promotion practices in national and international publications in the health field, covering the period from 2005 to 2015. 22 articles were identified on the basis of databases BVS data online and SCIELO of which made the reading and assessment of the content related to health promotion practices. From the results it appears that

when done correctly, health promotion practices widely reach the overall health of the community, but we observe many limits of the teams that still hold practices for the disease, focusing on change individual habits and banking methodologies. We conclude that there is already a movement of teams from the Family Health Strategy in improving the health of vision, conducting successful health promotion practices, but it is important that these take into account the social determinants of health of the communities in which they operate in their daily lives work occurs and the effectiveness of the guidelines of the National Health Promotion Policy.

KEYWORDS: Health Promotion Practice, Health Promotion, Primary Health Care, Interdisciplinary Health Team, Nursing.

RESUMEN

Prácticas de promoción de la salud están integrados en el proceso de trabajo de los equipos de atención primaria de la salud, proporcionando oportunidades para las nuevas formas de producción cuidado. Pretende sustituir la práctica de curación de la enfermedad desde el modelo biomédico y amplía la capacidad de autonomía de las personas, familias y grupos para lograr objetivos personales de ser saludable para la transformación social. Este estudio tiene como objetivo identificar los conceptos y marcos metodológicos que abordan el alcance y los límites de las prácticas de promoción de la salud en publicaciones nacionales e internacionales en el campo de la salud, que abarca el período de 2005 a 2015. Los 22 artículos fueron identificados a partir de bases de datos línea de datos BVS y SciELO de los cuales realizan la lectura y la evaluación de los contenidos relacionados con las prácticas de promoción de la salud. De los resultados se desprende que si se hace correctamente, las prácticas de promoción de la salud ampliamente llegan a la salud general de la comunidad, pero observamos muchos límites de los equipos que todavía mantienen prácticas para la enfermedad, centrándose en el cambio hábitos y metodologías de banca individual. Llegamos a la conclusión de que ya hay un movimiento de equipos de la Estrategia Salud de la Familia en la mejora de la salud de la visión, la realización de prácticas de promoción de la salud con éxito, pero es importante que éstas tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud de las comunidades en las que operan en su vida diaria el trabajo se produce y la eficacia de las directrices de la Política Nacional de Promoción de la Salud.

PALABRAS CLAVE: Práctica Promoción de la Salud, Promoción de la Salud, Atención Primaria de la Salud, Equipo Interdisciplinario de Salud, Enfermería.

INTRODUÇÃO

No cenário mundial a constatação da relevância da promoção da saúde e dos determinantes sociais de saúde, serviu de pano de fundo para que a Organização Mundial de Saúde e o governo Canadense organizasse em 1986, a I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, traduzida pela Carta de Ottawa (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa apresenta um dos primeiros conceitos amplos de promoção da saúde como o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, com o intuito de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, dos indivíduos, sabendo identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa conceitua cinco estratégias que visam o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde através da implantação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Acredita-se que estas estratégias, articuladas com os determinantes sociais de saúde, proporcionam acesso à informação, ampliam as experiências e habilidades na vida dos sujeitos, bem como apontam oportunidades que permitam aos indivíduos fazerem escolhas por uma vida mais saudável, reduzindo assim as diferenças no estado de saúde da população, assegurando oportunidades e recursos iguais, capacitando-os para controlar os seus determinantes de saúde (WHO, 1986).

Compreende-se como práticas de promoção da saúde as cinco estratégias da Carta de Ottawa que, quando inseridas no processo de trabalho das equipes de saúde na Atenção Primária à Saúde, oportunizam novas formas de produção do cuidado (HEIDEMANN et al., 2014) Substituem a prática de cura das doenças do modelo clínico e ampliam a capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e grupos para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis e sociais e de agir no grupo para transformação social (LOPES et al., 2013).

No Brasil, nota-se que a percepção sobre a saúde vem avançando nos últimos anos, em direção a esta nova concepção da promoção à saúde, através de Políticas Públicas e Programas de Saúde que ampliam o olhar sobre a saúde e seus determinantes sociais.

Em 2012, o governo brasileiro reafirma a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização, considerando que a Atenção Primária à Saúde é a atenção essencial à saúde, em todos os estágios do desenvolvimento humano, levando aos indivíduos o espírito de autoconfiança e autodeterminação, tendo como enfoque o desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo parte integral do sistema de saúde através de um processo contínuo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Para isto são priorizadas ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, investindo-se fortemente em políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Neste contexto de busca pela melhoria da qualidade de vida dos sujeitos o Ministério da Saúde criou em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”. Esta foi reformulada através da Portaria Ministerial n. 2446/2014, de 11 de novembro de 2014, reafirmando que a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a corresponsabilidade, a humanização, a justiça social e a inclusão social são valores importantes no processo de efetivação da PNPS. Destaca o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial com o intuito de ampliar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde e incentivar a gestão democrática, participativa e transparente (BRASIL, 2014).

Considerando estas diretrizes políticas a promoção da saúde amplia a visão da saúde para um bem-estar universal, que responsabiliza todos os setores sanitários pela qualidade de vida da população, retirando esta responsabilidade apenas do setor saúde e expandido para além do estilo de vida saudável. A partir do empoderamento dos cidadãos e participação popular, considera os determinantes sociais e ambientais onde cada indivíduo está inserido (ROOTMAN et al., 2012).

A partir deste movimento de ampliação do olhar sobre a promoção da saúde mundial, surgiu a motivação para aprofundar os conhecimentos acerca dos estudos que estão sendo publicados sobre a promoção da saúde na Atenção Primária, com o objetivo de identificar a partir de uma Revisão Integrativa de Literatura, no período de 2005 a

2015, nas bases de dados *on-line*, quais os conceitos e estruturas metodológicas dos estudos que abordam as práticas de promoção da saúde, e a partir disto responder a questão de pesquisa: Quais os alcances e limites das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987). Os passos da Revisão iniciam com a escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das bases de dados e descritores e busca na base de dados. Após estes passos, deve-se realizar a seleção da amostra e armazenamento, incluir os estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do “*Microsoft Excel*” e avaliar estes estudos.

As estratégias de busca foram realizadas a partir dos descritores: Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde e Equipe Interdisciplinar de Saúde, nas bases eletrônicas de dados: Bases do Editor Científico Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme/BVS) e Base de Dados *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO).

Foram incluídos trabalhos originais que continham os descritores listados acima, publicados em periódicos científicos nos anos de 2005 até 2015, nos idiomas inglês, espanhol e português; Disponíveis on-line na forma completa (*fulltext*).

Foram excluídos os Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Ensaio; Notas prévias; Publicações duplicadas; Íntegra de Teses e Dissertações (excetuando aquelas cujos resultados estão publicados em periódicos), Manuais, revisões, artigos que não estão dispostos na íntegra e estudos que não contemplem o escopo deste estudo.

A partir da decisão dos descritores e bases de dados a busca inicial resultou em 317 artigos e a partir da leitura dos títulos dos mesmos foram excluídos 143 estudos que se repetiam ou que não corriam sobre a Atenção Primária à Saúde. A próxima classificação ocorreu na leitura dos resumos de todos os artigos investigados no que tange aos critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste estudo, eliminando assim 133 estudos, restando um total de 41 artigos (GANONG, 1987).

Como indica a Revisão Integrativa, os dados foram sistematizados em tabelas e posteriormente foi realizada uma releitura

criterosa dos artigos selecionados, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência do conteúdo, que resultou em 22 artigos (GANONG, 1987).

As Informações que foram extraídas nas tabelas, a partir das produções foram: título, autores, ano de publicação, periódico, método, população do estudo, resultados, práticas de promoção da saúde, alcance das práticas de promoção da saúde, que contemplam as potencialidades de atuar sobre a promoção da saúde, os limites das práticas de promoção da saúde que abranjam os desafios para atuar sobre a promoção da saúde e as considerações finais.

A avaliação crítica destes estudos foi concretizada a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que viabilizou a sistematização e discussão dos achados em categorias. Esta avaliação seguiu as etapas do modelo analítico de Ganong (1987), que viabilizou a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados foram avaliados e discutidos conforme literatura pertinente da promoção da saúde.

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada na forma de descrição a partir da análise e checagem dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de implementada as estratégias de busca descritas na metodologia, as categorias encontradas nos estudos foram: Práticas de Promoção da Saúde realizadas na Atenção Primária, Alcance das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária e Limites das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária. As categorias foram analisadas e chegou-se nos seguintes resultados.

No que diz respeito ao ano de publicação, percebe-se que a maioria dos artigos selecionados foram publicados nos últimos três anos, com destaque para as publicações de 2012, 2014 e o ano de 2013.

Essa foi uma característica também percebida no registro dos indicadores bibliométricos da *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), em que o Brasil tem destaque na quantidade de publicações indexadas, principalmente em 2012, frente a demais países como Peru, Portugal, Chile, México, entre outros. Porém, 2013 já apresentou, no mesmo banco de dados, um leve decréscimo de publicações em relação ao ano anterior.

Quanto aos periódicos de publicação, houve predominância de estudos publicados na Revista Ciência & Saúde Coletiva que tem seu foco no aprimoramento do Sistema Único de Saúde e destaca-se a

presença recorrente dos periódicos que possuem, em seu escopo, direta vinculação à produção científica na área de saúde coletiva, como é o caso da Revista de Saúde Pública, Revista Panamericana de Salud Publica, Saúde e Sociedade, entre outras. Resultado esse semelhante ao encontrado em outra revisão integrativa na área da Saúde do trabalhador, onde os periódicos de destaque também se vinculavam ao campo de saúde coletiva (BVS, 2014).

Acredita-se que isso pode ter relação direta com a estratégia de busca e objetivos dessa revisão, uma vez que se priorizou a discussão das práticas de promoção da saúde. Logo, esse objeto possui vinculação estreita com as discussões da área da saúde coletiva no Brasil, e consequentemente, com o escopo dessas revistas.

A abordagem utilizada nos estudos foi predominantemente qualitativa, enquanto estudos quantitativos e mistos tiveram menos destaque.

Nesse aspecto vale salientar que as pesquisas na área da saúde no Brasil obtiveram um crescimento inegável nos últimos dez anos, porém, esse crescimento quantitativo não foi acompanhado de uma mesma evolução qualitativa. Através dos indicadores consultados na *SC Imago Journal & Country Rank*, evidenciou-se que o Brasil aumentou em quase dez vezes a quantidade de estudos publicados, porém, a quantidade de vezes que estes estudos foram citados permaneceu a mesma, num comparativo entre 2003 e 2013.

Logo, acredita-se que o grande número de estudos qualitativos e de baixo impacto tem relação direta com a quantidade de citações e o desempenho das pesquisas nacionais. E como se evidenciou nesta revisão integrativa, esse padrão se reflete também nas publicações acerca da PNPS, onde predominam os estudos ainda preliminares, como os exploratórios descritivos, ou ainda, revisões da literatura e relatos de caso.

Práticas de promoção da saúde na Atenção Primária

No que diz respeito às práticas de promoção da saúde descritas nos estudos, estas foram distribuídas entre as 5 estratégias presentes na Carta de Ottawa (WHO, 1986).

Referente ao desenvolvimento das práticas de promoção da saúde através da implementação de políticas saudáveis, destacaram-se os grupos técnicos voltados para avaliação e planejamento de práticas para idosos, adolescentes, gestantes, puérperas e doentes crônicos e grupos de discussão sobre diversidade de gênero e sexual (PINAFO;

NUNES; GONZÁLEZ, 2012; HORTA et al., 2009; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2015; CAMPOS et al., 2012; MEDINA et al., 2014; FRACOLLI; GOMES; GRYSCHKEK, 2014; IBAÑEZ, et al., 2006).

No eixo criação de ambientes favoráveis à saúde foram citadas orientações em consultório e visitas domiciliares sobre sexualidade e educação alimentar na escola, mapeamento das regiões sinalizando os grupos de risco, agravos clínicos e área de risco sócio ambiental, buscando favorecer a criação de ambientes saudáveis na comunidade (MOREIRA; O'DWYER, 2013; FRACOLLI; GOMES; GRYSCHKEK, 2014; HEIDEMANN, 2015; MEDINA et al., 2014).

Grupos de convivência com aulas de canto, bordado, artesanato e oficinas terapêuticas de música e teatro, favorecendo a reinserção psicossocial de portadores de sofrimento mental e também a adoção de estilos de vida saudáveis (CARNEIRO et al., 2012; HORTA et al., 2009; IBAÑEZ, et al., 2006).

Nesta linha foram citadas também oficinas de integração das famílias com a escola e a criação de hortas comunitárias visando à oferta de uma alimentação balanceada na comunidade (HORTA et al., 2009; IBAÑEZ, et al., 2006).

Referente à reorientação dos serviços de saúde foi citada a expansão das práticas educativas para além dos muros das unidades de saúde, a partir da atuação intersetorial com universidades, empresas, governo e agências sem fins lucrativos (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

A atuação da equipe multidisciplinar, ampliando o atendimento biomédico em saúde para um atendimento voltado para a qualidade de vida dos sujeitos, a partir da escuta qualificada e oficinas terapêuticas (TEIXEIRA et al., 2014; IBAÑEZ, et al., 2006; FRACOLLI; GOMES; GRYSCHKEK, 2014; MEDINA et al., 2014).

O reforço da ação comunitária é trabalhado pelas equipes de saúde a partir de práticas educativas sobre a qualidade da água, projetos com os escolares visando o combate à dengue e alimentação saudável, a criação de hortas comunitárias e oficinas de integração entre as famílias e as escolas. Foi citada também a criação de conselhos de saúde visando o empoderamento da comunidade quanto às decisões em saúde (MEDINA et al., 2014; MOREIRA; O'DWYER, 2013; HORTA et al., 2009; IBAÑEZ, et al., 2006).

Referente ao desenvolvimento de habilidades pessoais os estudos apontam o desenvolvimento de práticas corporais com a comunidade, yoga, dança terapêutica e práticas educativas sobre o autocuidado com pessoas idosas e portadoras de doenças crônicas

(CARNEIRO et al., 2012; MEDINA et al., 2014; MOREIRA; O'DWYER, 2013; HORTA et al., 2009; IBÁÑEZ, et al., 2006),

Alcance das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária

No que diz respeito ao alcance das práticas de promoção na Atenção Primária à Saúde podemos observar que ao contrário dos modelos tradicionais curativistas, com enfoque exclusivamente na doença, as práticas realizadas superam a abordagem focada na patologia e privilegiam ações que se aproximam de outra racionalidade, que trata a saúde como um recurso para a vida (ENRIA; STAFFOLANI, 2010; TORRES et al., 2010; ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012; HORTA et al., 2009).

O cotidiano da assistência à saúde se mostrou um amplo espaço de ação educativa, reconhecido pelos profissionais como uma situação oportuna para a prática da educação em saúde, onde o mundo do trabalho se transforma em um local de troca de saberes e modos de produção do cuidado que se materializam em tecnologias de trabalhos utilizadas para produzir saúde (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

As práticas de promoção da saúde se encontram em participação efetiva e concreta com a comunidade na definição de prioridades, tomada de decisão e no do desenvolvimento das estratégias de planejamento para alcançar uma melhor saúde. A força motriz deste processo é o verdadeiro poder das comunidades de controlar seus destinos (TORRES et al., 2010).

A realização do trabalho por meio de uma metodologia não coercitiva se mostrou diferenciada, pois promovem a participação e o *empowerment* dos sujeitos, mantendo a noção de vínculo, reavaliando os ambientes nos quais os usuários estão inseridos, avançando assim na efetividade das ações de promoção da saúde (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

Ferrer, et al (2013) e Moreira, O'Dwyer (2013) reafirmam que a promoção da saúde vai além da melhoria da saúde da população, resolvendo os fatores que impulsionam a saúde da população em seu contexto. A partir do trabalho intersetorial se valorizam a complexidade e relevância do contexto na determinação da saúde, visando o fortalecimento da capacidade da população de participar das decisões que afetam a sua vida.

As parcerias intersetoriais foram destacadas como um caminho para viabilizar a promoção da saúde, ultrapassando os muros das

unidades de saúde e atingindo um contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos e coletividades (SILVA et al., 2014).

As práticas de promoção da saúde são uma abordagem de cuidado que formam a base e determinam o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (TEIXEIRA et al., 2014).

As práticas de promoção colocam o usuário como central no cuidado em saúde e as práticas dos profissionais como forma de agregar e construir recursos para o cuidado, de forma autônoma e responsável, incentivando a participação social. Dando voz ao usuário faz o profissional sair de seu espaço de poder e passar a negociar com os usuários, tornando-os protagonistas e corresponsáveis por sua saúde (CARNEIRO et al., 2012).

A possibilidade de intervenções em promoção da saúde focadas na comunidade, nas famílias e indivíduos pode ajudar a reduzir tanto o peso da doença como suas despesas de saúde, diminuindo tanto o adoecimento quanto os gastos com a saúde, melhorando a qualidade de vida da população (HORTA et al., 2009).

Nota-se que é possível ampliar a promoção da saúde para uma vertente sócio ambiental também, com práticas que tendem a minimizar as mazelas advindas da vulnerabilidade social, tendo o território como eixo orientador, reduzindo a pobreza e as iniquidades sociais, reconhecidas como determinantes sociais da saúde (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2015; SANTOS et al., 2012; IBÁÑEZ, et al., 2006; HEIDEMANN et al., 2015).

Destaca-se a relevância das práticas de promoção da saúde realizadas para a superação dos determinantes de saúde que interferem no processo de viver e adoecer, reforçando a adoção de estilos de vida saudáveis capazes de proporcionar a longevidade dos indivíduos, através do enfoque educativo (SANTOS et al., 2014; RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

A proposta de trabalhar as práticas de promoção da saúde com os profissionais de saúde da Atenção Primária se mostrou apropriada para gerar uma reflexão da equipe de saúde sobre a realidade vivenciada pelos usuários e do processo educativo no controle da doença (IBÁÑEZ, et al., 2006).

Limites das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária

Os profissionais sentem a necessidade de desenvolver práticas promotoras de saúde e abordagens mais dialógicas na sua rotina de trabalho. No entanto, estas estratégias são realizadas, muitas vezes, de forma não estruturada, segundo as experiências prévias, visão de mundo e de sociedade dos profissionais que as realizam (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012; ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012; TEIXEIRA et al., 2014; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2015).

As práticas promotoras de saúde, desenvolvidas de acordo com a percepção dos usuários e profissionais, ainda são voltadas para a doença e com metodologias tradicionais, onde a educação se torna um ato de depositar, no qual o profissional da saúde que escolhe o conteúdo programático e é o sujeito do processo, enquanto os usuários são meros objetos a serem educados (TORRES et al., HEIDEMANN et al., 2014).

Portanto são realizadas práticas de promoção da saúde centradas em sua maioria na mudança comportamental, mas estas ações ainda se caracterizam pela busca de melhorias na qualidade de vida dos usuários sem capacitá-los para buscar essa melhoria, não estimulando processos geradores de autonomia (IBAÑEZ, et al., 2006; GOMES; GERMANI, 2012; BUDÓ et al., 2008).

Observa-se que muitos gestores de saúde, profissionais de saúde e a própria população confundem as práticas de promoção da saúde com as ações de prevenção de doenças, ações de controle das doenças crônicas degenerativas e ações de proteção à saúde (FRACOLLI; GOMES; GRYSCHKEK, 2014; HEIDEMANN et al., 2015).

As práticas de promoção da saúde são realizadas ainda de forma isolada, sem comunicação dentro do setor de cuidados de saúde, com pouco diálogo a nível local, desvalorizando as relações intersetoriais e demonstrando a falta de capacitação dos profissionais para o planejamento de ações integradas com outros setores (FERRER et al., 2013; MOREIRA; O'DWYER, 2013; SOUZA et al, 2013).

A falta de estrutura física adequada nas Unidades de Saúde aparece como um limitante para a realização das práticas de promoção da saúde (TEIXEIRA et al., 2014), juntamente com a excessiva demanda espontânea e o insuficiente número de profissionais, aliados a uma prática curativista hegemônica, configurando-se como um desafio para a realização de práticas de promoção da saúde (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados se constata que a maior parte das práticas de promoção da saúde apresentadas nos artigos são referentes a ações educativas voltadas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial.

Foram citadas práticas de promoção da saúde em todos os 05 eixos apresentados na Carta de Ottawa (WHO, 1978). Nota-se um movimento das equipes em direção à reorientação dos serviços de saúde, visando um atendimento multidisciplinar que vai além do modelo biomédico. Porém muitas práticas ainda são voltadas às habilidades pessoais, desenvolvidas em formato de palestras.

Percebe-se que já existe uma ampliação do conceito de saúde por parte dos profissionais que relatam realizar atividades voltadas ao coletivo e considerando os determinantes sociais de saúde presentes na comunidade.

Os profissionais demonstram familiaridade com o termo promoção da saúde e reforçam a importância de realizar essas práticas no seu cotidiano, indo além dos muros da unidade. Entretanto, observa-se também que muitos profissionais não compreendem o conceito de promoção da saúde, confundindo-o com outros conceitos como o de prevenção de doenças.

As mudanças institucionais voltadas para a prática de promoção da saúde ainda são um desafio, pois é difícil encontrar parceiros para ajudar a programar as mudanças no modelo de cuidado e são necessárias transformações no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Propõe-se maior atuação dos profissionais nas práticas de promoção da saúde, com o incentivo dos gestores e da comunidade, bem como maior preocupação em expandir estudos, projetos e relatos de experiências encontradas na Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se a importância dos profissionais ampliarem sua visão de saúde, levando em consideração os determinantes sociais de saúde das comunidades onde atuam, colocando em prática as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Family health strategy professionals and users perception on health promotion groups. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 21, n.2, p.401-408, 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 7ª ed. Portugal: Edições, 1977.

BEZERRA, M.L.S.; NEVES, E.B. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.384-394, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29655/31525>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em 10 jun 2014.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Literatura científica-técnica. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php>>. Acesso em: 19 de Maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - 3. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria MS n. 2.446. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Diário Oficial da União, 2014.

BUDÓ, M.L.D. et al. Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. Online braz. j. nurs. (Online), [s.l.], v.7, n.1, 8 telas, 2008.

CAMPOS, L. et al. Concepções e práticas de promoção da saúde segundo acadêmicos de odontologia em Santa Catarina – Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, [s.l.], v. 25, n.3, p.321-327, 2012.

CARNEIRO, A.C.L.L. et al. Health promotion education in the context of primary care. **Rev Panam Salud Publica**, [s.l.], v.31, n.2, p.115-120, 2012.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ENRIA, G.; STAFFOLANI C. Discourse contradictions that hinder the transformation of health promotion practices. **HaciapromocSalud.**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.167-178, 2010.

FERRER, R.L. et al. Advanced primary care in San Antonio: linking practice and community strategies to improve health. **J AmBoardFamMed**, [s.l.], v.26, n.3, p.288-98, 2013.

FRACOLLI, L.A.; GOMES, M.F.P.; GRYSCHER, A.L.F.P.L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v.23, n.3, p.919-927, 2014.

GANONG L. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, [s.l.],v.10, n.1, p. 1-11, 1987.

GOMES, A.M.; GERMANI, A.R.M. Rediscutindo as práticas de promoção da saúde do município de Planalto Alegre - SC: um projeto de extensão. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n.8, p. 217-218, 2012.

HEIDEMANN, I.T.S.B et al. Health promotion in primary care: study based on the Paulo Freire method. **Ciênc saúde coletiva**, v. 19, n.8, p.3553-3559, 2014.

HEIDEMANN, I.T.S.B; WOSNY, A.D.M; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s.l.], v.19, n.8, p.3553-3559, 2015.

HEIDEMANN, I.T.S.B. et al. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v.28, n.2, p.152-159, 2015.

HORTA, N.D.C. et al. Practice of family health teams: challenges for the promotion of health care. **Rev Bras Enferm**.v.62, n.4, p.524-529, 2009.

IBAÑEZ, N. et al. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, [s.l.], v.11, n.3, p.683-703, 2006.

LOPES, M.S.V. et al. Promoção da Saúde na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 14, p.60-70, 2013.

MEDINA, M.G. et al . Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing?.**Saúde debate.**, [s.l.], v.38, n.0, p.69-82, 2014.

MOREIRA, E.C.; O'DWYER, G. An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. **BMC Family Practice**, [s.l.], v.14, n.1, p.80, 2013.

PINAFO, E.; NUNES, E.D.F.P.D.A.; GONZÁLEZ, A.D. Health education in the user-worker relationship in the the daily routine of family health teams. **Ciênc saúde coletiva**. [s.l.], v.17, n.7, p.1825-1832, 2012.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab. educ. saúde* [online], v.10, n.2, p. 235-255, 2012.

ROOTMAN, I. et al. Health Promotion in Canada: Critical perspectives on practice. 3. ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2012. 354 p.

SANTOS, A.A.G.D. et al. The meaning that health professionals attribute to promotion of the health of adolescents. **Ciênc saúde coletiva**, [s.l.], v.17, n.5, p.1275-1284, 2012.

SILVA, K.L. et al. Health promotion: challenges revealed in successful practices. **Rev Saúde Pública**, [s.l.], v.48, n.1, p.76-85, 2014.

SOUZA MB, et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v.33, n.3, p.190–195, 2013.

SPERANDIO, I.A.M.G. et al. Ensino e práticas de promoção da saúde durante o primeiro ano de medicina – Unicamp. **Rev. bras. educ. med.**, [s.l.], v.34, n.4, p.615-621, 2010.

TEIXEIRA, M.B. et al. Evaluation of health promotion practices: a look from the participating teams of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. **Saúde debate**, [s.l.], v.38, n. especial, p.52-68, 2014.

TORRES, H.D.C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paul Enferm.**, [s.l.], v.23, n.6, p.751-756, 2010.

WESTPHAL M. Promoção da saúde e prevenção da doença. In: CAMPOS, G. W. et al.(Org.).Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta etapa da pesquisa contribui para o aprofundamento do conhecimento acerca da promoção da saúde e sua conceituação, os determinantes de saúde como ferramentas para a promoção da saúde e a Atenção Primária à Saúde e as Unidades de Saúde da Família no momento atual.

4.1 Promoção da Saúde

Nos últimos anos a promoção da saúde vem sendo entendida com uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos (JACKSON et al., 2013).

Segundo Rootman et al. (2012), a promoção da saúde tem sido identificada como a "terceira revolução da saúde pública", sendo que a primeira combateu doenças infecciosas e a segunda abordou doenças crônicas. A promoção diferentemente das outras “revoluções da saúde pública” tem seu foco na saúde ao invés de se envolver em uma batalha contra diversos tipos de doenças.

Desde 1974, no Canadá, este tema já é discutido, aparecendo pela primeira vez em um documento oficial com a publicação do “Informe Lalonde”, onde o governo trata a Promoção da Saúde articulando a saúde com o estilo de vida, enfatizando a importância do ambiente e dos comportamentos e hábitos de cada indivíduo, que juntamente com a biologia humana e a organização dos serviços de saúde constituiriam uma nova visão do campo de saúde (LALONDE, 1981).

Esta ideia foi reafirmada nas propostas publicadas em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na Rússia, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e ocorrida em Alma-Ata, na Rússia. Os resultados desta Conferência são reconhecidos até hoje como referência para a reorganização dos serviços de saúde no sentido de melhorar a eficácia e eficiência na prestação de cuidados à população e lança a diretriz: “Saúde para todos no Ano 2000” (OMS, 1978).

A síntese da proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) está formulada no conceito de “Cuidados Primários de Saúde” como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente

fundamentados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, mediante sua participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada estágio de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integral do sistema de saúde de um país, sendo a função central, o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando os cuidados de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.02).

Em consonância com este movimento histórico em prol da promoção da saúde, observa-se que esta se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, a partir da contestação da eficiência na assistência médica curativa de alta tecnologia, juntamente com a necessidade de controlar os altos custos do modelo biomédico, abrindo espaço para repensar a lógica tecnicista e o estreitamento que produziu na racionalidade sanitária, resgatando-se assim, o pensamento médico social que enfatiza uma relação mais ampla entre a sociedade e a saúde (GRACIETTI et al., 2014).

Neste contexto, em 1986 surgiu na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade de Ottawa, um dos mais importantes documentos que tratam da promoção da saúde, a “Carta de Ottawa” que traz um conceito amplo desta temática lançando nova luz para a reflexão, planejamento e gestão das necessidades sanitárias, fundamentados em cinco campos de ação: a construção de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986). Estes campos de ação atualmente caracterizam as práticas de promoção da saúde e embasam a rotina diária de trabalho dos profissionais da saúde.

No âmbito das ações da estratégia de criação de ambientes favoráveis, a Carta de Ottawa enfatiza a necessidade de cada cidadão

cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural, encorajando a ajuda recíproca. Voltando-se para a conservação dos recursos naturais do mundo como uma responsabilidade global, tornado o trabalho e o lazer fontes de saúde para as pessoas (OMS, 1986).

As políticas públicas saudáveis são ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais que vão além dos cuidados de saúde. Estas ações se trabalhadas de forma conjunta contribuem para garantir bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (OMS, 1986).

O reforço da ação comunitária ocorre através de ações comunitárias concretas e efetivas num desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implantação, visando à melhoria das condições de saúde. Isso requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (OMS, 1986).

Quanto ao desenvolvimento de habilidades pessoais, o documento se refere a ações que apoiam a Promoção da Saúde no desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Essa tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais (OMS, 1986).

No tocante à estratégia de reorientação dos serviços de saúde, a Carta de Ottawa frisa que: a responsabilidade pela Promoção da Saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Essa postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor de saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais da área da abrangência das unidades de saúde. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isso precisa levar a uma troca de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (OMS, 1986).

A partir da realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, 1986 que resultou nas cinco estratégias para a promoção da saúde citadas acima, reafirmou-se a sua reflexão e

continuidade nas demais conferências internacionais que sucederam e foram realizadas em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) e Helsink (2013), consolidando as bases políticas e conceituais desta temática. Assim, pode-se dizer que a política de promoção da saúde é resultado da consciência sobre as limitações de um modelo de saúde centrado na doença (GUREL et al., 2011).

Em 1988 ocorreu a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Austrália, que esclareceu através da “Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas”, o papel das políticas públicas na resolução dos problemas relacionados à saúde da população (OMS, 1988).

Em 1991, na Suécia, a partir da 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde surgiu a “Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde” que discutiu a articulação entre as questões ambientais e as políticas públicas (OMS, 1991).

A 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 1997, onde foi criada a “Declaração de Jacarta” que reforçou a relevância da ação comunitária. Esta foi a primeira conferência num país em desenvolvimento e que incluiu o setor privado no apoio à Promoção da Saúde, trazendo a visão ampliada do século XXI para a promoção da saúde (OMS, 1997).

Posteriormente, no ano 2000, ocorreu a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade do México, com o subtítulo: “Das ideias às ações” que buscou superar os desafios da globalização e aumentar os compromissos assumidos no evento anterior, em Jacarta. Criou-se a “Declaração do México” que previu uma mudança na metodologia de trabalho, alcançando melhores níveis de saúde e reconhecendo a responsabilidade e dever dos governos e da sociedade em geral (OMS, 2000).

A 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu cinco anos depois e discutiu “A Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado”, através da carta de Bangkok que discorre sobre a necessidade de uma globalização amigável e saudável (OMS, 2005).

Em 2009 ocorreu a 7ª Conferência, em Nairóbi no Quênia, sob o lema “Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implantação”. Esta se tratou de mais um chamado à ação e um apelo aos setores públicos, privados e não governamentais para que superassem o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde (OMS, 2009).

A 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 2013, na Finlândia, com o lema “Saúde em Todas as Políticas” que objetivou facilitar a troca de vivências e estabelecer orientações para implantação da abordagem do lema do evento, tendo como base uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspiradas na “Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde” (1978) e na “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde” (1986) (OMS, 2013).

Além destas conferências, houve também as regionais citadas abaixo:

- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Colômbia, em 1992, que resultou na Declaração de Santa-Fé de Bogotá em que se discutiu a transformação nas relações de inequidade social e deterioração da condição e qualidade de vida em geral, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social (OPAS, 1992);
- Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, desenvolveu-se sob forte influência das estratégias da Carta de Ottawa, acrescentando ainda um eixo de Comunicação para a saúde. Visou implantar a PS no modelo sanitário caribenho, respeitando a cultura local (OPAS, 1993);
- III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, em São Paulo, que promoveu o debate sobre princípios/estratégias/compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais da região (OPAS, 2002);
- Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento, em Buenos Aires, que retoma a discussão da implantação da APS, bem como, a defesa da equidade pela garantia acesso universal e integral (OPAS, 2007);
- XX Conferência Mundial de Promoção da Saúde em Genebra que foi uma chamada à ação em combate as doenças não transmissíveis, fornecendo a base de conhecimento para uma resposta global, recomendações para avançar neste tema, orientação para as lideranças do país conter uma das mais significativas ameaças atuais de

saúde global, de desenvolvimento e de redução da pobreza (OMS, 2010).

Considera-se importante para contextualizar os eventos relacionados à promoção da saúde, elencar alguns eventos internacionais que tiveram impacto global para a promoção da saúde:

- ECO-92 (RIO DE JANEIRO, BRASIL, 1992), com o objetivo de introduzir a ideia do desenvolvimento sustentável, a partir de um modelo de crescimento econômico menos consumista e mais adequado ao equilíbrio ecológico, dela surgiu a Agenda 21 (BRASIL, 2004).
- Rede de Megapaíses para a promoção da saúde na Suíça, realizado pelo OMS que objetivou formar uma aliança entre os países mais populosos na busca de soluções para a promoção da saúde e teve como metas: melhorar a base de informações da promoção; maior desenvolvimento da saúde; promover a intersetorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde (OPAS, 1998).
- Cimeira do Milênio (NOVA YORK, EUA, 2000). Propunha sintetizar acordos internacionais alcançados em várias cúpulas mundiais ao longo dos anos 90 (sobre meioambiente e desenvolvimento; direitos das mulheres; desenvolvimento social; racismo; etc) (ONU, 2000).
- Conferência das Nações Unidas Sobre o Desenvolvimento Sustentável – RIO +20 (2012) com o objetivo de garantir o compromisso político internacional para desenvolvimento sustentável, teve 3 pilares de ação: econômico, social e ambiental e 2 temas: a ‘economia verde’ no contexto da erradicação da pobreza e a estrutura de governança para o desenvolvimento sustentável no âmbito das Nações Unidas (ONU,2012).

Nota-se que as Conferências sobre Promoção da Saúde fazem parte de um movimento social em defesa da ampliação dos campos de ação em saúde, que objetivam, através dos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, alcançarem o bem-estar global, transformando o paradigma vigente de saúde.

As Conferências Internacionais Sobre Promoção da Saúde posteriores a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade de Ottawa (1986) reforçam a importância dos cinco eixos da

Carta de Ottawa, que foram à construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde como bases de transformação social, trazendo-os como temas principais de discussão juntamente com o tema da globalização.

As Conferências Regionais sobre Promoção da Saúde seguem nesta mesma linha de discussão, que fortalece os princípios da Carta de Ottawa e ampliam seu escopo para as ações que visam à universalidade e equidade em saúde, a partir dos pilares econômico, social e ambiental. Discutem também as transformações nas relações de iniquidade social e qualidade de vida, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, apoiando a intersetorialidade e as parcerias que melhorem a distribuição dos recursos para a saúde.

Então, a promoção da saúde, a partir de uma concepção mais ampla de saúde, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde da população. E a saúde se promove a partir de condições de vida adequadas, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, mostrando-se necessário na promoção da saúde o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

4.2 Contexto Histórico da Promoção da Saúde

Ao longo dos últimos anos o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado e discutido por diferentes atores técnicos e sociais, a partir de inúmeros eventos internacionais e publicações de caráter conceitual em diferentes conjunturas e formações sociais, o que tem contribuído para aproximações de conceitos e práticas mais precisas neste campo (SILVA et al., 2014).

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a utilizar a expressão "promoção da saúde" ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Dando ênfase para a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades para descanso e recreação.

Posteriormente, Leavell e Clark (1965) desenvolveram o modelo da história natural de doença com seus três níveis de prevenção (Figura 1): prevenção primária, secundária e terciária. Nesse modelo, a promoção da saúde se limitava e acompanhava um nível de atenção da

Medicina Preventiva (prevenção primária), constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar gerais no período de pré-patogênese.

Figura 1 – Três níveis de prevenção

Prevenção Primária (Período pré-patogênese)	Prevenção Secundária (Período de Patogênese)	Prevenção terciária (período de patogênese)
- Promoção da Saúde - Proteção Específica	-Diagnóstico e tratamento precoce - Limitação da invalidez	- Reabilitação

Fonte: Adaptado de Leavell e Clark (1965)

Esse modelo contribuiu para destacar as ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida, além de ações clínicas, o que foi fundamental dentro do processo de transição epidemiológica vivenciado no século XX, com as doenças crônico-degenerativas ocupando um lugar de destaque. Dessa maneira, a promoção da saúde, além de se associar a medidas preventivas, passou a englobar a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

Contudo, neste contexto eles igualam a promoção de saúde e a prevenção de doenças, quando as conceituam, como ação de prevenção primária.

Atualmente a abordagem para a promoção da saúde é mais ampla e abrangente, identificando e abordando o processo saúde/doença a partir dos macrodeterminantes, buscando transformar favoravelmente a orientação de saúde dos cidadãos. Em contraponto, o foco da prevenção de doenças é que os indivíduos permaneçam isentos delas, considerando que a saúde é meramente a ausência de doença, sem atentar para o bem-estar subjetivo da população (BADR et al., 2014).

A prevenção é mais direcionada para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou conjuntos de fatores que causam doenças, tendo como base a doença e os mecanismos para atacar os fatores que a geram. Já a promoção da saúde visa modificar as condições de vida da população para que eles tenham uma vida digna e adequada, transformando os processos de tomada de decisões

individuais e coletivas com o intuito de empoderá-los para uma melhor qualidade de vida e bem-estar (BADR et al., 2014).

Nesta direção a Carta de Ottawa traz um dos primeiros conceitos amplos de promoção da saúde:

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p.1).

Este termo passou a ser então associado a um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, tornando os indivíduos atuantes no controle deste processo de melhoria da qualidade de vida (SILVA et al., 2014).

O conceito de qualidade de vida por ser positivo e inclusivo se encaixa bem na promoção da saúde, e possivelmente, por esta razão foi incluído na Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde (ROOTMAN et al., 2012).

Nesta linha de pensamento existem conceitos diferentes para a "promoção da saúde" e muita confusão entre eles. Pode ser conceituada como um discurso sobre o lugar da saúde nas sociedades e como uma área especializada de intervenção no campo mais amplo da saúde pública (ROOTMAN et al., 2012).

Sendo que um dos fatores que define a promoção da saúde é o seu foco na mudança planejada de estilos e condições de vida, a partir da capacidade de acesso, compreensão, avaliação e comunicação de informações, promovendo, mantendo e melhorando a saúde em uma

variedade de configurações de todo o curso de vida, gerando um impacto sobre a saúde (ROOTMAN et al., 2012).

Outro fator importante é o empoderamento das populações, que garante aos indivíduos e às comunidades a capacidade de assumir o poder a que têm direito, sendo um mecanismo para a redução das desigualdades e uma meta fundamental da promoção da saúde (ROOTMAN et al., 2012).

Segundo Andermann (2013), as pessoas não vivem com o único objetivo de serem saudáveis, mas alimentam o desejo de ser saudável para ter condições de buscar outros objetivos na vida, como criar uma família, promover uma carreira, fazer a diferença no mundo, ganhar dinheiro e aproveitar a vida, deixando um legado para o futuro e assim por diante, contribuir a nível social, para um maior crescimento econômico, o desenvolvimento humano, a paz e a segurança, mostrando que a saúde tem um inerente valor instrumental, tanto para os indivíduos quanto para a sociedade.

Neste aspecto, a promoção da saúde na comunidade se interliga com a participação popular quando os esforços dos cidadãos possibilitam alcançar políticas que proporcionem melhores condições de saúde e um maior benefício para a população, incluindo saneamento, programas educativos, ambiente físico, nutrição, imunização, assim como baixos índices de taxas de mortalidade (MOURA et al., 2013).

Para influenciar comportamentos de saúde de uma população, é necessário tomar medidas sobre estas influências mais amplas, deixando de culpar o indivíduo por não fazer escolhas saudáveis, resultando em problemas de saúde, quando na verdade é preciso mudar o ambiente social e físico em que ele está inserido para fazer das escolhas saudáveis, as escolhas fáceis. No entanto ainda há muito mais a ser feito na atuação sobre os determinantes sociais de saúde. É preciso continuar a desenvolver estratégias novas e inovadoras para melhorar a saúde da população (ANDERMANN, 2013).

Neste sentido, a promoção da saúde reforça o conceito dos determinantes sociais da saúde, entendendo que estes impactam favoravelmente a qualidade de vida das populações, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e fortalecendo os processos políticos e sociais que permitem a transformação dos determinantes estruturais que reafirmam os princípios do SUS (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

4.2.1 Contexto Histórico da Promoção da Saúde no Brasil

A política atual de saúde do Brasil é fruto do amplo debate desencadeado pelo movimento da reforma sanitária que trouxe mudanças no setor saúde, a começar pela incorporação do conceito ampliado de saúde, que tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água e habitação), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda e educação), fatores biológicos (idade, sexo e herança genética) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, que foi promulgada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Até meados dos anos 80, no Brasil, a saúde era predominantemente médico-assistencial-privatista e aos poucos foi tendo esta abordagem mais pluralista, intensificando-se com o Movimento pela Reforma Sanitária e culminando em propostas alternativas de assistência à saúde. Estas novas propostas foram influenciadas, principalmente, pela concepção ampliada de saúde definida na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, na cidade de Alma-Ata na Rússia, que ganhou força no Brasil em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (KLEBA et al., 2012).

Neste contexto de críticas e de defesa de direitos, a Constituição Federativa do Brasil promulgada em 1988 trouxe importantes mudanças: aprovou a saúde como direito universal e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) inspirado nos princípios da política de Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 1988). O SUS, definido na Constituição Federal, foi regulamentado em 1990, através da Lei 8.080 e Lei 8.142, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde, que definiram a organização e o funcionamento do sistema (BRASIL, 1990).

Desde então, a saúde dos brasileiros passou por mudanças expressivas na organização, no financiamento e na oferta de serviços de saúde. Isto aconteceu, especialmente na Atenção Primária à Saúde, através da implementação de programas estratégicos e inovadores que visam atender aos pressupostos e diretrizes do SUS (PINTO, et al., 2012).

Neste contexto, logo no início dos anos 90, o Estado se deparou com o rápido avanço da urbanização, que gerou imensos aglomerados urbanos, acarretando em uma crescente demanda nos sistemas de alta complexidade (hospitais). A partir disto, surge a necessidade de se conceber um sistema que suprisse pelo menos em parte esta demanda, criou-se então o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

em 1991, e posteriormente em 1994, o Programa Saúde da Família que atualmente é chamado de Estratégia Saúde da Família (VIACAVA, 2012).

É importante destacar que devido a estas grandes mudanças nas políticas de saúde do país, para reforçar este movimento o Ministério da Saúde definiu em 2006, a Agenda de Compromisso pela Saúde, agregando três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão.

Dentre as macroprioridades do Pacto pela Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física; de hábitos saudáveis; de alimentação e vida; o controle do tabagismo; o controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

A partir destes preceitos, considerando a necessidade de implantação de diretrizes e ações para a promoção da saúde, surge a Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, que foi reformulada em 2014, com o objetivo de promover à qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde da população. Seu processo de construção e de implantação, nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade, provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde no país (BRASIL, 2014).

Essas mudanças têm o intuito de incorporar as práticas de promoção da saúde no cotidiano de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, consolidando a visão ampliada de cuidado em saúde. Nota-se, portanto que a compreensão das equipes quanto à promoção da saúde necessita ser mais desenvolvida, ultrapassando a ação e concepção unicamente biológica, do processo saúde e doença.

Em consonância com estes ideais e visando dar subsídio para as demais políticas de saúde, no mesmo ano de criação da Política Nacional de Promoção da Saúde o governo brasileiro cria a Política Nacional de Atenção Básica que foi reafirmada em 2012, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária à Saúde, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Essa política caracteriza a Atenção Primária como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL,2012).

A Atenção Primária à Saúde traz o cuidado essencial à saúde, em todos os estágios do desenvolvimento humano, levando aos indivíduos o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Tem como enfoque o desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo parte integral do sistema de saúde através de um processo contínuo de assistência à saúde (OMS, 1978). É importante que o Estado priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, investindo fortemente em políticas públicas de saúde.

Neste contexto da Política Nacional de Atenção Básica e dos princípios da Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída para proporcionar acessibilidade à saúde e formular ações voltadas ao coletivo, consolidando-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da APS Brasileira, que até hoje se encontra em constante processo de aprimoramento, de acordo com as necessidades e perfil populacional de cada área, onde está inserida.

A Estratégia Saúde da Família, baseada nos preceitos desta política, pode ser referência para a implantação de ações voltadas para a promoção da saúde. Neste cenário, há um grande dinamismo entre a equipe de saúde e a comunidade, através de uma abordagem coletiva e direcionada para a promoção, prevenção de doenças e educação em saúde, considerando os determinantes sociais. A Saúde da Família, como uma estratégia integrante da Atenção Primária, viabiliza a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de 6 a 8 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2012).

Visando o aprimoramento da Atenção Primária e de dar uma melhor assistência para a população em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF surge com o objetivo de aumentar a abrangência das ações de atenção primária,

dando suporte e complementando o serviço das equipes de Saúde da Família, oferecendo maior respaldo, resolubilidade e integralidade ao SUS, aumentando a responsabilidade dos ACS em vincular a comunidade ao sistema de saúde.

Ele é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que visam à busca de um modelo de atenção mais humanizado, integral e de responsabilização dos profissionais e usuários, observando as necessidades de uma pessoa no seu âmbito integral (RIBEIRO et al., 2013).

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento do trabalho em equipe multiprofissional. Visa o desenvolvimento de ações coletivas centradas na promoção da saúde, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social se concretizem, produzindo saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante (FRIGO, 2012).

Segundo a Portaria GM n. 154, de 24 de Janeiro de 2008, (republicada em 04 de Março de 2008), os NASF deverão desenvolver ações em conjunto com as equipes de Saúde da Família de acordo com as necessidades e realidade local, definindo-o como:

“Equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado” (BRASIL, 2008).

Existem duas modalidades de NASF:

O NASF 1 que é composto por no mínimo cinco profissionais - Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional – e deve desenvolver ações junto a, no mínimo, 08 equipes de saúde da família.

O NASF 2, para municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes - Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico;

Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional - que devem desenvolver ações junto a, no mínimo, 3 equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

Para todas as profissões citadas acima, o desafio principal consiste em criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS. Ocorre que esse trabalho em equipe, para a maior parte dos profissionais, muitas vezes não é focado na graduação e deverá ser aprendido no cotidiano da produção das ações de saúde, na imersão no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece (FRIGO, 2012).

Segundo o Ministério da saúde (2008), o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS (Atenção Primária à Saúde), a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

Com toda essa evolução histórica na saúde do país, nota-se que com a criação do SUS, a saúde brasileira vem evoluindo em direção à humanização e que os princípios éticos norteadores do sistema são estruturados de forma a atender a população em sua integralidade.

Por outro lado, o modelo biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos da saúde, seguindo um modelo de atenção e cuidado marcado pela centralidade na doença. É relevante se pensar em novas maneiras de se trabalhar em prol da saúde da população, considerando a singularidade, a complexidade e o ambiente sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos. Nesta direção, a Atenção Primária à Saúde aponta mudanças desse paradigma biomédico e direciona as ações de saúde na perspectiva da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mediante o desenvolvimento de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas (PINTO, et al., 2012).

4.3 Determinantes sociais da saúde e sua articulação com a promoção da saúde

Um dos acontecimentos que alavancou a discussão sobre determinantes da saúde aconteceu em 1974, em Ottawa, quando o então Ministro da Saúde, Marc Lalonde, apresentou o informe “Novas

Perspectivas de Saúde dos Canadenses”, conhecido como relatório Lalonde. Este documento questionou a exclusividade do paradigma biomédico na resolução dos problemas de saúde e é considerado um marco na introdução do tema, tendo ampla repercussão na saúde pública (SCHÜTZ; TAMBELLINI, 2009).

No documento citado acima não são feitas distinções entre os conceitos de “Determinação Social da Saúde” e “Determinantes Sociais da Saúde”, porém é importante destacar que apesar de muitos estudos apresentarem estes dois termos como sinônimos existem distintas abordagens relacionadas a estes conceitos.

O conceito de determinação social da saúde ou produção social da saúde surge a partir da constatação da lógica capitalista na medicina e vai contra o Estado autoritário e o modelo excludente e discriminatório, levantando a questão da sua responsabilidade. Contestam a medicina clínica de enfoque biologicista com abordagem médico curativista, as práticas que não consideram os determinantes estruturais e a sociedade capitalista com sua lógica de transformação da saúde em objeto de lucro (CEBES, 2010).

Em contraposição a esta ideia, os determinantes sociais da saúde (DSS) são pautados em uma forte justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrada no papel da política de redução da desigualdade, se distanciando do discurso tradicional da saúde que se pauta no indivíduo (JACKSON et al., 2013).

As principais divergências observadas nestas duas linhas de estudos apontam para a análise da sociedade, na qual o referencial da determinação opera com crítica ao modo de produção vigente e os determinantes centram-se no que é produzido pela sociedade, ou seja, a pobreza, a desigualdade, o desemprego, e demais expressões da questão social. Em relação às teorias sociais vinculadas, a perspectiva da determinação está explicitamente perfilada ao referencial marxista que não se encontra no enfoque do DSS (CEBES, 2010).

É importante destacar que neste estudo serão apresentadas a bases teóricas dos determinantes sociais da saúde que tem o foco no coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendendo o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades – *empowerment* (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Destaca-se que desde 1989 já se discute mundialmente o fato de que as melhorias na nutrição, no saneamento e as modificações nas

condutas da reprodução humana foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade no século XIX. E na primeira metade do século XX, notou-se também que as intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia tiveram influência tardia e de menor importância relativa na saúde da população (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

E neste contexto, Dalhgren e Whitehead em (1991), como ilustrado na (Figura 2), evidenciam os determinantes sociais da saúde a partir de cinco níveis interdependentes que atuam direta e indiretamente sobre o processo saúde/doença da população. No nível mais externo desse modelo que é referente as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, estão os macrodeterminantes; no nível subsequente, os determinantes intermediários como função das condições de vida e de trabalho, representados pelo acesso aos serviços públicos, educação, habitação, saneamento, saúde, produção de alimentos, emprego e renda. A partir deste nível estão os determinantes associados aos estilos de vida individuais, situados na fronteira dos microdeterminantes sociais, compreendidos por fatores hereditários, idade e gênero. Esta compreensão do processo saúde/doença decorre da análise dos micro e macro determinantes e suas formas de correlação e mediação, atribuindo ao contexto social as chamadas doenças não transmissíveis, como as que se relacionam ao âmbito ocupacional.

Figura 2 - Modelos de determinantes sociais da saúde.



Fonte: Dalhgren e Whitehead(1991), adaptado pela CNDSS (2015).

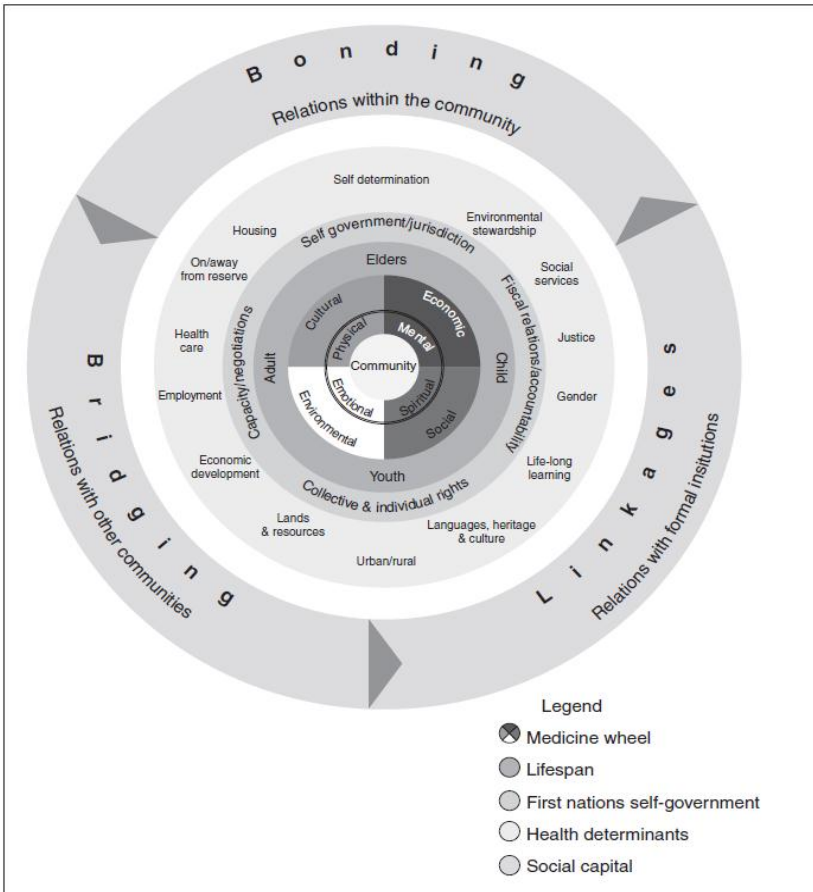
Desde que as desigualdades na saúde têm crescido, o foco principal da investigação sobre as causas da saúde precária das populações está voltado para os DSS, deixando de ser uma abordagem baseada nos fatores de risco. Acredita-se que para melhorar os resultados de saúde, é necessário compreender os fatores que levam a más condições de saúde e intervir de forma eficaz (ANDERMANN, 2013).

Segundo Andermann (2013), a melhoria da saúde da população requer mais do que abordar os problemas a nível biológico, pela prescrição de uma medicação ou realizando cirurgias, é necessário também tratar as dimensões emocional, social e espiritual que são invariavelmente associadas com os problemas de saúde.

Para Pereira et al. (2013), os determinantes gerais sobre as condições de saúde caracterizam a promoção da saúde atual através do entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável.

Ampliando o conceito de determinantes sociais da saúde, Andermann (2013) afirma que a saúde deve ser explorada de diferentes ângulos e perspectivas a partir de um conceito holístico e multidimensional, como ilustrado na (Figura 3), onde a autora representa no centro do círculo a comunidade. No elo seguinte, os fatores mentais, espirituais, emocionais e físicos dos indivíduos seguido dos fatores econômicos, ambientais, sociais e culturais. No próximo elo a idade dos sujeitos, seguido da capacidade de se autorregular e se relacionar dentro desta comunidade também são representados no círculo como determinantes que impactam positivamente, ou negativamente, a saúde desta população. No nível mais externo as ligações que representam as relações dentro da comunidade, a construção de pontes a partir da relação com outras comunidades e a articulação do sistema a partir das relações com as instituições formais.

Figura 3 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional.



Fonte: ANDERMANN, 2013.

A integração das abordagens da promoção e dos determinantes sociais pode contribuir para melhorar a compreensão e o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde, porém em alguns momentos estes foram entendidos como ideias diferentes na busca pela equidade social, existem inúmeros esforços para gerar um consenso internacional sobre como enfrentar os determinantes sociais da saúde que se apresentam como uma excelente oportunidade para integrar, teoricamente e

politicamente, os determinantes sociais e a promoção da saúde (JACKSON, 2013).

Uma estratégia chave para aproximar as definições da PS e os DSS é envolver vários setores e passar do nível individual para o coletivo e realizar esforços políticos para mudar as forças que produzem e reproduzem as desigualdades na saúde e bem-estar da população, visto que ambos abraçam as abordagens de gestão participativa e estão preocupados com a justiça social e equidade (JACKSON, 2013).

É importante dar mais ênfase na mobilização da comunidade, a construção de políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis, o que constitui um avanço radical nos tipos de estratégias que podem ser utilizadas para melhorar a saúde. Muitos países têm um pequeno grupo de pessoas - a elite dominante - que controlam a maior parte da riqueza do país. Dado esse desequilíbrio, não é surpreendente que a estabilidade política é muitas vezes fugaz (ANDERMANN, 2013).

Porém, as democracias sociais que verdadeiramente servem os seus cidadãos, proporcionando-lhes direitos econômicos, sociais e políticos, que inclui uma série de redes de segurança de proteção social, como cobertura universal de saúde com financiamento público e seguro-desemprego, são mais bem preparadas para promover a saúde e reduzir as desigualdades, o que por sua vez, contribui para uma maior estabilidade política (ANDERMANN, 2013).

A promoção da saúde oferece muita sabedoria sobre como trabalhar em ambientes favoráveis, aproveitando o interesse público e social, ativando movimentos da sociedade civil e ações comunitárias. Os determinantes sociais de saúde em contrapartida oferecem uma sólida base epidemiológica para a equidade, dando especial atenção às populações mais vulneráveis, centrando-se no curso da vida e enfatizando a política e mudança social. As sinergias entre a PS e os DSS podem ser alcançadas através da implantação de abordagens abrangentes em várias configurações e setores, trabalhando em diferentes níveis de gestão e com a participação democrática das partes interessadas, usando múltiplos pontos de entrada para abordar a desigualdade (JACKSON, 2013).

O planejamento de saúde implica num melhor entendimento das necessidades da população, escolhendo estratégias apropriadas para abordar problemas de saúde, bem como estimar se as estratégias implementadas foram efetivas na melhoria da saúde, escolhendo um complemento apropriado destas que abordem os problemas de saúde prioritários e estejam bem adaptados ao contexto local (ANDERMANN, 2013).

Olhando para o futuro, um veículo ideal para integração da PS e dos DSS é a aplicação do conceito "Saúde em Todas as Políticas", com seu foco no engajamento das partes interessadas a nível individual, da comunidade, e político, oferecendo a oportunidade para reforçar a importância de uma melhor fundamentação em direitos humanos, podendo contribuir para a base de evidências das bases da justiça social, garantindo melhores condições de saúde e equidade em saúde (JACKSON, 2013).

Os determinantes sociais de saúde devem ser vistos como pontes para a PS e por este motivo é importante considerar o que determina a saúde de uma população e a partir disto pensar em ações que impactem positivamente a qualidade de vida desta comunidade, utilizando a participação popular como ferramenta de empoderamento e reduzir os determinantes que influenciam negativamente a saúde local.

Com este olhar os setores que prestam serviços à sociedade precisam trabalhar intersetorialmente na perspectiva de rede, influenciando nos determinantes a partir da visão ampliada da promoção da saúde.

5 METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo, foi adotada uma abordagem qualitativa, na forma de uma pesquisa exploratória descritiva, dentro da fundamentação teórica da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde. De acordo com Minayo (2010), a metodologia consiste no caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem de uma realidade. É a metodologia que distingue a forma com que muitas vezes um tema é abordado.

5.1 Local de estudo

O Estudo foi realizado em um serviço de Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis, o município possui aproximadamente 461.524 mil habitantes, segundo dados do IBGE (2015) e conta com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.847, posicionando-se em primeiro lugar no Estado e o quarto no ranking nacional (ONU, 2013).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o sistema organizacional da Atenção Primária é composto por 49 Unidades de Saúde, subdivididas em cinco distritos sanitários, que se responsabilizam pela administração da rede em nível regional: Continente, Centro, Leste, Norte e Sul.

Atualmente, a Rede Municipal conta com 121 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo 17, no Distrito do Centro; 30, no Distrito do Continente; 22, no Distrito Leste; 26, no Distrito do Norte; e 26, no Distrito do Sul, como ilustrado no (Quadro 1):

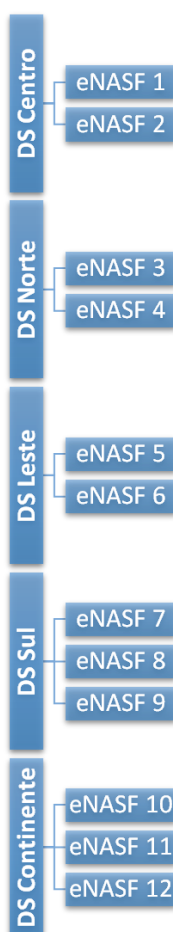
Quadro 1 - Apresentação dos Distritos Sanitários segundo o número de eSF.

DS Centro		DS Leste		DS Continente		DS Norte		DS Sul	
Unidade de Saúde	eSF	Unidade de Saúde	eSF	Unidade de Saúde	eSF	Unidade de Saúde	eSF	Unidade de Saúde	eSF
Agrônômica	04	Pantanal	02	Vila Aparecida	01	<u>Canasvieiras</u>	05	Fazenda do Rio Tavares	02
Prainha	03	Costa da Lagoa	01	Balneário	02	Ponta das Canas	01	Costeira do Pirajubaé	03
Monte <u>Serrat</u>	03	Córrego Grande	01	Capoeiras	03	Ratones	01	Saco dos Limões	03
Trindade	04	Saco Grande	06	Sape	02	Rio Vermelho	04	<u>Ribeirão da Ilha</u>	01
Centro	03	Barra da Lagoa	02	<u>Abrão</u>	03	Santo Antônio de Lisboa	02	<u>Carianos</u>	02
		Canto da Lagoa	01	Novo Continente	04	Vargem Grande	01	Campeche	02
		<u>Itacorubi</u>	03	Jardim Atlântico	01	Vargem Pequena	01	Tapera	04
		João Paulo	02	Monte Cristo	05	Cachoeira do Bom Jesus	02	<u>Caeira da Barra do Sul</u>	01
		Lagoa	03	<u>Coloninha</u>	03	Ingleses	06	Alto Ribeirão	01
				Estreito	03	<u>Jurerê</u>	01	Armação	02
				Coqueiros	03	Santinho	02	Morro das Pedras	02
						Rio Tavares	02		

Fonte: CNES, 2015

Existem 12 NASF implantados, que oferecem cobertura para todas as equipes de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários do Município. Cada NASF em Florianópolis é composto por: farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, psiquiatra, profissional de educação física, nutricionista, psicólogo e pediatra.

Figura 4 - Apresentação dos Distritos Sanitários segundo o número de eNASF.



Fonte: a autora, 2015.

A coleta dos dados ocorreu nas unidades de Atenção Primária à Saúde: Trindade, Armação, Saco Grande, Monte Cristo e Ingleses, que foram selecionadas por ter o maior número de equipes do Distrito Sanitário ou sorteadas caso houvesse mais de uma unidade que possuíam o maior número de equipes de Saúde da Família – eSF no mesmo Distrito Sanitário. Outro critério de seleção foi a existência de atuação de equipes do NASF. A partir desta seleção foi realizado o sorteio de uma equipe de cada Unidade de Saúde para participar das entrevistas e a equipe do NASF SUL 1.

5.2 Entrada de campo

Realizou-se contato com o coordenador das Unidades de Saúde previamente selecionadas, que indicaram as equipes de ESF para realização das entrevistas. Foram marcadas data e hora para a entrevista com cada profissional. O contato com alguns destes foi facilitado pelo conhecimento prévio que se tinha dos mesmos devido a realização do estágio docência pela pesquisadora, estabelecendo assim um vínculo positivo.

5.3 População

Participaram deste estudo 25 profissionais das Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Florianópolis (Quadro 2). Cinco coordenadores de cada Unidade de Saúde, sendo um coordenador de cada unidade de saúde e três profissionais de nível superior de cada equipe de Saúde da Família selecionada, a saber, um médico, um enfermeiro e um odontólogo que se manifestaram favoráveis a realizar a entrevista e cinco integrantes da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (assistente social, farmacêutico, nutricionista, pediatra e fisioterapeuta) que concordaram em participar do estudo.

Quadro 2 - Caracterização dos participantes.

Distrito Sanitário (DS)	Unidade de Saúde (US)	Categoria	Codinome
DS - A	US - 1	Profissional da equipe ESF	Morango
DS - A	US - 1	Profissional da equipe ESF	Gema
DS - A	US - 1	Profissional da equipe ESF	Jasmim
DS - A	US - 1	Coordenador da Unidade	Praia
DS - A	NASF	Profissional da equipe NASF	Azaleia
DS - A	NASF	Profissional da equipe NASF	Azul
DS - A	NASF	Profissional da equipe NASF	CR
DS - A	NASF	Profissional da equipe NASF	CV
DS - A	NASF	Profissional da equipe NASF	Margaridal
DS - B	US - 2	Profissional da equipe ESF	Maria
DS - B	US - 2	Profissional da equipe ESF	Amanda
DS - B	US - 2	Profissional da equipe ESF	Mariana
DS - B	US - 2	Coordenador	Criciúma
DS - C	US - 3	Profissional da equipe ESF	Laranja
DS - C	US - 3	Profissional da equipe ESF	Margarida2
DS - C	US - 3	Profissional da equipe ESF	Leni
DS - C	US - 3	Coordenador	Saúde
DS - D	US - 4	Profissional da equipe ESF	Orquidea
DS - D	US - 4	Profissional da equipe ESF	DL
DS - D	US - 4	Profissional da equipe ESF	Orquidea2
DS - D	US - 4	Coordenador	Dona Violeta
DS - E	US - 5	Profissional da equipe ESF	Clara
DS - E	US - 5	Profissional da equipe ESF	PED
DS - E	US - 5	Profissional da equipe ESF	GE
DS - E	US - 5	Coordenador	Asma

Fonte: Elaborado pela autora com base em entrevistas realizadas nas Unidades de Saúde de Florianópolis, 2015.

5.4 Coleta de dados

Realizou-se entrevista semiestruturada com os profissionais da Atenção Primária nos meses de julho a outubro de 2015. A escolha da entrevista semiestruturada se tornou relevante por valorizar a presença do investigador e oferecer perspectivas aos entrevistados para que demonstrassem liberdade e espontaneidade, e os discursos enriquecerem a pesquisa (TRIVIÑOS, 2008).

No dia da entrevista foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), formalizando a entrevista.

A maioria das entrevistas foi realizada em um consultório das Unidades de Saúde, ou seja, no local de trabalho dos profissionais, em ambiente privativo e silencioso, com data e horário marcados previamente com o entrevistador. A duração das entrevistas foi em média de 30 minutos. As que tiveram interferências por causa do processo de trabalho demoraram além desse tempo. A coleta foi realizada pela pesquisadora e pela bolsista de iniciação científica do grupo de pesquisa ao qual a pesquisadora é integrante, registrada em audiogravador e, posteriormente, transcrita para análise dos dados. Foram utilizadas questões guias, sendo um instrumento direcionado ao coordenador (APÊNDICE C) e o outro para os profissionais (APÊNDICE D).

Os instrumentos contêm duas partes: a primeira, questões sobre o perfil profissional e a segunda, perguntas semiabertas sobre as atividades desenvolvidas. Os temas contidos no instrumento dos profissionais são: formação em promoção da saúde, atividades relacionadas à promoção da saúde e aos determinantes sociais da saúde. No instrumento para os coordenadores, as atividades de financiamento, planejamento e execução das práticas de promoção da saúde.

5.5 Análise dos Dados

O processo analítico se deu a partir da estratégia da análise temática de Minayo (2010), que frequentemente é usada em pesquisa qualitativa. Existem diferentes tipos de análise de conteúdo: de expressão, das relações, de avaliação, de enunciação e categorial temática. Dar-se-á destaque a esta última. A análise temática funciona em etapas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior, e comporta dois momentos: do inventário ou isolamento dos elementos e da classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos (MINAYO, 2010).

Essa análise dos dados se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação (MINAYO, 2010). O objetivo dessa análise foi oferecer o entendimento de como os profissionais compreendem e aplicam as práticas de promoção da saúde. O primeiro momento da análise foi a transcrição fiel das entrevistas gravadas, leituras e releituras do material coletado e organização dos dados. As transcrições foram armazenadas em seis pastas de arquivos do serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”, organizadas pelo nome do Distrito Sanitário ou NASF. Esses

documentos contemplam as falas dos sujeitos entrevistados, coletadas no campo de investigação e também duração da entrevista, horário da entrevista, local da entrevista.

Nesse primeiro movimento de pré análise, objetivou-se estabelecer a primeira classificação dos dados. A partir disso, organizaram-se as informações com base nos objetivos que nortearam a pesquisa, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos. Após a leitura exaustiva do material transcrito das entrevistas, capturaram-se as ideias centrais do tema em questão que consistiu na exploração do material (APÊNDICE E). Os temas foram formados com base no sentido principal das perguntas feitas pela pesquisadora, num total de seis relacionados ao instrumento dos profissionais: formação profissional para a atuação na promoção da saúde, práticas de promoção da saúde realizadas, facilidades para realizar as práticas de promoção da saúde, dificuldades para realizar as práticas de promoção da saúde, atuação sobre os determinantes sociais da saúde e resultados. E quatro relacionados ao instrumento dos coordenadores das unidades: formação do coordenador para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde, organização das atividades de promoção da saúde nas unidades de Atenção Primária, a intersetorialidade na organização das práticas de promoção da saúde e resultados esperados acerca das práticas de promoção da saúde realizadas nas unidades.

Nesta etapa de exploração do material, foi estabelecido um código de siglas e números que representavam as iniciais da unidade e o codinome escolhido pelo entrevistado em cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais em 10 planilhas no serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”. Relacionando as entrevistas, com cada tema central, confrontaram-se as diferentes falas.

Com a definição dos temas, no terceiro momento (APÊNDICE F), foi desenvolvida a análise final dos dados com base na construção dos seis temas centrais que foram analisados e discutidos à luz da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde.

5.6 Procedimentos éticos

Os aspectos éticos se iniciaram antes da entrada em campo, pois a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo cumpridas as determinações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

A ética evidencia o respeito ao ser humano e a busca da cidadania. Qualquer pesquisa que envolve seres humanos deve respeitar a dignidade destes e a valorização da vida. Um dos compromissos na investigação é o de declarar a proteção dos direitos humanos, explicitando as diretrizes éticas e legais que conduzem o seu desenvolvimento. Foram mantidas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, respeitando-se a relação pesquisador e participante, mantendo-se o anonimato deste e utilizando-se a identificação das falas dos participantes por meio de códigos, além de preservação do acervo sob cuidados do pesquisador.

Foi justificado a cada integrante da pesquisa que sua participação ocorreria de uma forma espontânea e que a possível recusa, ou não adesão, não implicaria qualquer prejuízo ou constrangimento. Essas gravações foram usadas somente para fins de estudos acadêmicos, preservando o anonimato e a imagem de cada participante.

Enfatizou-se o respeito ao sigilo, e à ética e o anonimato foi mantido através do uso de codinomes selecionados pelos próprios entrevistados e as unidades foram identificadas por códigos de letras e números. A pesquisa não trouxe riscos ou danos à integridade física ou situação constrangedora, porém caso trouxesse à tona sentimentos e emoções relacionadas às condições de trabalho, estava-se à disposição para dar os devidos cuidados e encaminhamentos.

A pesquisa foi submetida ao parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (ANEXO A) e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina CEP/SES sob o Parecer n. 1.053.016 (ANEXO B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões desta dissertação são apresentados na forma de quatro manuscritos, de acordo com a Instrução Normativa n. 10/PEN/2011, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Manuscrito 1: “Práticas de promoção da saúde na Atenção Primária: alcances e limites.

Manuscrito 2: “Práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais da Atenção Primária”

Manuscrito 3: “A atuação dos profissionais da Atenção Primária sobre a promoção da saúde: dialogando com os determinantes sociais da saúde.”

Manuscrito 4: “A atuação dos coordenadores das unidades de Atenção Primária acerca das práticas de promoção da saúde.”

6.1 **MANUSCRITO 2 – PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESENVOLVIDAS
PELAS
EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

**DEVELOPED BY THE HEALTH PROMOTION PRACTICES
TEAMS MULTIDISCIPLINARY OF PRIMARY.**

**DESARROLLADO POR LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE
LA SALUD
EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE PRIMARIA.**

Camilla Costa Cypriano¹
Ivonete Teresinha S. B. Heidemann²

RESUMO

A pesquisa buscou conhecer as práticas de promoção da saúde desenvolvidas por profissionais da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis/SC. Trata-se de estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa. Participaram 20 profissionais que trabalhavam nas Unidades de Saúde, no ano 2015. Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, e os dados foram avaliados a partir da análise temática de Minayo, discutidos à luz da literatura sobre a Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde. Os resultados indicaram que as práticas de Promoção da Saúde em sua maioria são desenvolvidas em grupos de educação em saúde e orientações sobre mudança de estilo de vida durante as consultas. Como facilidades foram apontadas o adequado processo de trabalho das equipes de saúde no município e o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde

¹ Enfermeira. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. E-mail: camillacypriano@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do NEPEPS. E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br.

da Família, que propicia condições estruturais e de vínculo com a comunidade. Como principais fatores que dificultam as práticas promotoras foi citada a demanda excessiva de usuários para consultas individuais e a falta de recursos humanos. Destaca a relevância da Promoção da Saúde na Atenção Primária, como forma de cuidado e estímulo à autonomia do indivíduo e da comunidade considerando os determinantes sociais da saúde.

DESCRITORES: Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Determinantes Sociais de Saúde. Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

The research sought to understand the health promotion practices developed by the primary health care professionals in Florianópolis - SC. It is a descriptive exploratory study of a qualitative nature. Attended by 20 professionals working in the health units in the year 2015. For data collection, we used a semi-structured interview, and the data were evaluated from the thematic analysis of Minayo, discussed in light of Health Promotion and Social Determinants Health. The results indicated that the health promotion practices are mostly developed in health education groups and guidance on change in lifestyle during consultations. Facilities have been identified as the appropriate work process of health teams in the city and the support of the Center for Support to Health, which provides structural conditions and to bond with the community. Main factors that hinder the promoters practices was cited excessive demand of users for individual consultations and the lack of human resources. Thus, this study highlights the importance of health promotion in primary care as a way to care and encouraging the autonomy of the individual and the community considering the social determinants of health.

KEYWORDS: Health promotion Health Strategy. Interdisciplinary team. Social Determinants of Health. Primary Health Care, Nursing.

RESUMEN

La investigación buscó comprender las prácticas de promoción de la salud desarrolladas por los profesionales de la atención primaria de la salud en Florianópolis / SC. Se trata de un estudio exploratorio

descriptivo de natureza qualitativa. Com a assistência de 20 profissionais que trabalham em las unidades de salud em el año 2015. Para la recolección de datos, se utilizó una entrevista semiestructurada, y los datos fueron evaluados a partir del análisis temático de Minayo, discutido a la luz de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales Salud. Los resultados indicaron que las prácticas de promoción de la salud se desarrollan principalmente en los grupos de educación de salud y orientación sobre el cambio en el estilo de vida durante las consultas. Instalaciones se han identificado como el proceso adecuado trabajo de los equipos de salud de la ciudad y con el apoyo del Centro de Apoyo a la Salud, que establece las condiciones estructurales y para vincularse con la comunidad. Principales factores que dificultan las prácticas promotores se citó la excesiva demanda de los usuarios para consultas individuales y la falta de recursos humanos. Por lo tanto, este estudio pone de relieve la importancia de la promoción de la salud en la atención primaria como una manera de cuidar y fomentar la autonomía del individuo y de la comunidad teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud Estrategia de Salud. Equipo interdisciplinario. Determinantes Sociales de la Salud. Atención Primaria de Salud, Enfermería.

INTRODUÇÃO

O conceito de promoção da saúde vem evoluindo ao longo do tempo. A percepção inicial, formulada por autores como Wislow (1920), Sigeriste (1946) e Leavell & Clark (1965), entendia a promoção da saúde como um estágio anterior de prevenção de doenças. As ações promotoras dos profissionais eram voltadas para evitar o surgimento de doenças específicas, adotando como estratégia a divulgação da informação e recomendações de mudanças de hábitos (GURGEL et al., 2011).

A Conferência de Alma Ata em 1978 sobre cuidados primários de saúde e as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, com destaque para a I Conferência Mundial, realizada na cidade de Ottawa, Canadá em 1986, foram responsáveis por difundir uma nova visão, relacionando à saúde com aspectos sociais, políticos, econômicos e ambientais da população (SILVA et al., 2014).

A partir desta conferência a promoção da saúde passa a ser compreendida como uma estratégia pela qual os indivíduos são

capacitados para ter maior controle sobre sua própria saúde, reconhecendo seus limites e objetivando a melhoria da qualidade de vida (OMS, 1986).

No Brasil, as inovadoras concepções sobre saúde, que originaram propostas articuladoras das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, nasceram com a Reforma Sanitária Brasileira, que se consolidou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), resultando na criação do Sistema Único de Saúde - SUS (GRACIETTI et al., 2014).

Desde então, o Brasil vem investindo na formulação e implementação de políticas de promoção da saúde, concentrando esforços na construção de um modelo de atenção que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, com destaque para a Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2006 e revisada em 2014, que propõe a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (DOWBOR; WESTPHAL, 2015).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta para a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF propõe a adoção de uma “nova visão” de construção social da saúde, considerando todos os determinantes sociais deste processo, com o objetivo de oferecer uma assistência de qualidade aos usuários deste serviço (SANTOS et al., 2014).

A ESF possibilita que as práticas de promoção da saúde possam ser trabalhadas pelas equipes de saúde a partir de ações que visam à ampliação da qualidade de vida da população, voltadas ao coletivo, proporcionando acessibilidade à saúde e atuando sobre as políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, consolidando-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da Atenção Primária à Saúde Brasileira, que até hoje se encontra em constante processo de aprimoramento, de acordo com as necessidades e perfil populacional de cada área, onde está inserida.

A atuação dos profissionais da ESF sobre as práticas de promoção da saúde torna necessária a substituição da prática de cura das doenças do modelo clínico e ampliação da capacidade de autonomia dos indivíduos, famílias e grupos para o alcance de objetivos pessoais de serem saudáveis e sociais e de agir no grupo para transformação social (LOPES et al., 2013).

Entretanto, para produzir saúde numa perspectiva de ampliar a qualidade de vida, é necessário rever os modos de organização dos

serviços de atenção à saúde e articular estratégias com outros setores, visando enfrentar as péssimas condições de vida vivenciadas por significativas parcelas da população. É importante que as equipes estabeleçam vínculo e criem laços de compromisso e corresponsabilidade com os usuários (GURGEL et al., 2011).

Diante deste contexto, este estudo tem o objetivo de conhecer as práticas de promoção da saúde desenvolvidas por profissionais da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis/SC e questiona quais práticas de promoção da saúde são desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, qualitativa. A fundamentação teórica adotada foi a da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais.

O local da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde, especificamente as Unidades de Saúde da Atenção Primária de Florianópolis/SC.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o sistema organizacional da Atenção Primária é composto por 49 Unidades de Saúde, subdivididas em cinco distritos: Continente, Centro, Leste, Norte e Sul.

Atualmente, a Rede Municipal conta com 121 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo 17, no Distrito do Centro; 30, no Distrito do Continente; 22, no Distrito Leste; 26, no Distrito do Norte ;e 26, no Distrito do Sul e 12 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que dão suporte às equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo duas equipes no Distrito do Centro, três equipes no Distrito do Continente, duas equipes no Distrito do Leste, duas equipes no Distrito Norte e três equipes no Distrito Sul.

Para distribuição de uma amostra igualitária, selecionaram-se cinco unidades de saúde, uma representante de cada Distrito Sanitário. Dentre as unidades dos Distritos Sanitários, foram selecionadas as que possuíam o maior número de equipes de Estratégia Saúde da Família e que houvesse atuação do NASF. Com o intuito de contemplar o maior número de profissões atuantes na Atenção Primária a Saúde do município foi sorteada uma equipe do NASF para integrar os participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, com questões guias: qual tipo de formação você

recebeu para realizar as atividades de promoção da saúde?; Quais práticas de promoção da saúde que você desenvolve com maior frequência?; Quais estratégias metodológicas você utiliza para realizar as atividades de promoção da saúde?; Na sua experiência, o que facilita e o que dificulta o trabalho com a promoção da saúde, nessa Unidade de Saúde?; Como você atua sobre os determinantes sociais de saúde?; Que resultados essas atividades de promoção da saúde geram na Unidade? E na comunidade?

As entrevistas ocorreram no período de julho a outubro de 2015, com duração aproximada de 30 minutos. Foram convidados a participar da pesquisa 22 profissionais das equipes de Saúde da Família e do NASF, sendo um médico, um enfermeiro e um odontólogo, selecionados pelo coordenador da unidade e sete profissionais (psicólogo, psiquiatra, nutricionista, pediatra, farmacêutico, fisioterapeuta e assistente social) atuantes no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), destes dois não participaram da pesquisa, um pelo motivo de afastamento por doença e outro por indisponibilidade de horário para responder a pesquisa, totalizando 20 entrevistados.

Todas as entrevistas foram realizadas no consultório da Unidade de Saúde, em ambiente privativo e silencioso, com data e horário marcados com a entrevistadora. Como critério de exclusão, consideraram-se os profissionais que se encontravam de férias, afastamento por motivo de doença ou estavam em reuniões ou atendendo em outras unidades no momento da entrevista.

Estas foram registradas em gravador de áudio e, após leitura fluente, posteriormente transcrita. Para a análise dos dados, valeu-se da análise de temática proposta por Minayo (2010), que se desdobra em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação.

A pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados; dessa maneira, no primeiro momento foi efetuada a transcrição fiel das entrevistas gravadas, leituras e releituras do material coletado e organização dos dados. As transcrições foram armazenadas em seis pastas de arquivos do serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”, organizadas pelo nome do Distrito Sanitário ou NASF. Esses documentos contemplam as falas dos sujeitos entrevistados coletadas no campo de investigação e também duração da entrevista, horário e local da mesma.

Nesse primeiro movimento, objetivou-se estabelecer a primeira classificação dos dados. Organizaram-se as informações com base nos objetivos que nortearam a pesquisa, procurando estabelecer uma

primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos. A seguir, partiu-se para a exploração do material.

Após a leitura exaustiva do material transcrito das entrevistas, capturaram-se as ideias centrais do tema em questão. Os temas centrais foram formados com base no sentido principal das perguntas feita pela pesquisadora, num total de três: práticas de promoção da saúde realizada pelos profissionais; facilidades para realizar as práticas de promoção da saúde e dificuldades para realizá-las, buscando evidenciar as ações de Promoção da Saúde dos profissionais na Atenção Primária.

Com a definição dos temas, seguimos para a terceira etapa, tratamento dos resultados, na qual foi estabelecido um código de siglas e números que representavam as iniciais da unidade e o codinome escolhido pelo entrevistado em cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais em quatro planilhas no serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”. Relacionando as entrevistas, com cada tema central, confrontaram-se as diferentes falas.

No terceiro momento, foi desenvolvida a análise final dos dados com base na construção dos três temas centrais que foram analisadas e discutidas à luz da Promoção da Saúde de acordo com as ações da Carta de Ottawa.

A operacionalização da pesquisa teve início somente após o Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina CEP/SES sob o Parecer n. 1.053.016. Em conformidade com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos, foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Para manter o sigilo sobre os participantes, os mesmos foram denominados por codinomes escolhidos por eles próprios. Estes foram esclarecidos sobre a importância do estudo e o termo de consentimento foi assinado.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo cinco enfermeiros, cinco médicos e cinco odontólogos que atuavam nas cinco unidades de saúde selecionadas e cinco profissionais da equipe NASF 7 do Distrito Sanitário Sul, sendo um assistente social, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista e um pediatra. A faixa etária dos participantes variou de 24 a 54 anos, sendo que a maioria deles (17) tinha de 24 a 39 anos de idade. O tempo de formação foi de um ano a 30

anos, com maior parte dos profissionais (16) com três a 15 anos. O tempo de atuação na Atenção Primária se estendeu de seis meses até 30 anos, sendo que a maioria (17) possuía entre dois e 14 anos de experiência na ESF. O tempo de atuação na US variou de seis meses a 10 anos. A maioria (11) atuava de seis meses a três anos na US e, dentre os entrevistados, apenas dois possuíam outro vínculo empregatício além da ESF (Quadro 1).

Quadro1 - Caracterização dos participantes.

Distrito Sanitário (DS)	Unidade de Saúde (US)	Codinome	Idade	Tempo de Formação	Atuação na Atenção Primária	Atuação na US	Dedicação Exclusiva
DS - A	US - 1	Morango	27	1 ano	6 meses	6 meses	Sim
DS - A	US - 1	Gema	42	17 anos	15 anos	6 anos	Sim
DS - A	US - 1	Jasmim	24	3 anos	2 anos	1 ano	Sim
DS - A	NASF	Azaleia	28	3 anos	2 anos	1 ano	Sim
DS - A	NASF	Azul	25	1 ano	6 meses	6 meses	Sim
DS - A	NASF	CR	33	11 anos	3 anos	3 anos	Não
DS - A	NASF	CV	34	10 anos	1 ano	1 mês	Sim
DS - A	NASF	Margarida1	54	30 anos	30 anos	6 meses	Não
DS - B	US - 2	Maria	26	3 anos	3 anos	4 meses	Sim
DS - B	US - 2	Amanda	35	11 anos	11 anos	2 anos	Sim
DS - B	US - 2	Mariana	29	4 anos	4 anos	2 anos	Sim
DS - C	US - 3	Laranja	44	15 anos	9 anos	9 anos	Sim
DS - C	US - 3	Margarida2	28	5 anos	2 anos	2 anos	Sim
DS - C	US - 3	Leni	39	15 anos	14 anos	1 mês	Sim
DS - D	US - 4	Orquidea	38	11 anos	11 anos	10 anos	Sim
DS - D	US - 4	DL	39	15 anos	14 anos	3 anos	Sim
DS - D	US - 4	Orquidea2	29	7 anos	6 anos	2 anos	Sim
DS - E	US - 5	Clara	34	8 anos	7 anos	5 anos	Sim
DS - E	US - 5	PED	35	7 anos	5 anos	4 anos	Sim
DS - E	US - 5	GE	32	7 anos	2 anos	5 meses	Sim

Fonte: Elaborado pela autora com base em entrevistas realizadas nas Unidades de Saúde de Florianópolis, 2015.

Após levantamento dos dados sócio demográficos dos participantes da pesquisa foram realizadas as entrevistas semiestruturadas da qual emergiram três temas que serão apresentados abaixo. Alguns temas serão exemplificados com trechos dos depoimentos dos profissionais.

Tema I - Práticas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde

Em relação às práticas de promoção da saúde realizadas, os profissionais afirmam realizar atividades em grupos de gestantes, de tabagismo, de hipertensos e diabéticos e alimentação saudável e grupos de idosos e puericultura. Foi citado também em menor proporção a atuação nos grupos de saúde bucal, planejamento familiar, plantas medicinais, acupuntura, qualidade de vida dos profissionais, atividade física e reabilitação.

Para além dos muros das unidades de saúde da família, nas escolas, os participantes afirmaram que realizam essas práticas promotoras com foco nas temáticas: economia de água, alimentação saudável, vínculo familiar e vínculo afetivo. Cabe registrar ainda que os profissionais afirmaram realizar também práticas de promoção da saúde nas festas da comunidade, nas igrejas e nas organizações não governamentais do município em formato de palestras, jogos e dinâmicas de grupo:

“ [...] Eu estou **bem integrada na escola** e sou articuladora do PSE também, que a gente **trabalha essa parte de promoção da saúde** [...] Neste sábado vai ter a **festa da família e a gente vai participar** com atividades educativas [...] É uma integração bem legal, porque eu acho que é o que dá resultado em saúde realmente [...]” (PED)

As orientações durante as consultas foram citadas como práticas de promoção da saúde e abrangem o estímulo à atividade física, orientações nutricionais, estilos de vida saudáveis e mudança de hábitos e orientações sobre saúde bucal, lazer, sono e autocuidado.

“Atualmente eu só insiro a promoção da saúde **dentro dos atendimentos individuais**, não tenho participado de grupos ou outras atividades intersetoriais, pela **questão da demanda** [...]” (ORQUÍDEA2)

“[...] A gente pratica promoção da saúde desde que o paciente **se sinta no consultório**, perguntamos se ele tem uma alimentação saudável, pratica atividade física, fuma, como é a sua rotina diária e tudo **isso faz parte da promoção da saúde**” (AMANDA)

Foram citadas também como práticas de promoção da saúde as orientações sobre higiene, autocuidado, cuidado ao recém-nascido, cuidado e armazenamento de medicações durante as visitas domiciliares, consultas de exame preventivo do câncer do colo de útero e na administração de vacinas sobre autocuidado, cuidado às crianças e higiene.

A territorialização que se caracteriza pelas atividades de reconhecimento do território, realizada pelas equipes, a divulgação de informações a partir de cartazes e pôlderes e a narração de histórias

foram referidas como prática de promoção da saúde, como exemplificado abaixo:

“[...] Durante a **territorialização** a gente trabalha a promoção da saúde quando focamos nos **determinantes sociais** e nas **áreas de risco**, onde procuramos realizar ações para atender essa população” (MARIA)

“Eu penso que promoção da saúde vai **além da prevenção** [...] Com a questão dos **determinantes sociais**, a gente percebe as dificuldades de igualdade, justiça social [...] A promoção da saúde é além do que a gente faz nos grupos de educação em saúde” (MORANGO)

Nota-se que as práticas de promoção da saúde citadas pelos profissionais, estão voltadas para as atividades de educação em saúde com foco na prevenção de doenças, não na saúde especificamente:

“Pensando em algo que não seja **voltado pra doença** a única coisa que eu consigo pensar agora é o grupo de gestantes em que a gente **não fala de doenças especificamente** e fala mais da saúde [...]” (AZUL)

“Infelizmente é difícil dizer que o que a gente faz é promoção porque a gente acaba sempre **atuando de forma preventiva.**” (MORANGO)

Em 90% das práticas de promoção da saúde citadas, a metodologia utilizadas foi a educação em saúde em formato de palestras e dinâmicas nos grupos e as orientações individuais para as doenças. Outros 10% afirmaram que é possível realizar as práticas de promoção da saúde caminhando pela comunidade em busca das determinações sociais de saúde e contando histórias educativas para as crianças.

Tema II - Facilidades para realizar as práticas de promoção da saúde

Como facilidade para a realização das práticas de promoção da saúde os entrevistados destacaram a importância da boa estruturação da Estratégia Saúde da Família ser bem estruturada no município. Afirmam que o processo de trabalho está de acordo com as diretrizes da ESF e que a gestão preza para que sejam seguidos os princípios da Atenção Primária à Saúde, oportunizando aos profissionais organizarem seu

trabalho de forma a contemplar as práticas de promoção, com agenda programada e, se necessário, consultas estendidas. Sempre há um profissional responsável por cada atividade realizada. A estrutura física adequada também foi citada como um facilitador do trabalho em promoção.

Outro facilitador citado pelos profissionais é a sensibilização das equipes de Saúde da Família para a importância da atuação sobre estas práticas e o engajamento das equipes ao realizarem essas atividades.

O apoio da coordenação em relação à realização das práticas de promoção da saúde e o trabalho multiprofissional nas unidades foram relatados como facilitadores à atuação sobre a promoção, destacando a possibilidade de realização de interconsultas entre os diversos profissionais da unidade.

“[...] A **abertura do coordenador** pra realização das práticas de promoção, o **apoio dele** para as nossas ideias e o **espaço que ele nos dá**, facilita nossas ações e também facilita a **sensibilização** dos colegas para essa prática extra consultório, não só naquilo de tratar causa e consequência [...]” (MARIA)

“A organização do **trabalho em equipe**, o **trabalho em conjunto**, a conexão entre os profissionais é um facilitador.” (CLARA)

“Eu acho que facilita a questão de conseguirmos **trabalhar em equipe** [...] conversar sobre a abordagem que a gente vai ter nos grupos, porque não é uma coisa que parte só de mim, tem sempre **uma equipe atuando** por trás.” (JASMIM)

A atuação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e dos residentes integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi apontada como facilitadores da atuação em promoção da saúde.

“Outra coisa que ajuda é o apoio do NASF, **os profissionais do NASF apoiam bastante as práticas de promoção da saúde**, eles também fazem grupos dentro da unidade que acabam facilitando o acesso da população a essas práticas.” (CLARA)

Foi citada também a possibilidade de manter um vínculo com os usuários da unidade e acompanhá-los durante e após as orientações sobre como se empoderar para buscar condições de melhora da qualidade de vida e o interesse dos mesmos em participar das práticas de promoção da saúde.

A atuação intersetorial entre a unidade e as escolas, organizações não governamentais (ONG) e associação de moradores da comunidade também foi apontada como facilitadora das práticas de promoção da saúde.

Dentre os entrevistados, um profissional apontou a horta medicinal da unidade como facilitador das práticas de promoção da saúde.

Tema III - Dificuldades para realizar as práticas de promoção da saúde

O excesso de demanda de usuários em busca de consultas individuais foi apontado pelos entrevistados como uma dificuldade para que eles possam realizar as práticas de promoção da saúde e, conseqüentemente, ao excesso de demanda. Eles relatam que a agenda semanal de atividades fica restrita para executarem estas práticas e afirmam que a produtividade mensal é cobrada pela gestão a partir do número de consultas realizadas de forma quantitativa, desvalorizando as práticas coletivas.

“O que dificulta é basicamente **a demanda**, que é sempre focada em exames e não seria a forma mais adequada de nos preocuparmos em promover a saúde, **pesquisando doença** em vez de **promover a saúde**.” (ORQUÍDEA02)

“**A demanda ela é grande** [...] temos cada vez mais problemas de saúde na comunidade e a gente não consegue dar conta, temos uma **área de abrangência bem grande** e tem **pouco agente comunitário de saúde** e com isto muitas pessoas não estão sendo vistas.” (MORANGO)

A falta de recursos humanos nas equipes de Estratégia Saúde da família, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde foi relatado pelos entrevistados como uma dificuldade para realização das práticas de promoção, bem como o número de equipes de Estratégia Saúde da Família em algumas unidades ser menor que o preconizado

pelo Ministério da Saúde em relação à população da área de abrangência.

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados foi a formação biologicista dos profissionais das equipes de ESF. A maioria das equipes realizam seus atendimentos com foco na doença e, por este motivo, sentem-se inseguros para planejar práticas de promoção da saúde que atinjam e interessem a comunidade, principalmente pelo fato de que muitos profissionais ainda confundem os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças. A maioria dos profissionais não amplia seu olhar para além do biologicismo e não compreende a importância de realizar estas práticas.

“Uma coisa que eu acho que dificulta é que nós somos **muito incompetentes** ainda em fazer grupos interessantes e mantê-los e por isso muitos usuários não querem vir no grupo, porque acham **que é chato e não vai resolver o seus problemas** e acabam **preferindo as consultas individuais.**” (PED)

“Eu acho que a maior dificuldade é ainda essa **indefinição de conceitos** pra gente trabalhar, que a gente confunde bastante o que é **prevenção de doença e promoção da saúde.**” (MARIA)

Em contrapartida, os profissionais acreditam que os usuários das unidades de saúde buscam por consultas que atendam rapidamente suas demandas de doenças, apresentando-se resistentes às orientações dadas pelos profissionais e tendo baixa adesão às práticas de promoção da saúde.

A influência negativa da mídia nos hábitos da população, a desestruturação dos conselhos locais de saúde e a falta de materiais e equipamentos para a realização das práticas de promoção da saúde também foram citados como fatores que dificultam a atuação dos mesmos sobre a promoção da saúde.

DISCUSSÃO

As entrevistas revelaram que grande parte dos profissionais da Atenção Primária relacionam as práticas de promoção da saúde com as atividades educativas voltadas para gestantes e doenças crônicas realizadas em grupo, que em sua maioria são voltadas para os marcadores em saúde da população, que são situações sociais sanitárias

de saúde que visam traçar o perfil epidemiológico e acompanhamento de ações e metas de saúde desenvolvidas pelas equipes de ESF (FIGUEIREDO, 2009).

O discurso dos entrevistados aponta que as práticas educativas acontecem de forma rotineira, onde não se busca trazer novas concepções pedagógicas e ampliação das atividades comumente realizadas. Tal fato cria obstáculos para a composição de práticas de promoção da saúde participativas e dialógicas, que incluam novas abordagens e metodologias, favorecendo o empoderamento da população (FLISCH et al., 2014).

Dentre as atividades intersetoriais que são realizadas a partir de parcerias do setor saúde com outros setores da sociedade citadas pelos profissionais, destacaram-se as práticas que integram o Programa Saúde na Escola (PSE), que é produto de uma parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.

Criado em 2007, o PSE tem como um dos seus objetivos garantir a intersetorialidade das ações de saúde e educação para a melhoria da vida das pessoas, em especial crianças, adolescentes, jovens e adultos das escolas públicas brasileiras. Nestes espaços, a possibilidade de transformação em ambientes promotores de saúde, uma vez que são importantes para o desenvolvimento de conteúdos junto ao seu público e à comunidade, com o objetivo de promover a mudança de atitude em favor da saúde (ANDRADE et al., 2014).

Ao realizar as práticas de promoção da saúde, os profissionais esperam que a população compreenda as orientações transmitidas, identificando a importância do cuidado com a saúde pessoal, levando à mudança do estilo de vida, através da adoção de hábitos saudáveis. Com isso esperam reduzir o índice de doenças e aumentar a qualidade de vida da comunidade.

Em contraponto, devem ampliar o escopo das suas orientações para além da vertente comportamentalista e atuar sobre o conhecimento das pessoas. Espera-se que elas desenvolvam senso crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e também sobre o ambiente com o qual interatuam, e dessa forma possam adquirir condições para se apropriarem de sua própria existência, bem como da sua cidadania (ROECKER et al., 2013).

A importância de atuar sobre os determinantes sociais da saúde foi citada pelos profissionais, demonstrando um olhar ampliado dos mesmos perante a promoção da saúde da população.

Nota-se que há grande potencial de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família para trabalhar a determinação social da

saúde por sua atuação ser centrada no território e nas necessidades de saúde das famílias e comunidades. Para que isto se concretize de forma sustentável e abrangente, é necessária a organização de uma estrutura de trabalho que ultrapasse os facilitadores individualizados e biologicistas presentes na prática atual e contemple a equidade, a integralidade, a participação social, a intersetorialidade e a orientação das necessidades de saúde das pessoas (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Outro aspecto que merece destaque é a boa estrutura apresentada pela Estratégia de Saúde da Família no município, oferecendo o suporte necessário para a realização das práticas de promoção. Essa constatação corrobora com a perspectiva de reestruturação da Atenção Primária, rompendo com o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico centrado, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico, e constituindo um modelo de saúde centrado nas necessidades do indivíduo, da família e da coletividade, multiprofissional (MEKARO; OGATA; FRANÇA, 2014).

A multidisciplinaridade é apontada pelos profissionais como uma das fortalezas da Atenção Primária à Saúde. Ela faz parte de um repertório que contribui para uma atenção integral ao usuário, além de promover mudanças efetivas na prática atual dos profissionais de saúde, através de momentos dialógicos de aprendizagem coletiva (FRIGO et al., 2012).

O apoio do NASF aparece como um facilitador das práticas de promoção da saúde, evidenciando novamente a necessidade de uma atuação interdisciplinar na Atenção Primária. Essa estratégia permite efetivar um sistema de saúde universal, equitativo, que objetive a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a participação popular para promover a reorganização dos serviços de saúde, integrando todos os membros envolvidos no processo (MOURA et al., 2015).

Como fatores limitantes, o estudo revela que a falta de recursos humanos tem dificultado a realização das práticas de promoção. Os profissionais relatam que despendem grande parte do tempo dentro dos consultórios, atendendo demandas de usuários em busca de consultas individuais na unidade de saúde. Outra questão é a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que segundo os profissionais são o principal elo entre a unidade e a comunidade e grandes articuladores das práticas de promoção da saúde.

Ressalta-se que uma equipe de saúde, quando insuficiente em número e qualificação, pode influenciar de forma negativa na prestação dos cuidados às famílias. Esse pode ser um fator gerador de negligência nas ações de saúde, pois muitas vezes os funcionários disponíveis são

incapazes de prestar cuidados à totalidade da demanda (ROECKER et al., 2013).

Os ACS são os integrantes da equipe de Estratégia Saúde da Família que compartilham do mesmo espaço social da comunidade, conhecendo os entraves ao desenvolvimento da qualidade de vida que estão presentes na região. Eles também podem ser importantes mobilizadores da comunidade, estimulando a participação popular em saúde, essencial para a efetivação das práticas de promoção da saúde e para o estabelecimento de vínculo e laços de compromisso e corresponsabilidade entre a equipe e a comunidade (SANTOS et al., 2014).

Em relação à concepção de promoção da saúde presente no discurso e na prática dos entrevistados, percebe-se um progresso ao considerar a saúde de forma ampliada que prioriza as ações de promoção e os determinantes sociais em saúde, mas se apresenta restrita no que tange à operacionalização destas ações, pois continua centrada na mudança de comportamento dos indivíduos. Caracteriza-se pela busca de melhorias na qualidade de vida, porém não capacita o usuário a buscar essa melhoria, não estimula os processos geradores de autonomia, tornando o usuário dependente do que é oferecido pela equipe de saúde (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Com isto, é preciso que os profissionais assimilem a ESF como uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, traduzindo suas atividades em bons indicadores de saúde para a população. Porém observa-se que existem muitas dificuldades na atuação junto à população, especialmente no que se refere à questão de promoção à saúde, pois o pensamento das pessoas é ainda amplamente curativista (GRACIETTI et al., 2014; ROECKER et al., 2013).

Os usuários ainda vêm o atendimento na Atenção Primária à Saúde essencialmente como uma ação individual e curativa, em que a prescrição de medicamentos é encarada como a principal alternativa concreta de atendimento às suas necessidades, não percebendo as outras atividades como formas de melhorar e qualificar a saúde. Portanto, para que os usuários dos serviços de saúde atuem em conjunto com a equipe no planejamento das ações, é preciso que eles tenham um entendimento efetivo sobre o conhecimento compartilhado, a fim de compreender a finalidade das práticas de promoção para a melhoria da sua qualidade de vida (ROECKER et al., 2013).

CONCLUSÕES

O presente estudo corrobora a ideia de que as práticas de promoção da saúde se apresentam como um conceito amplo. Elas vão além das orientações comportamentais, incorporando práticas coletivas que contemplem os determinantes sociais de saúde, permitindo atender as necessidades reais da população. Para sua inserção é necessário empenho intersetorial, e corresponsabilização dos profissionais e comunidades, uma vez que a promoção da saúde da população não depende só do setor de saúde.

Percebe-se, que alguns profissionais estão mais sensibilizados para a nova abordagem, ampliando as práticas realizadas para além das ações biologicistas, porém, a maioria deles ainda atua apenas na prevenção de doenças, ignorando o olhar integral e universal da promoção da saúde.

Há que se destacar que, as práticas de promoção da saúde ainda são realizadas em forma de grupos voltados para a patologia, desconsiderando a compreensão mais ampliada do processo saúde-doença. Estas atividades afastam a ênfase no corpo doente na direção de evidenciar determinantes mais plurais, na noção de condições de vida, diluem assim as fronteiras entre doentes e supostamente saudáveis.

As facilidades encontradas para a realização das práticas de promoção da saúde apontam para a consolidação da Estratégia Saúde da Família no município, com gestões de unidades proativas para instrumentalizar estas práticas. Além disso, os profissionais do NASF se sentem preparados para apoiar as equipes e atuar sobre estas atividades e os determinantes sociais-

A estrutura da Estratégia Saúde da Família também facilita a criação de vínculo entre a equipe e a comunidade, promove o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e oportuniza a ampliação da atuação dos profissionais da Atenção Primária para um cuidado intersetorial da população.

Em contraponto, constata-se que as dificuldades encontradas para a realização das práticas promotoras de saúde permeiam os problemas de gestão do trabalho. O excesso de demanda para consultas individuais é um exemplo, reduzindo o escopo de atuação dos profissionais nas práticas coletivas. A falta de recursos humanos também desestimula os profissionais a terem uma maior atuação sobre a promoção. O modelo de formação profissional biologicista também não favorece a atuação mais ampla dos profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde.

Outra constatação feita pelo estudo revela que grande parcela dos usuários ainda crê na cultura da medicalização das doenças e da busca por soluções rápidas para os seus problemas. Falta conscientização e empoderamento para que eles busquem caminhos para melhorar a sua qualidade de vida.

Os subsídios aqui gerados podem ser aproveitados não só no desenvolvimento das práticas de promoção da saúde na ESF, mas também na formação dos novos profissionais. Com isto, espera-se a reformulação e sistematização das práticas promotoras de saúde que são executadas nos variados serviços que visam à qualidade de vida da comunidade.

Ante o exposto, acredita-se que este trabalho representa um pequeno passo na produção do conhecimento sobre o processo do trabalho envolvendo as práticas de promoção da saúde na APS. No entanto, faz-se necessária a realização de novos estudos, com o intuito de desvelar as nuances da atuação sobre a promoção da saúde nos diversos setores da comunidade, com vistas a prestar uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.M. et al., Educação em Saúde: Uma experiência de integração entre a equipe de saúde da família e a equipe do PET Saúde. Exposição de trabalhos de pesquisa, de extensão e de grupos pet, 2014, Campina Grande: Sesc, 2014. 08 p.

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**,[s.l.], v. 47, n. 4, p.781-790, 2013.

FIGUEIREDO, L.A. **Análise de Utilização do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão.**2009. 121 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

FLISCH, T.M.P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**,[s.l.], v. 18, n. 02, p.1255-1268, 01 jan. 2014.

FRIGO, L.F. A interdisciplinaridade na atenção primária: Um relato de experiência. **Revista Epidemiologia Controle Infectologia**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 146-147, 2012.

GRACIETTI, A. et al. Promoção da saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3972-82, 2014.

GURGEL, M.G.I. et al. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery (impresso)**, [s.l.], v.15, n.3, p. 610-615, 2011.

MEKARO, K. S.; OGATA, M.N.; FRANÇA, Y. Concepções das práticas educativas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciencia Cuidado e Saúde**,[s.l.], v. 13, n. 4, p.749-755, 2014.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MOURA, L. K. M. et al. O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 211-219, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Ottawa: WHO, 1986.

ROECKER, S. et al. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 157-165, 2013.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família.

Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 235-255, 2012.

SANTOS, J.S. Promoção da saúde na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista enfermagem UFPE on line.**, Recife, v.8, n. 1, p. 2316-23, 2014.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 1, p.76-85, 2014.

6.2 MANUSCRITO 3 – A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE: DIALOGANDO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS

A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE: DIALOGANDO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS

THE PERFORMANCE OF ATTENTION PROFESSIONALS ON PRIMARY HEALTH PROMOTION : DIALOGUING WITH THE SOCIAL DETERMINANTS

EL RENDIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PRIMARIA: DIALOGAR CON LOS DETERMINANTES SOCIALES

Camilla Costa Cypriano¹
Ivonete Teresinha S. B. Heidemann²

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratório descritiva, que objetivou desvelar a atuação dos profissionais da Atenção Primária acerca das práticas de promoção da saúde articuladas com os determinantes sociais da saúde. A coleta de dados foi realizada de julho a outubro de 2015, com entrevistas semiestruturadas. Participaram 20 profissionais que atuavam na rede de Atenção Primária em saúde do município de Florianópolis/SC. Os dados foram analisados a partir da análise temática de Minayo e discutidos à luz da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais. Os resultados indicaram que tanto a academia quanto os gestores estão investindo na formação profissional que inclui

¹ Enfermeira. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. E-mail: camillacypriano@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do NEPEPS. E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br

a promoção da saúde, porém os profissionais ainda se deparam com dificuldades em trabalhar sobre os determinantes sociais devido ao foco individualizado e setorizado do atendimento. Observa-se que há carência de métodos que auxiliem a sua avaliação e efetividade, porém os profissionais já conseguem visualizar mudanças positivas na saúde da população. Conclui-se com este estudo que os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde têm consciência da necessidade de realizar e manter as práticas de promoção em sua rotina diária, a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade, considerando os determinantes sociais de saúde da população.

DESCRITORES: Promoção da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Qualitative research, exploratory and descriptive, which aimed to understand the role of professionals in primary care about the health promotion practices articulated with the social determinants of health. Data collection was conducted from July to October 2015, with semi-structured interviews. They attended by 20 professionals working in primary care health network in the city of Florianópolis / SC. the data were evaluated from the thematic analysis of Minayo and discussed based on the Promotion of Health and Social Determinants. The results indicated that both academia and managers are investing in vocational training including health promotion, but professionals still face difficulties in working on social determinants due to the individualized focus and sectorized of care. In the case of practices promoting health, it is observed that there is a lack of methods to assist their evaluation and effectiveness, but professionals can already see positive changes in population health. It is concluded from this study that the workers of Primary Health Care, are aware of the need to achieve and maintain the promotion practices into your daily routine, from the interdisciplinary and intersectoral approach, considering the social determinants of health.

KEYWORDS: Health promotion, Social Determinants of Health, Primary Health Care, Health Strategy.

RESUMEN

La investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, que tenía como objetivo comprender el papel de los profesionales en la atención primaria acerca de las prácticas de promoción de la salud articulados con los determinantes sociales de la salud. La recolección de datos se llevó a cabo entre julio y octubre de 2015, con entrevistas semiestructuradas. Ellos asistieron 20 profesionales que trabajan en la red de atención primaria de la salud en la ciudad de Florianópolis / SC. la fecha se evaluaron a partir del análisis temático de Minayo y discutieron sobre la base de la Promoción de la Salud y Determinantes Sociales. Los resultados indicaron Que AMBOS gimnasio y gerentes están invirtiendo en la formación profesional, incluida la promoción de la salud, pero los profesionales todavía se enfrentan a dificultades en trabajar sobre los determinantes sociales debido a la atención individualizada y sectorial de la atención. En el caso de las prácticas de promoción de la salud, se observa Que hay una falta de métodos para ayudar a su evaluación y eficacia, pero los profesionales ya puede ver cambios positivos en la salud de la población. Se concluye de este estudio Que los trabajadores de Atención Primaria de Salud, son conscientes de la necesidad de alcanzar y mantener las prácticas de promoción en su rutina diaria, desde el enfoque interdisciplinario e intersectorial, Teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, Determinantes Sociales de la Salud, Atención Primaria de la Salud, la Estrategia de Salud.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde como conceituada na Carta de Ottawa (1986), amplia a visão de saúde para um bem-estar universal, responsabilizando todos os setores sanitários pela qualidade de vida da população, indo além do setor saúde e do estilo de vida saudável. É necessário que os profissionais atuem a partir do empoderamento dos cidadãos para a participação popular, considerando os determinantes sociais e ambientais onde cada indivíduo está inserido (ROOTMAN et al., 2012).

Neste contexto o conceito de determinantes sociais da saúde surgiu na década de 70,e foram definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, e que apontam tanto para as características específicas do contexto social quanto para a maneira

com queas condições sociais traduzem os possíveis impactos sobre a saúde (CNDSS, 2015).

A partir destes ideais a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde delinearão três níveis de determinantes sociais que interagem e modificam a equidade em saúde e o bem-estar da população que são os fatores estruturais (sociais, trabalhistas, fiscais, políticas ambientais, normas sociais e valores); a posição social e os determinantes de estratificação (a classe social, gênero, raça, educação, ocupação e renda); e os determinantes intermediários (condições materiais, comportamentos e fatores biológicos; fatores psicossociais e o sistema de saúde). Acredita-se que para melhorar os resultados de saúde, é necessário compreender todos estes fatores que levam a más condições de saúde e intervir de forma eficaz sobre eles (ANDERMANN, 2013; JACKSON et al., 2013).

No Brasil, a partir da orientação da Organização Mundial de Saúde, instituiu-se a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Em abril de 2008 foi lançado o seu relatório final intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” que tinha entre as principais recomendações a criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República para realizar articulação intersetorial, no plano federal, das políticas públicas que têm reconhecidas influências sobre a saúde, e uma secretaria executiva – na forma de Secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Primária, outorgando a este campo a devida prioridade (PEREIRA et al., 2013).

Visto que os determinantes sociais de saúde (DSS) são pautados em uma forte justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrado no papel da política de redução da desigualdade, distanciando-se do discurso tradicional da promoção da saúde que se pauta no indivíduo (JACKSON et al., 2013).

Neste sentido, objetivando implantar modelos de atenção à saúde que favorecessem, ao mesmo tempo, a equidade, a integralidade, a participação social, a intersetorialidade e a orientação das necessidades de saúde das pessoas, foi instituída no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o intuito de proporcionar acessibilidade à saúde e formular ações voltadas ao coletivo, consolidando-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da Atenção Primária à Saúde, que até hoje, encontra-se em constante processo de aprimoramento, de

acordo com as necessidades e perfil populacional de cada área, onde está inserida (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Para que haja uma atuação efetiva na Atenção Primária à Saúde sobre os determinantes sociais como caminho para promover a saúde da população é necessário que os profissionais transponham as concepções biológicas e se apropriem de conceitos de saúde que respondam as diretrizes políticas, os construtos antropológicos, as demandas sociais e a construção histórica e estejam cientes de que a saúde é um bem público e encontra-se refém dos determinantes sociais da saúde que perpassam por macro e microcontextos (PEREIRA et al., 2013).

Baseado no que foi exposto, este estudo teve como questão norteadora: Qual a percepção dos profissionais da Atenção Primária acerca dos determinantes sociais articulados com a promoção da saúde da população? Assim estabelecemos como objetivo desvelar a atuação dos profissionais da Atenção Primária acerca das práticas de promoção da saúde articuladas com os determinantes sociais da saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo possui abordagem qualitativa, na forma de uma pesquisa exploratória descritiva. A pesquisa exploratória descritiva tem a intenção de tornar a questão problema mais explícita, objetivando a descoberta de intuições ou o aprimoramento de ideias, bem como descrever determinado aspecto de uma população ou fenômeno (FIGUEIREDO, 2008).

O local da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde, especificamente cinco Unidades de Saúde da Atenção Primária de Florianópolis/SC, sendo uma unidade referente a cada Distrito Sanitário.

Atualmente, a Rede Municipal conta com 121 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em 49 Unidades de Saúde, subdivididas em cinco distritos: Continente, Centro, Leste, Norte e Sul. Sendo 17, no Distrito do Centro; 30, no Distrito do Continente; 22, no Distrito Leste; 26, no Distrito do Norte; e 26, no Distrito do Sul e 12 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que dão suporte às equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo duas equipes no Distrito do Centro, três equipes no Distrito do Continente, duas equipes no Distrito do Leste, duas equipes no Distrito Norte e três equipes no Distrito Sul (PMF, 2015).

Foram convidados a participar da pesquisa 15 profissionais da Estratégia Saúde da Família e sete profissionais de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que aceitaram fazer parte da

pesquisa, de profissões variadas: enfermeiros, médicos, odontólogos, assistentes social, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, pediatras, psicólogos e psiquiatras. Sendo que dentre estes profissionais dois não participaram da pesquisa, um pelo motivo de afastamento por doença e outro por indisponibilidade de horário para responder a pesquisa, totalizando 20 entrevistados.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, no período de julho a outubro de 2015, por meio de um roteiro, contendo informações sobre os participantes (nome fictício, sexo, idade, profissão, tempo de formação e de atuação na Atenção Primária e Unidade de Saúde, e se possui outro vínculo empregatício), bem como as questões norteadoras qual tipo de formação você recebeu para realizar as atividades de promoção da saúde?; Quais práticas de promoção da saúde que você desenvolve com maior frequência?; Quais estratégias metodológicas você utiliza para realizar as atividades de promoção da saúde?; Na sua experiência, o que facilita e o que dificulta o trabalho com a promoção da saúde, nessa Unidade de Saúde?; Como você atua sobre os determinantes sociais de saúde?; Que resultados essas atividades de promoção da saúde geram na Unidade? E na comunidade?

Como critério de exclusão, consideraram-se os profissionais que se encontravam de férias, afastamento por motivo de doença, ou estavam em reuniões ou atendendo em outras unidades no momento da entrevista.

Os dados obtidos com as entrevistas foram transcritos, ordenados, organizados e categorizados no serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”, onde cada tópico foi separado e guardado.

Para a análise dos dados, valeu-se da análise de conteúdo proposta por Minayo (2010), que se desdobra em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação.

A pré-análise consistiu na escolha dos documentos que foram analisados; dessa maneira, no primeiro momento foi efetuada a transcrição fiel das entrevistas gravadas, leituras e releituras do material coletado e organização dos dados. As transcrições foram armazenadas em seis pastas de arquivos do serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”, organizadas pelo nome do Distrito Sanitário ou NASF. Esses documentos contemplaram as falas dos sujeitos entrevistados coletadas no campo de investigação e também duração, horário e local da entrevista.

Nesse primeiro movimento objetivamos estabelecer a primeira classificação dos dados. Organizaram-se as informações com base nos objetivos que nortearam a pesquisa, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos. A partir disso, partiu-se para a exploração do material.

Após a leitura exaustiva do material transcrito das entrevistas, capturaram-se as ideias centrais do tema em questão. Os temas centrais foram formados com base no sentido principal das perguntas feita pela pesquisadora, num total de três: formação profissional para a atuação na promoção da saúde, atuação sobre os determinantes sociais da saúde e resultados.

Com a definição dos temas, seguimos para a terceira etapa, tratamento dos resultados, na qual foi estabelecido um código de siglas e números que representavam as iniciais da unidade e o codinome escolhido pelo entrevistado em cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais em quatro planilhas no serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”. Relacionando as entrevistas, com cada tema central, confrontaram-se as diferentes falas.

No terceiro momento, foi desenvolvida a análise final dos dados com base na construção dos três temas centrais que foram analisadas e discutidas à luz da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde.

Os participantes foram esclarecidos sobre a importância do estudo e todas as entrevistas foram realizadas no consultório da Unidade de Saúde, em ambiente privativo e silencioso, com data e horário marcados com a entrevistadora.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, sob o protocolo de n. 1.053.016. Os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), preconizado pela Resolução n. 466/CNS, de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir será exposto o resultado da pesquisa por temas, que emergiu das próprias perguntas, num total de três: formação profissional para a atuação na promoção da saúde, atuação sobre os determinantes sociais da saúde e resultados.

Tema I – Formação profissional para atuação na promoção da saúde

Em relação à formação os entrevistados afirmaram que durante a graduação tiveram alguma disciplina específica de promoção da saúde. Inclusive um deles afirmou que antes de ingressar na área da saúde cursou pedagogia onde teve seu primeiro contato com as disciplinas sobre promoção da saúde.

Os achados da pesquisa sinalizam uma mudança curricular nos cursos de graduação, que tem enfatizado a capacitação profissional para atender às reais demandas da Atenção Primária à Saúde a partir de uma visão mais ampla que vai além do modelo biomédico, abrangendo as ações de promoção da saúde e considerando os determinantes sociais das comunidades (COSTA et al., 2013).

Após finalizar a graduação, os profissionais afirmaram que realizaram Especialização na modalidade *lato senso* Multiprofissional em Saúde da Família e a Especialização *lato senso* em Saúde Pública, onde obtiveram formação específica para realizar as práticas de promoção da saúde.

“[...] Na Especialização em Saúde da Família tive **bastante conteúdo** sobre **promoção da saúde.**” (ORQUÍDEA)

“Na Especialização em Saúde da Família tinha um **módulo específico** para a questão da diferença entre **prevenção e promoção da saúde.**” (MARIA)

Dentre as especializações na modalidade *lato senso* a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência em Medicina da Família e da Comunidade foram citadas pelos profissionais como cursos que focam na promoção da saúde da população.

“Na Residência em saúde da família, foi o curso que se obteve **mais conteúdo** focado na **promoção da saúde.**” (ORQUÍDEA2)

A realização de cursos de especialização *lato senso*, relacionados com a Atenção Primária à Saúde, sugere que os profissionais estão se qualificando para atender às necessidades cada vez mais complexas dos usuários, como visto em outros estudos (COSTA et al., 2013; GONÇALVES et al., 2014). A ampliação destes cursos no Brasil é resultado da Política Pública de Educação Permanente em

Saúde (BRASIL, 2007) que foca em capacitar os recursos humanos em saúde, por meio de parcerias entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino e pesquisa.

O Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva e Doutorado Acadêmico em Saúde Pública também foram relatados como cursos que oferecem formação para a atuação sobre as práticas de promoção da saúde. A participação em grupos de pesquisa sobre promoção da saúde foi citada também.

Em relação a cursos e oficinas, os profissionais afirmaram ter realizado oficinas voltadas para as práticas de promoção da saúde, oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e realizaram capacitações e congressos que abrangiam o tema da promoção da saúde com o foco na atenção à Saúde da Família e práticas esportivas.

Apenas um entrevistado afirmou que não teve formação nenhuma para a atuação sobre as práticas de promoção da saúde.

É essencial o investimento na educação permanente dos profissionais, investindo-se na aprendizagem integrada ao trabalho, para que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações, e propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, que devem estar estruturadas a partir do processo de problematização (MELO; DANTAS, 2012).

Nota-se que a formação profissional dos trabalhadores da saúde já se direcionou para as práticas de promoção, porém não foram mencionadas possíveis conexões entre a formação para a promoção da saúde e a determinação social. O foco da formação para a atuação sobre a promoção da saúde se apresenta ainda muito biologicista e individualista.

Para que haja esta articulação entre as práticas de promoção da saúde e a atuação sobre os determinantes sociais é necessário produzir tecnologias gerenciais que contemplem a complexidade das ações voltadas para a ampla determinação do processo saúde/doença e estratégias de fortalecimento da ESF, a partir da incorporação da Política de Educação Permanente nos municípios. Visto que os polos de capacitação da atenção básica são constantes instrumentos de superação das barreiras que a ESF encontra para qualificar o trabalho na direção da “saúde ampliada” (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Tema II – Atuação sobre os determinantes sociais da saúde

Em relação aos determinantes sociais da saúde, os profissionais afirmaram que atuam a partir de parcerias intersetoriais com serviços que influenciam diretamente a qualidade de vida da população como a escola, o conselho tutelar, a companhia de recolhimento do lixo do município, lares de idosos e organizações não governamentais. Essas parcerias visam à diminuição de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade nas comunidades.

“[...] Muitas vezes a pessoa vem até a unidade para receber uma cesta básica, receber fralda geriátrica, ela precisa vir na unidade para ter esse encaminhamento, mas **não somos nós que vamos fornecer**. Esses suprimentos estão alocados dentro de outras instituições da prefeitura ou instituições sociais e a gente acaba **fazendo muitos encaminhamentos** para estes locais que vem **apoiando bastante à comunidade** [...]” (AZALEIA)

As condições sociais sempre influenciaram a saúde, logo, é preciso programar ações em todos os setores para promoção do bem-estar da sociedade, pois a sustentabilidade do trabalho com os DSS no âmbito da Atenção Primária em Saúde passa obrigatoriamente pela parceria sólida com outros setores da comunidade (PEREIRA et al., 2013; DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Outra forma de atuar sobre a determinação social da saúde relatada, foi à garantia de acesso ao serviço de saúde. Essas ações abrangem as visitas domiciliares aos usuários com dificuldade de locomoção, ou impossibilitados de comparecer à unidade, a busca ativa de usuários em situação de risco ou vulnerabilidade, atendimento aos pacientes de forma individualizada e considerando as suas necessidades pessoais.

A garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e sociais para a utilização dos serviços de saúde disponíveis, sendo o período no qual a prestação do cuidado se faz mais benéfica e necessária. A acessibilidade passa a ser vista além da disponibilidade de recursos nos serviços de saúde e engloba as características que facilitam e desobstruem o uso por clientes potenciais (VIACAVA et al., 2012).

Neste contexto, os entrevistados afirmaram que constantemente reorganizam seu processo de trabalho com o intuito de conseguir atender às demandas sociais de saúde da comunidade. Realizam territorialização e a partir do estudo do território elaboram o planejamento das ações em saúde, criam mapa de redes de apoio da região e monitoram regularmente os indicadores de saúde da comunidade como: doentes crônicos, gestantes, crianças, portadores de doenças transmissíveis e de transtorno mental. Citaram também, a parceria com o conselho local de saúde como instrumento de vínculo com a comunidade e a atuação interdisciplinar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

“[...] Atuando sobre os determinantes a gente enxerga a doença **não só como biológica**, mas como as **questões sociais, econômicas e culturais** da população e a própria comunidade começa a enxergar que o centro de saúde não está aqui só por causa da questão biológica, porque eu estou com uma febre, uma dor de barriga, ou porque tenho diabetes ou pressão alta e **a gente forma um mapa da rede de apoio dentro do município** para poder fazer encaminhamentos de outras questões como conflitos familiares, questões de habitação, educação [...]” (AZALEIA)

“[...] **Estuda-se o território** e faz **planejamentos baseados nas necessidades do território**, por exemplo a questão da gravidez na adolescência, procura-se trabalhar bastante nas escolas em relação a esta temática, como os métodos contraceptivos. Procuramos identificar no território os agravos, esses determinantes sociais para poder agir antes deles [...]” (PED)

Observa-se que quando as equipes de saúde se dispõem a realizar a análise de situação de saúde da população, planejamento e organização do serviço na Atenção Primária à Saúde, utilizando além dos critérios epidemiológicos um mapeamento participativo em saúde, isto contribui para a reorganização do serviço de saúde. A partir disto, é possível garantir o acesso, o acolhimento e a identificação dos problemas de saúde, facilitando a atuação interdisciplinar e a percepção da dinâmica viva das relações do desenvolvimento econômico com a produção e a

saúde nos territórios e sua interface com o processo saúde/doença (PESSOA et al., 2013).

O reforço do controle social foi citado como formas de empoderar a população para que eles busquem os caminhos necessários para atuarem sobre sua própria qualidade de vida. Os profissionais atuam sobre o controle social estimulando os usuários a se capacitar, estudar, buscar seus direitos trabalhistas e sociais e intermediando conflitos familiares.

A atuação na Estratégia Saúde da Família favorece a compreensão da realidade no território e auxilia a população a se organizar para modificá-la, desenvolvendo atitudes mais políticas nas comunidades, ampliando o exercício da autonomia e do controle social. Em consonância com estes ideais, as políticas públicas em vigor, propõe a participação social como uma diretriz nas ações educativas e tem como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos (FLISCH et al., 2014)

Entretanto, os profissionais afirmam que encontram muitos obstáculos em relação à atuação sobre os determinantes sociais de saúde. Destacam que possuem muita dificuldade em atuar intersetorialmente, alguns conselhos locais de saúde se encontram desestruturados e com uma pequena parcela da população atuando e, muitas vezes, estão em busca de seus interesses pessoais. Além disso, a falta de agentes comunitários de saúde e a demanda excessiva por consultas individuais se apresenta como um desafio na atuação sobre os determinantes sociais da comunidade.

“[...] O conselho local de saúde está começando, ainda está engatinhando, então tem pouca visão em relação à determinação da saúde da população, precisa ter mais participação e outras pessoas que possam pensar nessas condições, nas necessidades da comunidade e não individuais.” (ORQUÍDEA2)

“[...] Muitas vezes, as necessidades da população são causas intersetoriais, ligadas à educação, à geração de renda, trabalho e a gente sabe que é difícil de atuar só no setor saúde, precisa de mais intersetorialidade, mas isto é um desafio [...]” (ORQUÍDEA2)

A partir das falas dos entrevistados, nota-se que os profissionais não conseguiram incorporar a visão ampliada de saúde em sua totalidade que abrange as questões sociais da comunidade. Esta fragilidade pode se constituir como parte inerente ao paradoxo de crescimento da Atenção Primária e à visão limitada da gestão que serve de base para sua reestruturação. As estratégias de fortalecimento da gestão e os polos de capacitação da Atenção Primária à Saúde são constantes instrumentos de superação das barreiras que a ESF encontra para qualificar o trabalho na direção da “saúde ampliada” (DOWBOR; WETPHAL, 2013).

Quando há agentes comunitários de saúde e a equipe NASF atuando na unidade, os entrevistados afirmaram que o trabalho multidisciplinar com estes profissionais é um facilitador para a atuação sobre os determinantes sociais de saúde.

Alguns profissionais questionaram durante a entrevista o conceito de determinantes sociais de saúde e um disse não atuar sobre a determinação social da saúde da população.

Deve-se deixar claro que os atributos conceituais de uma Atenção Primária ampliada, integrando ações de promoção da saúde e manejo de condições de saúde e doença, que consideram as singularidades e vulnerabilidade dos sujeitos, pressupõe uma preocupação com os determinantes sociais da saúde. Assim, é necessária a ampliação das estratégias de cuidado que envolva a população e outros setores, já que as questões sociais e de saúde estão profundamente imbricadas e a promoção da saúde tem sido considerada uma importante resposta a esses desafios na medida em que recupera a saúde como prática socialmente construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os atores sociais estão inseridos (TEIXEIRA et al., 2014).

Tema III – Avaliação das práticas de promoção da saúde

No que concerne aos resultados que as práticas de promoção da saúde geram na comunidade, todos os profissionais foram enfáticos ao relatar que não há uma forma sistematizada de avaliação destas práticas. A forma de avaliação destes resultados é subjetiva e individualizada, muitas vezes baseada apenas no relato dos usuários e no acompanhamento dos sinais vitais.

“[...] Não há um método pra saber os resultados, a gente espera que dê resultados positivos, nós

acreditamos e esperamos que dê resultados [...] mas eu **não sei se realmente estão surtindo** as ações que estamos fazendo.” (ORQUÍDEA)

“A gente consegue ver os resultados mais **individualmente** na verdade, acredito que por ser muito pouco o que a gente consegue realizar de práticas de promoção, então nós tentamos ver mais individualmente, **não dá pra dizer se na comunidade tem tido um impacto**, não tenho como te relatar isto [...].” (ORQUÍDEA2)

Uma avaliação sistematizada das práticas de promoção da saúde se constitui como ferramenta útil para o aprimoramento e melhoria da atenção primária no país e para a promoção do necessário debate em torno da mudança do modelo de atenção em saúde vigente. Essa questão aponta para o fato de que a informação de que as equipes desenvolvem uma prática de promoção da saúde não traduz a qualidade do que está sendo ofertado ou proposto, limitando enormemente a avaliação de sua real efetividade (TEIXEIRA et al., 2014).

Entretanto, os entrevistados afirmaram que, quando realizam as práticas de promoção da saúde, atuam de forma multidisciplinar e conseguem ir além do modelo biomédico empregado na maioria dos atendimentos da Atenção Primária à Saúde.

“Eu vejo os **resultados** principalmente no **comprometimento**, não só do paciente, mas dos demais profissionais que **trabalham junto** comigo, então acho que esse é um dos pontos mais importantes da promoção da saúde nos Centros de Saúde.” (CR)

O que mostra que as práticas de promoção da saúde realizadas por meio de ações interdisciplinares, refletem um impacto positivo sobre as necessidades de saúde da população, superando a visão simplificada de promoção da saúde e rompendo a hegemonia do modelo biomédico (GRACIETTI et al., 2014).

Na percepção dos entrevistados as práticas de promoção da saúde realizadas, resultam na diminuição da demanda por motivo de doença, aumenta o número de usuários em acompanhamento de saúde e, conseqüentemente, estes são mais cuidados pelas equipes de saúde e estreitam os vínculos entre eles. E com isto diminui o número de

gravidez na adolescência, incidência de doenças sexualmente transmissíveis e as complicações de saúde por doenças crônicas.

Outros profissionais observaram que após realizar as práticas de promoção os usuários refletem sobre o conceito de saúde. A partir disto, compreende sua situação de saúde e doença, há uma tendência de modificar estilos de vida não saudáveis com menor exposição aos fatores de risco, e demonstram estar mais empoderados para o autocuidado. Eles acreditam que isto torna os usuários mais felizes, melhora a autoestima e qualidade de vida da população.

“Vejo que os usuários procuram menos a unidade porque estão mais **empoderados** com informações para **cuidar melhor de si**, ficando **menos vulneráveis**, não sendo tão dependentes e tendo mais saúde. Ele passa a ter uma condição de vida que não fique tão vulnerável e consiga realmente ser **feliz**” (DL)

“Eu acho que vai mudando aos pouquinhos a cultura das pessoas, estimulando a reflexão dela mesmo sobre **o que é saúde pra ela** e entendendo que o centro de saúde não é só o remédio, não é só a consulta [...] pode buscar outras coisas não só pro teu diagnóstico, mas para melhoria da **qualidade de vida**, que a vinda à unidade não precisa ser só por motivo de doença, mas para se **sentir melhor**, e isso é aos poucos.” (JASMIM)

Isto evidencia que o profissional que possui esta visão ampliada de promoção da saúde, preocupando-se com o empoderamento da população, influencia significativamente a sua prática, pois direciona a sua atuação de modo a desenvolver uma visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural da população, como também conhecer, compreender e considerar os determinantes e condicionantes como indicadores que ampliam ou reduzem as vulnerabilidades dos grupos populacionais (GURGEL et al., 2011).

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível perceber que os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde têm consciência da necessidade de realizar e manter as práticas de promoção da saúde em sua rotina diária, a partir da

interdisciplinaridade e intersetorialidade, considerando os determinantes sociais de saúde da população.

Em relação à formação acadêmica para a realização destas práticas, observa-se que os cursos da área da saúde estão integrando à sua grade curricular disciplinas voltadas especificamente para este tema, ampliando o foco biologicista que as academias possuíam até pouco tempo atrás. Nota-se também um esforço do Estado em promover formação complementar aos profissionais da Atenção Primária a partir de cursos *lato senso*, gratuitos, voltados para a atuação na Estratégia Saúde da Família.

Os programas de Residência em Saúde da Família têm demonstrado potencial para fortalecer a atuação interdisciplinar e intersetorial na Atenção Primária, sendo primordial para a efetivação das práticas de promoção da saúde e incorporação dos determinantes sociais da saúde.

Na atuação sobre os determinantes sociais de saúde se compreende que, apesar de ser um tema crescente e de grande importância para a Atenção Primária, os profissionais ainda se deparam com algumas dificuldades de trabalhar sobre o assunto, pois ainda estão muito focados no indivíduo e apresentam dificuldades de trabalhar intersetorialmente.

Nota-se que é necessário que os profissionais superem a atuação voltada apenas para a transformação dos comportamentos dos indivíduos, com o enfoque em orientações relacionadas às mudanças de hábitos e compreendam a saúde como resultado de fatores e determinantes culturais, sociais e econômicos múltiplos que se relacionam com a qualidade de vida e que é influenciada pelos determinantes sociais da saúde.

As práticas de promoção da saúde devem ser voltadas para a coletividade, considerando que as decisões individuais, serão determinadas a partir do contexto social que os indivíduos estão inseridos.

Por este motivo é de extrema importância que os profissionais da atenção primária compreendam o território em que atuam e a partir das necessidades deste território planejem suas práticas de promoção da saúde articuladas com os determinantes sociais.

No campo dos resultados da promoção da saúde, observa-se que há carência de métodos que auxiliem os profissionais a avaliarem a efetividade das práticas realizadas, porém a partir de metodologias subjetivas estes já conseguem visualizar mudanças positivas na saúde da

população atendida e um olhar ampliado dos profissionais em direção ao empoderamento da população para seu autocuidado.

Considera-se importante ampliar esta pesquisa a outros municípios e a outros setores da sociedade, visto que a saúde da população é influenciada por diversos fatores políticos, econômicos, ambientais e sociais.

REFERÊNCIAS

ANDERMANN, A. Evidence for health: from patient choice to global police. Ottawa: Cambridge, 2013. 220 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

_____. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 22 de agosto de 2007, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/parceiros.asp>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 13 jun. 2013, seção 1, p. 59.

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.781-790, 2013.

FIGUEIREDO, N.M.A. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. 3. ed. São Paulo: Yendis, 2008.

FLISCH, T.M.P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**, [s.l.], v. 18, n. 02, p.1255-1268, 2014.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=home&menu=0>. Acesso em: 21 de dez de 2015.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

GRACIETTI, A. et al. Promoção da saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3972-82, 2014.

GURGEL, M.G.I. et al. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery (impr.)**, [s.l.], v.15, n.3, p. 610-615, 2011.

JACKSON, S.F. et al. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Rev PanamSaludPublica** v.34, n.6, p. 473- 480, 2013.

MELO, C.; DANTAS, V.L.A. Círculos de cultura e promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 328-336, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PEREIRA, A.S. et al. Análise da Produção Científica Sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n.2, p. 40-52, 2013.

PESSOA, V.M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. [s.l], v.18, n.8, p. 2253-2262, 2013.

ROOTMAN, I. et al. Health Promotion in Canada: Critical perspectives on practice.3. ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2012. 354 p.

TEIXEIRA, M.B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. especial , p.52-68, 2014.

VIACAVAL, F. et al., Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência&SaúdeColetiva**, v.17, n.4, p.921-934, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.

6.3 **MANUSCRITO 4 – A ATUAÇÃO DOS COORDENADORES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

A ATUAÇÃO DOS COORDENADORES DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA ACERCA DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

THE ACTING OF COORDINATORS OF PRIMARY CARE UNITS ABOUT THE HEALTH PROMOTION PRACTICES.

LA ATUACIÓN DOS COORDENADORES DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Camilla Costa Cypriano¹
Ivonete Teresinha S. B. Heidemann²

RESUMO

Esta pesquisa objetivou conhecer a atuação dos coordenadores das unidades de Atenção Primária à Saúde, acerca do desenvolvimento das práticas de promoção da saúde no município de Florianópolis/SC. Trata-se de estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em cinco unidades de saúde do município de Florianópolis/SC. A coleta de dados foi realizada com cinco coordenadores destas unidades, no período de julho a outubro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, e estes foram avaliados a partir de análise temática e discutidos à luz de conceitos da Promoção da Saúde. Identificaram-se quatro categorias: a) formação do coordenador;

¹ Enfermeira. Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. E-mail: camillacypriano@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Pesquisadora CNPq. Líder do NEPEPS. E-mail: ivonete.heidemann@ufsc.br

b) Organização das atividades; c) a intersectorialidade e d) Resultados esperados. Todas as categorias se relacionam às práticas de promoção da saúde nas unidades. Os resultados destacam a ampliação do olhar dos profissionais sobre a promoção da saúde, porém a formação ainda é biologicista e preventivista, com carência de recursos disponíveis para a realização das práticas promotoras de saúde e nas ações intersectoriais. Evidenciou-se que as práticas de promoção da saúde realizadas na Atenção Primária são fundamentais para incrementar o estado de saúde positivo da população e os coordenadores são atores fundamentais no processo de implementação destas ações.

DESCRITORES: Promoção da saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This research aimed to identify the role of the coordinators of the Primary Care units Health, on the development of health promotion practices in Florianópolis / SC. It is a descriptive exploratory study of qualitative approach, developed in five health units in the city of Florianópolis / SC, which Data collection was carried out with five coordinators of these units in the period from July to October 2015, through . semi-structured interviews, and these were evaluated from thematic analysis and discussed in the light of concepts of health promotion were identified four categories: a) training coordinator; b) Organization of activities; c) intersectoral d) Expected results, both categories are related to health promotion practices in the units. The results highlight the expansion of the look of professionals on health promotion, but training is still biologicist and preventative, there is a lack of resources available to carry out practices that promote health and there is to be progress on intersectoral action. It was evident that health promotion practices carried out in primary care are essential to increase positive health status of the population and coordinators are key actors in the implementation of these actions process.

KEYWORDS: Health promotion, Social Determinants of Health, Primary Health Care, Health Management. Nursing.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo identificar el papel de los coordinadores de las unidades de Atención Primaria de la Salud, en el desarrollo de las prácticas de promoción de la salud en Florianópolis / SC. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de enfoque cualitativo, desarrollado en cinco unidades de salud en la ciudad de Florianópolis / SC, que La recolección de datos se realizó con cinco coordinadores de estas unidades en el período de julio a octubre de 2015, a través de .entrevistas semi-estructuradas, las cuales fueron evaluadas a partir del análisis temático y discutidos a la luz de los conceptos de promoción de la salud se identificaron cuatro categorías: a) coordinador de la formación; b) Organización de actividades; c) d intersectorial) Resultados esperados, ambas categorías se relacionan con las prácticas de promoción de la salud en las unidades. Los resultados destacan la ampliación de la mirada de los profesionales sobre la promoción de la salud, pero la formación sigue siendo biologicista y preventiva, hay una falta de recursos disponibles para llevar a cabo prácticas que promueven la salud y no se va a avanzar en la acción intersectorial. Era evidente que las prácticas de promoción de la salud realizadas en atención primaria son esenciales para aumentar el estado de salud positivo de la población y los coordinadores son actores clave en la implementación de estas acciones proceso.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, Determinantes Sociales de la Salud, Atención Primaria de Salud, Gestión de la Salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde e o Governo Canadense decidiram organizar em 1986, a I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, traduzida pela Carta de Ottawa. Onde a relevância da promoção da saúde foi discutida profundamente pela primeira vez no cenário mundial e lançou nova luz para a reflexão, planejamento e gestão das necessidades sanitárias. Nesta conferência a promoção da saúde foi conceituada como produto social e fonte de riqueza de um viver cotidiano, reforçando a importância da ação comunitária no controle do próprio destino (OMS, 1981).

Na Carta de Ottawa foram conceituadas cinco estratégias que visam à implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes

favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Estas estratégias articuladas com os determinantes sociais de saúde constituem as práticas de promoção da saúde e proporcionam acesso à informação, ampliam as experiências e habilidades na vida dos sujeitos, bem como apontam oportunidades que permitam aos indivíduos fazerem escolhas por uma vida mais saudável (OMS, 1986).

No Brasil, até meados dos anos 80, a saúde era predominantemente médico-assistencial-privatista e, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que incorporou os princípios da universalidade, equidade e a integralidade à saúde. Evoluindo a visão da promoção da saúde em direção a esta nova concepção, através de Políticas Públicas e Programas de Saúde que ampliam o olhar sobre a saúde e seus determinantes sociais (SILVA et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica, criada pelo Ministério da Saúde em 2006, abrange um conjunto de ações individuais e coletivas que englobam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, reduzindo danos ou sofrimentos que possam comprometer possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2012).

Consolidando a Atenção Primária à Saúde no país, que segundo a Declaração de Alma Ata de (1978) é essencial à saúde, em todos os estágios do desenvolvimento humano, levando aos indivíduos o espírito de autoconfiança e autodeterminação, tendo como enfoque o desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo parte integral do sistema de saúde através de um processo contínuo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A Estratégia Saúde da Família se consolida como uma estratégia prioritária, integrante da Atenção Primária, viabilizando a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Proporciona acessibilidade à saúde e formula ações voltadas ao coletivo e encontra-se em constante processo de aprimoramento, de acordo com as necessidades e perfil populacional de cada área, onde está inserida.

Indo ao encontro desses ideais a Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2006 e reformulada em 2014, promove a qualidade de vida da população por meio de ações integradas e intersetoriais, de tal modo que os setores privados e os governamentais, bem como os não governamentais, juntamente com a sociedade civil, participem em conjunto do debate sobre os determinantes sociais de saúde e potencializem formas ampliadas de intervir em saúde (BRASIL, 2014).

A Estratégia Saúde da Família, baseada nos preceitos da PNPS, pode ser referência para a implantação de ações voltadas para a promoção da saúde, pois há um grande dinamismo entre a equipe de saúde e a comunidade, através de uma abordagem coletiva e direcionada para a promoção, prevenção de doenças e educação em saúde, considerando os determinantes sociais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Considerando as atribuições dos membros das equipes de ESF, como reordenadoras da Atenção Primária à Saúde no Brasil, nota-se que a coordenação das unidades é fundamental para incentivar e apoiar as equipes, para que estas se sensibilizem quanto à importância de realizar as práticas de promoção da saúde, garantindo a qualidade de vida da população sob sua responsabilidade. Porém, grande parte dos coordenadores ainda mantém uma visão hospitalocêntrica, privilegiando o atendimento curativo com o objetivo de satisfazer as necessidades imediatas da comunidade, com ações pontuais e de curto prazo, ao invés de valorizar as ações de prevenção e promoção da saúde a longo prazo, que são mais eficazes na satisfação das necessidades daquela população (COSTA et al., 2012).

Segundo Kleba et al. (2012), esta nova visão ampliada de saúde que inclui os determinantes sociais de saúde no cotidiano de trabalho das equipes, sugere que a coordenação e também os profissionais de saúde se responsabilizem pelo desenvolvimento e ampliação da dimensão cuidadora, demandando maior capacidade de acolher, estabelecer vínculo e dialogar para além da clínica tradicional, oferecendo respostas mais efetivas às necessidades de saúde da população, atuando de forma integral na assistência à saúde.

A gestão utiliza métodos quantitativos baseados em metas para avaliar a qualidade dos atendimentos das equipes multiprofissionais em saúde, desvalorizando a eficácia do atendimento integral voltado para o bem-estar dos usuários. Isto faz com que os profissionais se sintam sobrecarregados e insatisfeitos frente a tantas cobranças, comprometendo as ações destinadas à prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA et al., 2012).

Para que exista o cuidado integral aos usuários é importante que tenha interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família, estabelecendo relações interdisciplinares e não apenas multidisciplinares, a fim de se construírem novas formas de produção do cuidado que questionem as “certezas profissionais” instituídas pelo modelo biomédico (UCHIMURA; BOSI, 2012).

A partir do exposto acima, este estudo objetiva conhecer a atuação dos coordenadores das unidades de Atenção Primária à Saúde acerca do desenvolvimento das práticas de promoção da saúde e questiona-se sobre qual a atuação dos coordenadores da Atenção Primária acerca das práticas de promoção da saúde?

MÉTODO

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa que expõe características de determinada população ou determinado fenômeno e pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. A investigação exploratória é realizada em áreas na qual há pouco conhecimento acumulado (PRODANOV; ERNANI, 2014).

O presente estudo foi desenvolvido nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis/SC.

O município possui 121 equipes de saúde da família em 49 Centros de Saúde (CS), distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS) (Centro, Continente, Sul, Norte e Leste), abarcando as regiões insular e continental. A demarcação dos distritos sanitários do município prioriza os aspectos geográficos, sociais, culturais e demográficos das comunidades, visando facilitar o acesso da população aos CS e outros serviços vinculados à rede municipal de saúde (PMF, 2014).

A seleção das unidades de saúde considerou o critério de maior número de equipes de Saúde da Família em cada Distrito Sanitário e que possuíssem equipe NASF atuante. Desta forma, participaram da pesquisa profissionais de cinco Unidades de Saúde.

Mediante contato com os coordenadores das unidades, as entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas individualmente pelos pesquisadores, após serem esclarecidos sobre a importância do estudo e o termo de consentimento assinado. A entrevista ocorreu em local privativo e adequado à gravação, geralmente na Unidade de Saúde. Foram excluídos do estudo os profissionais em férias, em licença para tratamento de saúde e licença-prêmio.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2015, com cinco coordenadores das Unidades de Saúde da Família do município de Florianópolis/SC. O critério de seleção dos coordenadores foram todos que atuavam nas cinco unidades sorteadas, que representam os cinco distritos sanitários do município.

Foram realizadas cinco entrevistas gravadas em mídia digital com duração em média de 30 minutos, utilizando-se um roteiro com questões guias que contemplavam o tipo de formação para realizar as atividades de promoção da saúde; As práticas de promoção da saúde desenvolvidas; As estratégias metodológicas utilizadas para realizar as atividades de promoção da saúde; As facilidades e dificuldades para realizar o trabalho com a promoção da saúde na Unidade de Saúde; A atuação sobre os determinantes sociais de saúde e os resultados que essas atividades de promoção da saúde geram.

Para análise e interpretação dos dados se utilizou a análise temática de Minayo (MINAYO, 2010), que ocorre em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação.

Inicialmente ocorreu a escolha dos documentos a serem analisados; dessa maneira, foi efetuada a transcrição fiel das entrevistas gravadas, leituras e releituras do material coletado e organização dos dados. As transcrições foram armazenadas em uma pasta de arquivo do serviço de armazenagem virtual “*Google Drive*”, organizada pelo nome: Coordenadores. Esses documentos contemplam as falas dos sujeitos entrevistados coletadas no campo de investigação e também duração da entrevista, horário da entrevista, local da entrevista.

Nesse primeiro movimento que se conceitua como pré-análise, objetivou-se estabelecer a primeira classificação dos dados. Organizaram-se as informações com base nos objetivos que nortearam a pesquisa, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos. A partir disso, partiu-se para a exploração do material.

A exploração do material ocorreu com a leitura exaustiva das transcrições das entrevistas, capturaram-se as ideias centrais do tema em questão. Os temas centrais foram formados com base no sentido principal das perguntas feitas pela pesquisadora, num total de quatro: Formação do coordenador para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde; Organização das atividades de promoção da saúde na unidade; A intersetorialidade na organização das práticas de promoção da saúde e Resultados esperados acerca das práticas de promoção da saúde realizada nas unidades.

Com a definição dos temas, seguiu-se para a terceira etapa que se constitui como o tratamento dos resultados, na qual foi estabelecido um código de siglas e números que representavam as iniciais da unidade e o codinome escolhido pelo entrevistado em cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais em quatro planilhas no serviço de

armazenagem virtual “*Google Drive*”. Relacionando as entrevistas, com cada tema central e a partir disto confrontaram-se as diferentes falas.

No terceiro momento, foi desenvolvida a análise final dos dados com base na construção dos quatro temas centrais que foram analisados e discutidos à luz de conceitos da promoção da saúde presentes na Carta de Ottawa (OMS, 1986) e dos determinantes sociais da saúde.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo está de acordo com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Processo n. 1.053.016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para garantir o sigilo das informações foram identificados no estudo por um codinome escolhido pelos próprios participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo cinco profissionais, coordenadores das Unidades de Saúde da Atenção Primária, sendo dois odontólogos e três enfermeiros, que atuavam nas cinco unidades de saúde selecionadas. A faixa etária dos participantes variou de 29 a 44 anos, o tempo de formadofoi de sete a 22 anos, com maior parte dos profissionais (03) com sete a nove anos. O tempo de atuação na Atenção Primária se estendeu de três a 12 anos. O tempo de atuação na US variou de dois a oito anos. A maioria (04) atuava de dois a cinco anos na US e nenhum entrevistado possuía outro vínculo empregatício além da ESF (Tabela 1).

Tabela 1 -Caracterização dos participantes

Distrito Sanitário (DS)	Unidade de Saúde (US)	Codinome	Idade	Tempo de Formação	Atuação na Atenção Primária	Atuação na US	Dedicação Exclusiva
DS - A	US - 1	Praia	32	8 anos	3 anos	2 anos	Sim
DS - B	US - 2	Criciúma	29	7 anos	3 anos	3 anos	Sim
DS - C	US - 3	Saúde	44	22 anos	8 anos	2 anos	Sim
DS - D	US - 4	Dona Violeta	31	9 anos	5 anos	5 anos	Sim
DS - E	US - 5	Asma	40	12 anos	12 anos	8 anos	Sim

Fonte: Elaborado pela autora com base em entrevistas realizadas nas Unidades de Saúde de Florianópolis, 2015.

Após levantamento dos dados sociais demográficos dos participantes da pesquisa, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas da qual emergiram quatro temas apresentados abaixo. Alguns temas serão exemplificados com trechos dos depoimentos dos profissionais.

Tema I - Formação do coordenador para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde

Foi evidenciado no estudo que todos os entrevistados receberam formação específica para atuar na dinâmica da realização das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária. Os entrevistados, relataram que tiveram formação durante a graduação, em sua maioria nos estágios de saúde pública, e também em cursos de especialização, concluídos nas áreas de Saúde da Família, de Epidemiologia, Gestão em Saúde Pública e Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde.

Dentre os coordenadores, um afirmou que recebeu formação específica de promoção da saúde quando atuou como tutor do curso de especialização em saúde da família.

Pelo número expressivo de profissionais que relatam ter realizado ou participado de cursos de especialização *lato senso*, principalmente os específicos em saúde da família, que em sua maioria são oferecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). Nota-se que existe incentivo da gestão para que seus funcionários ampliem seus conhecimentos sobre a Atenção Primária à Saúde e um esforço do Estado em agregar a qualificação do trabalhador à melhoria dos serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Segundo Melo e Dantas (2012) esses processos formativos de especialização *lato senso*, trazem novas abordagens para a saúde pública e, conseqüentemente, para a Estratégia de Saúde da Família, tentando suprir as deficiências da formação dos profissionais durante a universidade e contribuindo com a superação do modelo biomédico, que contempla atividades predominantemente curativas e reabilitadoras.

Destaca-se que nenhum coordenador recebeu formação específica para realizar as práticas de promoção de saúde no ambiente de trabalho. Sendo que um afirmou que não teve nenhum tipo de formação que abrangesse a promoção da saúde oferecida pelo órgão empregador, como destacado no trecho:

“A gente tem atividades de promoção da saúde na graduação, mas quando entramos aqui (unidade de saúde) **não temos capacitação nenhuma de**

como fazer o trabalho, você faz pelo que acha que é [...]” (CRICIÚMA)

Outro entrevistado relatou que em algumas capacitações realizadas pela gestão, em algum momento é abordado o tema da promoção da saúde, porém evidenciou que o foco destas é a prevenção de doenças:

“A prefeitura tem um programa de educação continuada que visa capacitar seus servidores para estarem assistindo as pessoas e trabalhando no sentido **de prevenir mesmo as doenças.**” (SAÚDE)

Neste aspecto foram citadas capacitações sobre práticas alternativas de saúde e saúde da mulher e do idoso.

Como podemos observar na fala dos entrevistados é essencial o investimento na educação permanente dos profissionais, principalmente aos coordenadores que, além das atividades administrativas, se mostram como importantes articuladores das práticas de promoção da saúde nas unidades de Atenção Primária.

As capacitações devem ser voltadas para a aprendizagem integrada ao trabalho, para que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações. É importante que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (MELO; DANTAS, 2012).

Os profissionais devem estar cada vez mais qualificados para trabalhar no sistema de saúde, cujo objetivo é superar o paradigma biologicista e buscar a promoção das ações voltadas para o cuidado, em atenção às novas e complexas necessidades de saúde da população. O desenvolvimento científico cultural necessário a qualquer profissional da Atenção Primária à Saúde, independentemente de sua área de atuação ou função exercida (SILVA et al., 2015).

Tema II - Organização das atividades de promoção da saúde nas unidades de Atenção Primária

Para a realização das práticas de promoção da saúde, todos os coordenadores afirmaram que não recebem verbas para este fim, porém recebem recursos materiais. Citaram dentre os recursos materiais:

fôlderes, cartazes, materiais de escritório e aparelho multimídia. Dentre os entrevistados, dois relataram que quando há necessidade de recursos materiais para realizar as práticas de promoção da saúde e estes não são disponibilizados pela gestão, a própria equipe divide os custos e realiza a compra dos mesmos.

O financiamento das ações em saúde ainda está voltado, principalmente para a dimensão quantitativa (número de consultas e procedimentos por período de trabalho) e são raros os contratos financeiros com base em encargos sobre uma população que habite certo território e que valorizem atividades em conjunto entre os diversos serviços da rede (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para assegurar a qualidade do serviço de saúde é necessário que exista um recurso que vise à garantia da realização das atividades. Estas ações envolvem recursos humanos capacitados, equipamentos, materiais e insumos suficientes, pois quando isso não é proporcionado aos profissionais, estes tendem a justificar a inadequação dos serviços prestados pelas limitações encontradas pelo serviço (ARANTES et al., 2014).

Como fator positivo os coordenadores citaram o incentivo da gestão para a realização de capacitações externas voltadas para a promoção da saúde, como apresentado na fala:

“Financeiramente a gente não tem um repasse direto, o município normalmente se organiza para tentar **ofertar e auxiliar a participação em cursos e vivências** para os seus servidores, acredito que **o investimento** seja nesse sentido.”
(Asma)

Para os profissionais nos serviços de saúde vivenciar a aplicabilidade da promoção da saúde de maneira integral, é necessário que estes se capacitem para compreender e ampliar seus conceitos sobre a promoção, incluindo-se como atores críticos e participantes do processo de construção e reafirmação de um sistema social e participativo de atenção à saúde (GRACIETTI et al., 2014).

Quanto ao planejamento das práticas de promoção da saúde nas unidades de Atenção Primária, um entrevistado enfatizou que este sempre é realizado a partir das demandas da comunidade:

“Sempre estamos criando novos grupos e **planejamos a partir de uma situação de uma**

necessidade, de demanda da comunidade. Por exemplo, o “sorrir é o melhor remédio” **surgiu a partir da demanda dos idosos** para atendimento em saúde bucal, e para dar conta desta demanda, organizamos o grupo e aproveitamos para chamar os outros profissionais e **trabalhar a saúde do idoso como um todo.**” (CRICIÚMA)

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, geralmente, reconhecem a premissa de centralidade no território e as necessidades de saúde das famílias e comunidades, propondo-se a uma prática transformadora em que a saúde é o foco do trabalho e não somente a doença (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

Destacaram os coordenadores que existe um momento específico para o planejamento das práticas de promoção que ocorrem geralmente nas reuniões semanais entre as equipes da ESF e mensalmente com todos os profissionais da unidade. Em todas as práticas de promoção da saúde, há um profissional responsável em coordenar e descrever no sistema informatizado o andamento das práticas.

O sistema informatizado em saúde do município (INFOSAÚDE) possibilita o agendamento de consultas e acompanhamento do paciente através do prontuário eletrônico. Os profissionais registram as informações de saúde do usuário como a evolução, ficha pré-natal, ficha fonoaudiológica, medicamento prescritos, encaminhamentos, solicitação e resultado de exames, notificações, ficha odontológica, ficha do idoso, controle de hipertensos e diabéticos, vacinas e etc. Além disso, este sistema integra várias estruturas de codificação utilizadas pelo Ministério da Saúde, como a Tabela de procedimentos, atividades educativas, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, e a tabela do Código Internacional de Doenças (CID) (PMF, 2015).

Paralelamente às reuniões de equipe da ESF, um coordenador relatou que acontecem as reuniões do colegiado gestor que possibilita a identificação da viabilidade técnica das práticas de promoção da saúde propostas. Como organizadores destas práticas foram citados também o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, os discentes que realizam atividades teóricas e prática curricular na unidade e na própria comunidade.

O estudo de Oliveira e Pereira (2013) aponta que a adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem

multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório contribuem significativamente para implementação de uma atenção de qualidade no Sistema Único de Saúde.

Tema III - A intersetorialidade na organização das práticas de promoção da saúde

A intersetorialidade na organização das práticas de promoção da saúde emerge como um dos desafios para a implementação destas ações. As parcerias citadas pelos entrevistados são pontuais e dizem respeito aos acordos frágeis de encaminhamentos dos usuários para outras especialidades além do setor saúde, espaços para a realização das práticas de promoção e auxílio na divulgação das atividades realizadas na unidade. Por outro lado, não é contemplada a integralidade dos sujeitos atendidos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família.

Como parceiros para as atividades intersetoriais foram citadas as práticas realizadas pelos alunos dos cursos da área da saúde em estágio curricular no espaço da unidade ou na própria universidade. Estas ações na sua maioria estão voltadas para a estratégia de desenvolvimento das habilidades pessoais. E através de atividades em grupos, ações de educação em saúde, parcerias com as instituições sem fins lucrativos que apoiam as atividades de cultura e lazer.

As secretarias de serviço social e desenvolvimento social do município foram apontados como parceiras para o encaminhamento de casos de usuários em situação de risco e vulnerabilidade. A companhia de melhoramentos do município que é responsável pela destinação do lixo, também se mostra parceira no auxílio e orientação às comunidades carentes sobre a reciclagem e armazenamento adequado do lixo gerado pelas comunidades. As igrejas, os conselhos comunitários e algumas entidades, como o comércio e os clubes esportivos dos bairros foram citados como parceiros na cessão de espaço físico para a realização das práticas de promoção da saúde e campanhas de vacinas.

Dentre os entrevistados, dois relataram que os profissionais realizam as atividades do Programa Saúde na Escola do governo federal nos espaços escolares da área de abrangência em que atuam. Porém, são práticas pontuais sem uma análise e avaliação posterior dos dados coletados no momento da atividade.

O Programa Saúde na Escola propõe um trabalho conjunto entre a educação, a saúde e a sociedade, demandando compromisso com a manutenção e a obtenção da saúde para escolhas de vida saudáveis dos

educandos e avançando no estabelecimento de uma relação ativa e intersetorial junto aos diversos setores das políticas sociais e em especial o setor saúde e é imprescindível o envolvimento de diferentes profissionais da Atenção Primária que conhecem e lidam com os fatores de risco e vulnerabilidades que afetam sua comunidade escolar adstrita, promovendo e protegendo a saúde, com o propósito de impactar de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e, conseqüentemente, a construção da cidadania (SILVA et al., 2014).

A promoção da saúde é considerada uma estratégia global incorporada na vida dos indivíduos, nos aspectos social, individual e ambiental e por isto não deve ser vista como responsabilidade exclusiva do setor de saúde, pois ela deve ser ampliada para além de um estilo de vida saudável, enfatizando as condições de vida e de trabalho dos sujeitos (MANTOVANI et al., 2014).

Os entrevistados demonstram uma confusão de conceitos quando citam serviços e entidades do setor de saúde como a maternidade e o conselho local de saúde como parceiros intersetoriais das práticas de promoção da saúde.

Isto demonstra uma fragilidade acerca da compreensão deste termo por parte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. A atuação intersetorial é pautada em estratégias que buscam responder efetivamente aos problemas complexos que impactam o bem-estar individual e coletivo. Isto implica paralelamente, por parte do Estado, a formulação de políticas sociais e econômicas que extrapolem o enfoque curativista e atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida da população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Tema IV - Resultados esperados acerca das práticas de promoção da saúde realizadas nas unidades

Quanto aos resultados esperados das práticas de promoção da saúde, os coordenadores enunciam que a diminuição da demanda espontânea e encaminhamentos para especialistas contemplariam os usuários, os profissionais e o próprio sistema de saúde.

Os entrevistados afirmaram que ao realizarem as práticas de promoção da saúde esperam que a população adoça menos e aumente a qualidade e expectativa de vida. Apresentam como forma de alcançar estes objetivos o empoderamento da população no sentido de se autocuidar, prevenindo as doenças evitáveis.

Segundo a Carta de Ottawa (1981), o empoderamento da população a partir do reforço da ação comunitária ocorre através do

desenvolvimento de prioridades dos usuários, no auxílio à tomada de decisão e na definição de estratégias para a autonomia da população, visando à melhoria das condições de saúde, o que requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

Para alcançar este objetivo é importante que as práticas de promoção da saúde sejam definidas como o canal em que os saberes científicos produzidos, atinjam a vida cotidiana da população, possibilitando a melhoria da saúde e da qualidade de vida, (se) aproximando-se do pensar e agir das pessoas, permitindo a construção de saberes por meio da interface entre usuários e profissionais, a partir da cultura e afetividade. Essas práticas devem estar fundamentadas nos aspectos emancipatórios e políticos da constituição humana, não somente voltadas para os determinantes biológicos da saúde, mas incorporar a formação para a cidadania (MOUTINHO et al., 2014).

Indo ao encontro do relato dos coordenadores que acreditam que a partir das práticas de promoção da saúde a população muda seu estilo de vida, favorece a sua saúde, melhora os indicadores e o acesso dos usuários aos serviços. Percebe-se que a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ainda é focada na mudança de estilo de vida da população.

Os coordenadores destacam que a avaliação dos resultados das práticas de promoção da saúde é muito subjetiva, baseada apenas nos relatos dos usuários e que se houvesse um método para realizar esta avaliação poderiam utilizar os resultados para planejar novas ações, como enfatizado na fala:

“Para ter uma avaliação positiva teria que ter um questionário para ter como medir isto né, não **na subjetividade da pessoa**, porque na subjetividade da pessoa ela pode achar que entendeu as orientações e continuar com os mesmos hábitos e **é bem difícil tu quantificar pra apresentar uma resposta e realizar um planejamento.**” (DONA VIOLETA)

Os discursos analisados revelam que, no pronunciamento dos resultados esperados a partir das práticas de promoção da saúde, os participantes até percebem o conceito ampliado de saúde, porém se mostram reféns do paradigma preventivo, não operacionalizando no seu cotidiano de trabalho um modelo de avaliação que propicie condições e informações adequadas para o autogerenciamento, aderência ao

esquema terapêutico, habilidades funcionais e conhecimentos acerca dos cuidados e do senso de responsabilidades para consigo mesmo da população (MANTOVANI et al., 2014).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu evidenciar que as práticas de promoção da saúde realizadas na Atenção Primária são fundamentais para incrementar o estado de saúde positivo da população e os coordenadores das unidades se apresentam como atores fundamentais no processo de implantação destas ações.

A formação acadêmica dos participantes ainda reflete o modelo biologicista e preventivista, em contraposição ao modelo teórico de promoção da saúde. Percebe-se um esforço da gestão em proporcionar formação complementar aos profissionais a partir da oferta de especializações gratuitas voltadas especificamente para a saúde da família, na tentativa de diminuir este paradoxo na atuação das equipes de ESF.

São indispensáveis maiores investimentos para a inserção das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária, vista a carência de recursos financeiros destinados para este fim. Nota-se que os recursos disponibilizados pela gestão ainda se destinam predominantemente à realização de procedimentos e consultas individuais. Cabe ressaltar que Atenção Primária à Saúde por ter compromisso com a promoção, prevenção e recuperação da saúde deve disponibilizar aporte necessário para a efetivação das práticas promotoras de saúde, já que estas ações podem contribuir para a construção do modelo de saúde que se deseja para o Sistema Único de Saúde do país.

Urge avançar na consistência das práticas intersetoriais de promoção da saúde que ainda se mostram frágeis e pontuais. Os discursos não revelaram práticas intersetoriais que abrangessem a integralidade dos sujeitos, devendo repensar suas ações e avançar na prevenção de doenças em direção ao cuidado que contempla os determinantes sociais de saúde da população.

Quanto aos resultados esperados, a partir da realização das práticas de promoção da saúde, nota-se que já existe um movimento de ampliação do olhar de saúde em busca do empoderamento da população e melhora dos serviços prestados. Evidenciam-se fragilidades na execução destas ações, apontadas com a falta de um modelo de avaliação das práticas de promoção da saúde realizadas nas unidades, o

que prejudica o planejamento de novas metodologias participativas que promova a aproximação entre o saber científico e popular.

Esta pesquisa se limita a um grupo social, portanto não é possível generalizar estes resultados, embora requeira outras pesquisas que possam explicitar o impacto da atuação dos coordenadores nas práticas de promoção da saúde na Atenção Primária.

Frente ao exposto, resulta evidente também a necessidade de qualificar os serviços de saúde com vistas a oferecer ao indivíduo uma assistência de qualidade, que o empodere e o atenda em sua integralidade, pautada nos determinantes sociais de saúde da população, por profissionais qualificados que fortaleçam o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ARANTES, R.B. Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família: uma avaliação de estrutura. **CiencCuidSaude**, [s.l.], v.13, n.2, p.245-254, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

COSTA, M.P. et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família. Anais. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO, 2012.

GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, **Anais**, São Paulo: Convibra, 2012. p. 1 - 4. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/66/2012_66_4274.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2015.

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.781-790, 2013.

GRACIETTI, A. et al., Promoção da saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3972-82, 2014. (*on-line*)

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 19, p.3553-3559, 2014.

KLEBA, M.E. et al. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 11, p.408-414, 2012.

LOPES, M.S.V. et al. Promoção da Saúde na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 14, p.60-70, 2013.

MANTOVANI, M.F. et al. Representações sociais dos trabalhadores da estratégia saúde da família sobre promoção da saúde. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v.8, n.12, p.4292-4299, 2014.

MELO, C.; DANTAS, V.L.A. Círculos de cultura e promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 328-336, 2012.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MOUTINHO, C.B. et al . Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família.**Trab. educ. saúde**,Rio de Janeiro , v. 12,n. 2,p. 253-272, 2014 .

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.1, n.66, p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Ottawa: WHO, 1986.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (PMF). Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sistemas+de+informacao&menu=0>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

PRODANOV, C.C.; ERNANI C.F. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Editora Feevale, 2ª Ed., 2014.

SILVA, C.S.O et al. Qualificação de enfermeiros em Saúde da Família e qualidade da atenção na ótica de usuários. **Cienc. Cuid. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.1251-1258, 2015.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Rev Min Enferm**, [s.l.], v.18, n.3, p. 614-622, 2014.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.223-38, 2007.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface-Comunicação,saúde e Educação**, v. 16, n. 40, p.149-160, 2012.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o término da presente pesquisa, retomam-se os objetivos traçados no início desta caminhada, que foram o de compreender as práticas de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis/SC para posterior comparação com os dados coletados na cidade de Toronto, Canadá.

A partir da Revisão Integrativa de Literatura se percebe que já existe uma ampliação do conceito de saúde por parte dos profissionais que relatam realizar atividades voltadas ao coletivo e considerando os determinantes sociais de saúde presentes na comunidade, o que corrobora com os dados encontrados nas entrevistas com os profissionais da Atenção Primária.

Com este trabalho foi possível evidenciar que as práticas de promoção da saúde realizadas na Atenção Primária são fundamentais para incrementar o estado de saúde positivo da população e que os determinantes sociais da saúde se apresentam como caminho para alcançar estes ideais, contemplando os objetivos estabelecidos previamente. Os participantes da pesquisa revelaram que consideram a atuação sobre a promoção da saúde no seu processo de trabalho, expressando suas inquietações e citando facilidades e dificuldades para a realização destas práticas.

Dentre as práticas de promoção da saúde citadas se nota a predominância das ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais. A partir da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Os profissionais denotaram que já visualizam resultados das ações de promoção da saúde realizadas a partir de mudanças positivas na saúde da população atendida e a ampliação do olhar dos próprios profissionais em direção ao empoderamento da população para seu autocuidado.

A metodologia do estudo possibilitou a aproximação com os participantes, visto que a coleta de dados ocorreu no ambiente de trabalho dos profissionais selecionados. Houve dificuldades nas questões relativas à limitação do tempo e disponibilidade dos profissionais; por outro lado, a metodologia utilizada na pesquisa possibilitou uma troca horizontal, recíproca entre os participantes.

Foi possível analisar a formação dos profissionais para a atuação sobre a promoção da saúde, que revelou que as academias vêm fazendo um esforço no sentido de inserir a promoção da saúde na sua grade curricular e que o Estado está investindo em pós-graduações

gratuitas com foco no atendimento humanizado e voltado para as questões de promoção da saúde.

Neste sentido os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde demonstram uma formação com maior ênfase na liderança e nas práticas coletivas de promoção da saúde e desenvolvem seu trabalho a partir de uma complexidade ímpar. Então, acredita-se que é relevante investir na educação continuada destes profissionais, visto que possuem grande potencial para ampliar as práticas de promoção da saúde realizadas nas unidades e se instrumentalizar para empoderar a população sob sua responsabilidade.

Avaliando as ações desenvolvidas multiprofissionalmente nas Unidades de Saúde, o estudo constatou que a maioria dos profissionais ainda atua apenas na prevenção de doenças, a partir de uma prática vertical de palestras e orientações em consultório, ignorando o olhar integral e universal da promoção da saúde. Percebe-se que há necessidade de que os profissionais superem a atuação voltada apenas para a transformação dos comportamentos dos indivíduos e compreendam a saúde como resultado de fatores e determinantes culturais, sociais e econômicos múltiplos que se relacionam com a qualidade de vida e que é influenciada pelos determinantes sociais e as práticas de promoção da saúde devam ser voltadas para a coletividade, considerando que as decisões individuais, serão determinadas a partir do contexto social que os indivíduos estão inseridos.

A consolidação da Estratégia Saúde da Família no município que se estrutura a partir das diretrizes do Ministério da Saúde e que possui coordenadores de unidades proativos para instrumentalizar estas práticas de promoção da saúde, além de equipes do NASF preparadas para apoiar as equipes da ESF se apresentam como facilitadores da atuação dos profissionais acerca das práticas de promoção da saúde.

Em contraponto os problemas de gestão do trabalho, como o excesso de demanda para consultas individuais que reduz o escopo de atuação dos profissionais nas práticas coletivas e a falta de recursos humanos são barreiras que os desestimulam a terem uma maior atuação sobre a promoção e os determinantes sociais de saúde.

Percebe-se com esta pesquisa que existem desafios relacionados à atuação dos profissionais sobre os determinantes sociais de saúde, apesar de ser um tema crescente e de grande importância para a Atenção Primária, pois estes ainda estão muito focados no indivíduo e apresentam dificuldades de trabalhar intersetorialmente.

Nota-se também como fragilidade que os profissionais confundem a atuação sobre os determinantes sociais da saúde com as

ações voltadas apenas as pessoas em vulnerabilidade social e afirmam que se não existem áreas de risco social em seus territórios, não há necessidade de atuação sobre este foco.

Ressalta-se a necessidade de mudanças nas práticas tradicionais a partir da ampliação das estratégias de cuidado que envolve a população, considerando que as questões sociais e de saúde estão profundamente ligadas e a promoção da saúde pode ser uma importante resposta a esses desafios. Neste sentido é necessário avançar na consistência das práticas intersetoriais de promoção da saúde que ainda se mostram frágeis e pontuais, pois os discursos não revelaram que essas práticas abrangeriam a integralidade dos sujeitos.

Neste sentido nota-se que os profissionais estão traçando um caminho inverso ao conquistado a partir da reforma sanitária brasileira e posteriormente reafirmado nas políticas nacionais de promoção da saúde e de atenção básica que propõe ações voltadas ao coletivo. Estes em contraposição realizam um movimento de realizar as práticas de promoção da saúde a partir de atendimentos intraconsultório, individualizado e hierarquizado.

Além disto, apontam-se lacunas na avaliação e planejamentos das práticas de promoção da saúde, deixando clara a importância de criar instrumentos que possibilitem a avaliação e planejamento destas práticas na Atenção Primária.

A pesquisa poderá contribuir com os profissionais de saúde ao indicar lacunas quanto à teoria e à prática, à gestão e reorientação dos serviços de saúde, a fim de melhorar a qualidade do serviço prestado. Este estudo é relevante, pois evidencia a concepção de promoção da saúde e da determinação social da saúde sendo trabalhadas nas Unidades de Atenção Primária.

Compreende-se como uma limitação deste estudo o fato de que o mesmo se restringe a um grupo social, portanto não é possível generalizar estes resultados, embora requeira outras pesquisas que possam explicitar o impacto da atuação dos profissionais nas práticas de promoção da saúde nos ambientes hospitalares e educacionais.

Sugere-se que outros estudos aprofundem o potencial dos enfermeiros em alavancarem estes ideais na Atenção Primária e que o escopo da atuação dos demais profissionais sejam ampliados para outros setores da saúde e da sociedade e que possa ampliar para a compreensão da Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais.

REFERÊNCIAS

AERTS D.; ALVES G.G.; SALVIA M.W.; ABEG C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad SaudePublica**, v.20, n.4, p. 1020-1028, 2004.

ANDERMANN, A. Evidence for health: from patient choice to global police. Ottawa: Cambridge, 2013. 220 p.

BADR, P. et al. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. 2014. Disponível em: <http://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/MODULO_2_imprenta.pdf#page=31>. Acesso em: 11 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 Mai. 2014.

_____. Lei n. 8.080 - DOU de 20/9/90 – **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/parceiros.asp>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 brasileira: ações prioritárias / Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional. 2. ed. Brasília : Ministério do Meio Ambiente, 2004.

_____. Portaria MS/GM n. 399. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 20 de maio de 2014.

_____. Ministério da saúde, Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008, disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>. Acesso em: 01 de Setembro de 2014.

BECKER, D.; FRANÇA, F.S.; SILVA, V.M. Empoderando as equipes de saúde da família de um centro de saúde em Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 01, n. 17, p.77-93, 2007.

BUSS, P. M; CARVALHO, I. A. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p. 2305-2316, 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232009000600039>. Acesso em: 04 Nov. 2014.

CEBES. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13 out. 2014.

COSTA, M. P. et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família.2012. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/66/2012_66_4274.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

DAHLGREN G; WHITEHEAD M. 1991.Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 4, p.781-790, 2013.

DURAND, M. K. Promoção da autonomia da mulher na Saúde da Família.2012. 83 p. Dissertação de (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem,Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

ECONOMIA DO BRASIL. Wikipédia, a enciclopédia livre.Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Economia_do_Brasil. Acesso em: 25 set. 2014.

FRANCO S.C.; HERNAEZ A.M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.1871-1880, 2013.

FRIGO, L.F. A interdisciplinaridade na atenção primária: Um relato de experiência. **Rev. Epidemiol. Control. Infect.**,[s.l.], v. 4, n. 2, p. 146-147, 2012.

GRACIETTI, A. et al. Promoção da saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3972-82, 2014.

GURGEL, M.G.I. et al. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery (impr.)**, [s.l.], v.15, n.3, p. 610-615, 2011.

HEIDEMANN, I. T. S. B. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2006. 296p. Tese de (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto.

HEIDEMANN, I T S B; WOSNY, A M; BOEHS, A E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 19, p.3553-3559, 2014.

IBGE. População do Brasil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/caracteristicas_da_populacao_tab_pdf.shtm. Acesso em: 25 set. de 2014.

JACKSON S.F., et al. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Rev Panam Salud Publica** v.34, n.6, p. 473- 480, 2013.

KLEBA, M. E. et al. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó. **CiênciaCuidado e Saúde**, v. 2, n. 11, p.408-414, 2012.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1981.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York: MacGraw –Hill, 1965.

LOPES, M. S. V. et al. Promoção da Saúde na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 1, n. 14, p.60-70, 2013.

MACENO, P. R. Desvelando as ações de Promoção da Saúde das Enfermeiras nos grupos de Atendimentos Coletivos de Atenção Básica. 2013. 147p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MÂNGIA, E.F; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. i, 2008.

MARINHO A.;CARDOSO S.S.; ALMEIDA V.V.Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **Rev. Bras. Econ. [online]**. v.66, n.1, p. 3-19, 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo:Hucitec, 2010.

MOURA, A. I. O. et al. Participação popular no processo de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v. 4, n. 6, p.132-141, 2013.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Org.).**Saúde da Família: Considerações teóricas e Aplicabilidade**. 1^a. São Paulo: Martinari, 2008. 423 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.

_____. Declaração de Adelaide. 1988. In: Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002.

_____. Declaração de Sundsvall. 1991. In: Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002.

_____. Declaração de Yakarta. 1997. In: Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002.

_____. Declaração do México. 2000. In: Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002.

_____. A Carta de Bangkok: para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado. 2005. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Declaração de Nairobi. Nairobi: WHO, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2010, Genebra: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. Declaração de Helsinque: Saúde em Todas as Políticas. Finlândia: WHO, 2013. Disponível em: < <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8ª-Conferência-internacional-de-Promoção-da-saúde.pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2014.

O'NEIL, M.; STIRLING, A. The promotion of health or health promotion? In M. O'Neil, S. Dupéré A. Pederson & I. Rootman (Eds.), Health promotion in Canada: Critical perspectives, (pp.32-45), 2007. Toronto: Canadian Scholar's Press Inc.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração do Milênio. Nova York: United Nations Information Centre, 2000. 16 p.

_____. Rio +20 United Nations Conference on Sustainable Development. Rio de Janeiro: United Nations Information Centre, 2012. 53 p.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. BRASIL, 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Declaração de Santafé de Bogotá. 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. Carta do Caribe para a Promoção da Saúde. 1993. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_caribe.pdf>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. 2002. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/fr-carta.htm>>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento. 2007. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6751.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde. 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mgpaises.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

PAIM J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. V. 377, Issue 9779, Pages 1778-1797.

PEREIRA, A. d. S. et al. Análise da Produção Científica sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos Esp**, v. 2, n. 7, p.40-52, 2013.

PILAR A. C. A.; ANDRADE, M. Promoção da saúde: uma reflexão sobre o papel do enfermeiro. Informe-se em promoção da saúde, **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.7, n.1.p.05-08, 2011.

PINTO, B. K. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 16, p.487-493, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, M.D.A. et al. A visão do agente comunitário de saúde (ACS) acerca do serviço de fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Parnaíba, Piauí. **Sobral**, v. 2, n. 12, p.14-20, 2013.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 235-255, 2012.

ROOTMAN, I. et al. Health Promotion in Canada: Critical perspectives on practice. 3. ed. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2012. 354 p.

SHIMIZU H.E.; ROSALES C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 424-9, 2009.

SIGERIST, H. E. The University at the crossroads. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 1, p.76-85, 2014.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.223-38, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface- Comunicação,saúde e Educação**, v. 16, n. 40, p.149-160, 2012.

VIACAVA, F. et al., Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.921-934, 2012.

WESTPHAL M. Promoção da saúde e prevenção da doença. In: CAMPOS, G. W. et al.(Org.).**Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-667.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA



IDENTIFICAÇÃO

Mestranda: Camilla Costa Cypriano.

Orientadora: Dr^a. Ivonete T. S. Buss Heidemann.

Grupo de Pesquisa: NEPEPS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde.

Tema: Publicações sobre as práticas de promoção da saúde, realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

PERGUNTA

Quais práticas de promoção da saúde são desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da Atenção Primária?

OBJETIVO

Realizar uma Revisão Integrativa de Literatura, no período de 2005 a 2015, buscando analisar nas bases de dados *on-line*, quais os conceitos e estruturas metodológicas dos estudos que abordam as práticas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde.

DESENHO

Trata-se de uma pesquisa em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987).

Trata-se de uma Revisão integrativa da Literatura, com abordagem qualitativa.

As etapas serão conduzidas a partir:

- 1) Escolha da pergunta de pesquisa;
- 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;
Definição das bases de dados e descritores;
Busca na base de dados;
- 3) Seleção da amostra e armazenamento no programa Endnote;
- 4) Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel;
- 5) Avaliação dos estudos incluídos;
- 6) Leitura integral dos artigos;
- 7) Análise dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
- 8) Discussão e análise dos resultados;
- 9) Apresentação do estudo em forma de manuscrito científico.

VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO

Prof.^a Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Prof.^a Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.

FINANCIAMENTO

Será custeado pelo aluno

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo, publicados em periódicos científicos nos anos de 2005 até 2015, nos idiomas inglês, espanhol e português; Disponíveis *on-line* na forma completa (*fulltext*).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Ensaios; Notas prévias; Publicações duplicadas; Íntegra de Teses e Dissertações (excetuando aquelas cujos resultados estão publicados em periódicos), Manuais, artigos que não estão dispostos na íntegra e estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA: Pesquisa avançada

Acesso ao site www.bireme.br “busca via Descritores DECS/MESH”

Descritores – DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MESH (Medical SubjectHeadings)

*Promoção da Saúde
Health Promotion
Promoción de laSalud*

Definição: Promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país. (OMS, 1986)

Sinônimos: Promoção em Saúde; Programas de Bem-Estar; Campanhas de Saúde.

*Atenção Primária à Saúde
Primary Health Care
Atención Primaria de Salude*

Definição: A atenção Primária à Saúde se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2012)

Sinônimos:Atenção Primária de Saúde, Atenção Básica, Atenção Básica à Saúde, Atenção Primária, Atendimento Primário, Cuidados Primários, Cuidados Primários de Saúde.

Comunicação Interdisciplinar

Interdisciplinary Communication
Comunicación Interdisciplinaria

Definição: Comunicação, no sentido de uma riqueza de ideias, envolvendo duas ou mais disciplinas acadêmicas (como as disciplinas que compreendem o campo interdisciplinar da bioética, incluindo a saúde e ciências biológica, humana, social e a lei). Também inclui os problemas na comunicação iniciando-se nas diferenças nos padrões de linguagem utilizados em diferentes disciplinas acadêmica ou médica (DeCs, 2014).

Busca nas bases de dados por cruzamentos propostos:

- A: Promoção da Saúde
 B: Atenção Primária à Saúde
 C: Comunicação Interdisciplinar

BVS

A x B	3328
A x C	251
A x B x C	22
TOTAL	3601

Bases eletrônicas de dados

Bases do Editor Científico Bireme/BVS

A Bireme/Biblioteca Virtual em Saúde é um Centro Especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. Os principais fundamentos da Bireme/BVS são: o acesso à informação científica e técnica em saúde é essencial para o desenvolvimento da saúde; a necessidade de desenvolver a capacidade dos países da América Latina e do Caribe de operar as fontes de informação científica e técnica em saúde de forma cooperativa e eficiente; e a necessidade de promover o uso e de responder às demandas de informação científica e técnica em saúde dos governos, dos sistemas de saúde, das instituições de ensino e investigação, dos profissionais de saúde e do público em geral. As bases

de dados contempladas neste editor científico são: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e Scielo, acredita-se que são bases de uso pertinente para este estudo, tendo em vista a importante abrangência da produção nacional e dos países vizinhos, retratando uma realidade de interesse desta investigação.

Período de busca

Outubro de 2014 a Fevereiro de 2015. (Cronograma)

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A partir da leitura dos resumos de todos os artigos investigados, será realizada a classificação destes no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo. Esta etapa é denominada como *primeira peneira*.

AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma releitura criteriosa dos artigos selecionados, levando-se em conta o critério de exatidão e pertinência do conteúdo, denominada de *segunda peneira*. A avaliação crítica será concretizada a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que viabiliza a sistematização e discussão dos achados em categorias. Esta avaliação segue as etapas do modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura pertinente.

SÍNTESE E CONCLUSÃO

Informações a serem extraídas das produções: Título, Ano de Publicação, Método, Resultados, Considerações, Potenciais instrumentos para realização de análise de desempenho, limitações do estudo e eventuais contribuições consideradas relevantes no decorrer das leituras, Sugestões de aprofundamentos ou novos estudos.

Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de descrição a partir da análise e checagem dos dados coletados. A partir da síntese, poderão ser

analisadas as práticas de promoção da saúde, realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família nas publicações encontradas.

XIII. CRONOGRAMA

Atividade	Jul 201 4	Set 201 4	Out 201 4	Nov 201 4	Dez 201 4	Jan 201 5	Fev 201 5
Elaboração protocolo	X	X					
Validação protocolo			X				
Busca dos estudos		X	X	X			
Seleção dos estudos				X	X		
Organização dos estudos em tabela				X	X		
Categorização				X	X		
Análise dos dados coletados					X	X	
Discussão e Resultados						X	
Elaboração manuscrito						X	X
Finalização do manuscrito							X
Encaminhamento do manuscrito para o Periódico							X

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em 10 jun 2014.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. LITERATURA CIENTÍFICA-TÉCNICA. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php>>. Acesso em: 19 de Maio de 2014.

BARDIN, Lawrence. Análise de Conteúdo. 7ª ed. Portugal: Edições, 1977.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

GANONG, Lawrence. Integrative reviews of nursing research. Research in Nursing & Health, v.10, p. 1-11, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO, 1986.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 Fax (048) 3721-9399 e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para participar da pesquisa denominada: Práticas de promoção da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, que faz parte da dissertação de mestrado da mestrandia do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina Camilla Costa Cypriano, orientada pela Prof^a. Dr^a. Ivonete T S Buss Heidemann.

Esta pesquisa tem por objetivo compreender quais práticas de promoção da saúde são desenvolvidas pelos profissionais inseridos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

O estudo pretende contribuir na atuação dos profissionais de saúde, identificando as principais práticas de promoção da saúde desenvolvidas. Neste sentido, solicita-se permissão para a coleta de dados que será realizada através de entrevistas gravadas, com os profissionais da Rede de Atenção Primária de Saúde selecionada.

Gostaria de convidá-lo a participar desta pesquisa respondendo as perguntas deste formulário, que poderá ter duração de uma hora. Seu anonimato será garantido, não sendo colocados dados de identificação em nenhum documento da pesquisa.

A pesquisa não trará benefícios diretos ao participante, nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela participação, embora os resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde. Os riscos serão

mínimos, mas a pesquisadora se compromete a minimizar qualquer situação de desconforto, constrangimento ou dano que possa a vir acontecer.

Os dados desta pesquisa serão arquivados sob responsabilidade do coordenador da pesquisa e serão utilizados somente na elaboração de produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicação de artigos científicos. Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você poderá receber respostas e qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa e terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato pelos telefones: Dra. Ivonete T S Buss Heidemann (48) 99999263; Mda. Camilla Costa Cypriano: (48) 84119034 ou e-mails: ivonete@nfr.ufsc.br, camillacypriano@yahoo.com.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido de forma clara e detalhada livre de qualquer forma de constrangimento e coerção dos objetivos da justificativa e benefícios do presente projeto da pesquisa.

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Florianópolis, ____ de ____ de 2015.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da coordenadora da pesquisa

NOTA: Este consentimento terá 2 vias que serão assinadas e rubricadas: uma ficará com o pesquisador e outra com o próprio participante da pesquisa.

APÊNDICE C – GUIA DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE

Questionário Sócio Demográfico

ID:

Sexo: M () F () Outros ()

Idade: _____

Tempo de experiência em Unidade de Saúde _____

Tempo de trabalho na US _____

Quantos anos de trabalho _____

Trabalha em outra instituição? Sim () ou Não ()

Formação profissional na área: _____

Ano de graduação e Universidade: _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas relacionadas às práticas de promoção da saúde realizadas no seu ambiente de trabalho. O foco desta entrevista é conhecer o seu trabalho em promoção da saúde, pois através da promoção da saúde se reconhece que a saúde individual e comunitária tem relação com os determinantes sociais de saúde como: pobreza, isolamento social e geográfico, raça, sexo, gênero, imigração, status, língua entre outros. Diante disto:

1. Qual o tipo de formação que você recebeu para realizar as atividades de promoção da saúde?
2. Quais recursos você recebe para realizar as atividades de promoção da saúde na sua Unidade de Saúde?
3. Como são organizadas as atividades de promoção da saúde na Unidade de Saúde onde você atua?
4. Quais outros setores da sociedade participam da organização e implementação das atividades de promoção da saúde?
5. Quais os resultados esperados em relação ao desenvolvimento das atividades de promoção da saúde na comunidade?

APÊNDICE D – GUIA DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE

Questionário Sócio Demográfico

ID:

Sexo: M () F () Outros ()

Idade: _____

Tempo de experiência em Unidade de Saúde _____

Tempo de trabalho na US _____

Quantos anos de trabalho _____

Trabalha em outra instituição? Sim () ou Não ()

Formação profissional na área: _____

Ano de graduação e Universidade: _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas relacionadas às práticas de promoção da saúde realizadas no seu ambiente de trabalho. O foco desta entrevista é conhecer o seu trabalho em promoção da saúde, pois através da promoção da saúde se reconhece que a saúde individual e comunitária tem relação com os determinantes sociais de saúde como: pobreza, isolamento social e geográfico, raça, sexo, gênero, imigração, status, língua entre outros. Diante disto:

1. Qual o tipo de formação que você recebeu para realizar as atividades de promoção da saúde?
2. Quais práticas de promoção da saúde que você desenvolve com maior frequência?
3. Quais estratégias metodológicas você utiliza para realizar as atividades de promoção da saúde?
4. Na sua experiência, o que facilita e o que dificulta o trabalho com a promoção da saúde, nessa US?
5. Você percebe uma intervenção real na saúde da comunidade que essa unidade atende (determinantes sociais de saúde)? Descreva estas intervenções.
6. Que resultados essas atividades de promoção da saúde geram na Unidade? E na comunidade

APÊNDICE E – PRÉ-ANÁLISE DOS DADOS

Quais práticas de promoção de saúde são realizadas nesta unidade?			
Profissional	Discurso	Práticas de promoção	conclusão
Profissional DL Dentista- TR	participação de grupos, grupos de gestantes, grupo de idosos que a gente não tem aqui na unidade mas tem na comunidade na igreja, atividade que eu fui em igreja na minha área que é uma área de interesse social, que também foi atividade na igreja mas a gente foi convidada e abrange a população pra lá pensando em fazer, tipo uma atividade coletiva que está educativa e na odontologia pode ser preventiva junto e de promoção de saúde. Nas escolas eu sou articuladora do PSE (programa de saúde do escolar) aqui na unidade, então a gente consegue ter essa parceria bem legal com a escola onde a gente consegue desenvolver em conjunto várias atividades, é uma escola que abrange não só a minha área, tem uma escola e uma creche na minha área e mais uma creche em outra área que eu faço cobertura também.	Atividades em grupo em forma de palestra: gestante, idosos. Atividade de escovação supervisionada com os escolares.	Atividades em palestra voltadas para mudanças de estilos de vida. Trabalho intersetorial com a igreja e com as escolas.
Profissional orquídea- Enf- TR	De promoção, acredito que nas consultas né, a gente sempre tenta estimular a atividade física, atitudes mais saudáveis de vida, mudanças de hábitos, pros pacientes né... mais nas consultas, grupos de promoção à saúde aqui na unidade mas é mais a educadora física que daí eu não participo que é de relaxamento e a de caminhada mas daí é só com a educadora física e eu acho que é mais nas consultas assim que eu vejo que eu pratico promoção da saúde.	Orientações sobre mudança de estilo de vida em consultório (atividade física), grupo de relaxamento e de caminhada	orientações individuais voltadas para mudanças de hábitos e estilo de vida e atribui a responsabilidade de realizar grupos de promoção da saúde a equipe do NGF.
Orquídea - méd - TR	Atualmente eu só insiro a promoção da saúde dentro dos atendimentos individuais mesmo, não tenho participado de grupos ou outras atividades intersetoriais, pela questão da demanda mesmo, a demanda que cobra a gente estar sempre presente né, a gente teve um grupo em 2013 que era chamado "grupo de saúde legal" que era um grupo bem voltado para a promoção da saúde mesmo, com várias atividades, bem variado, mais atividades de lazer. Teve o grupo de alongamento que a educadora física fazia, grupo de relaxamento também, mas atualmente eu acho que não tem funcionando nenhuma atividade de promoção à saúde mesmo, tem grupos terapêuticos, tem as atividades da escola, mas assim de promoção mesmo não. Eu: E como são as suas orientações em consultório? orquídea2: orientação né, pra estilo de vida saudável, pra esse tipo de coisa mesmo, mais quando a pessoa já tem uma queixa normalmente, mas a gente sempre tenta estimular pra que tenha uma vida saudável mesmo.		
CLARA - Méd- Baco		Orientações sobre mudança de estilo de vida em consultório, sobre alimentação saudável, atividade física e cessação do tabagismo.	Orientações Individuais voltadas para mudanças de hábitos e estilo de vida e atribui a responsabilidade de realizar grupos de promoção da saúde a equipe do NGF.
PED - Dent - Baco	Acho que em todo momento que a gente faz uma consulta a gente também está promovendo saúde né, porque a gente enquanto está fazendo o procedimento está explicando pro paciente, dialogando com ele. A gente faz toda semana o grupo de saúde bucal com as crianças até 10 anos de todas as áreas, elas vem no grupo, é primeiro acesso da criança para que a criança veja outras crianças sendo examinadas, para que a criança perceba o medo né, e além disso eu desenvolvo ações na escola de promoção da saúde também, com atividades educativas em que eu não tbo apenas de saúde bucal, acabo falando sobre a economia de água, como se comportar no banheiro da escola, se a gente pode respirar nas paredes ou não, alimentação saudável que tem tudo a ver com saúde bucal e a minha escola é muito legal porque na verdade é uma creche e é de 0 a 6 anos. Então eu faço todo esse trabalho com as crianças, levo jogos educativos pra eles, desenvolvo algumas tarefas com eles, sempre discutindo saúde bucal com esse gancho da qualidade de vida né. Faço atividades com os professores também e a cada dois meses eu participo da reunião pedagógica, to bem integrada na escola e sou articuladora do PSE também, que a gente trabalha toda essa parte de promoção da saúde, nós vamos fazer semana que vem atividade sobre o pioho, porque eles estão com um problema de infestação, nesse sábado vai ter a festa da família e a gente vai participar com atividades educativas para a família relacionadas a saúde bucal também. É uma integração bem legal, eu acho que a parte do meu trabalho que eu mais gosto, que eu mais me envolvo, porque eu acho que é o que dá resultado em saúde bucal realmente, porque a saúde bucal é muito dependente do autocuidado, então se o paciente não cuidar ele vai ter doença. Acho que essa relação está bem estabelecida. Faço grupos da área também grupos de gestante, puericultura de crianças de 0 a 2 anos, agora a gente parou um pouco porque estávamos sem espaço físico, mas é bem legal porque na promoção é mais fácil de a gente atingir a paciente e realmente o nosso discurso entra um pouco mais do que depois que o bebê tem 3 ou 4 anos, aí é mais difícil de elas incorporarem aquelas informações e é interessante porque depois a gente faz visita domiciliar do recém nascido, se elas vem todos mês pra consulta e se a consulta é em grupo e eu estou lá, elas perdem também aquele medo da dentista, que é uma desconhecida, que elas não sabem quem é, então eu estou participando do grupo pra tirar dúvida, mesmo que o tema não seja aquele aí e também pra me aproximar das pessoas, que a gente vê que a demanda das pessoas é sempre pelo médico né, pela consulta médica e os outros profissionais ficam meio a margem e a partir do momento que o paciente tem um vínculo contigo ele vai te procurar mais e daí tu consegue fazer um acompanhamento a cada 6 meses desse paciente a longo prazo.	Orientações de mudanças de estilos de vida durante as consultas, orientações aos pais das crianças até 10 anos em grupo, atividade na escola com jogos educativos e tarefas sobre saúde bucal, sobre a economia de água, como se comportar no banheiro da escola, se a gente pode respirar nas paredes ou não, alimentação saudável. Atuação intersetorial com a escola, atividade com as famílias nas festas da comunidade. Grupos de gestantes e puericultura e visitas domiciliares.	orientações individuais voltadas para mudanças de hábitos e estilo de vida, trabalho intersetorial com as escolas, participação nos eventos da comunidade, palestras em grupos, ampliação das atividades com as crianças para os D38.

APÊNDICE G – TRATAMENTO DOS DADOS – CATEGORIZAÇÃO

		GRUPOS	ENTREVISTADOS
		Grupos de gestantes	(DL, ped, amanda, laranja, morango, azaléia, azul)
		grupos de idosos	(DL, mariana)
		saúde bucal	(ped)
TEMA CENTRAL - Práticas de promoção da saúde na Atenção Primária	TEMA - GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	puericultura	(ped, mariana))
		tabagismo	(amanda, margarida01, gema, azaléia)
		hipertensão	(amanda, laranja, jasmin)
		planejamento familiar	(margarida01)
		plantas medicinais	(margarida01)
		acupuntura	(margarida01)
		qualidade de vida dos profissionais	(laranja)
		atividade física	(azaléia)
		alimentação saudável	(azaléia, cv, margarida02)
		reabilitação e profilaxia	(CR)

ANEXOS**ANEXO A – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", da pesquisadora responsável Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann, e cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 16 de dezembro de 2014

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44000815.0.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.053.016

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

A promoção da saúde amplia a visão da saúde para um bem-estar universal, que responsabiliza todos os setores sanitários pela qualidade de vida da população, retirando esta responsabilidade apenas do setor saúde e expandido para além do estilo de vida saudável, a partir do empoderamento dos cidadãos para a participação popular, considerando os determinantes sociais e ambientais onde cada indivíduo está inserido. Este estudo objetiva compreender quais práticas de promoção da saúde são desenvolvidas pelos profissionais inseridos nas Unidades de Atenção Primária à

Saúde de Florianópolis. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, participarão deste estudo cinco coordenadores de cada Unidade de Saúde e aproximadamente dois profissionais de nível superior de cada equipe de Saúde da Família selecionadas, será realizada através de caracterização das unidades e entrevista semiestruturada com estes profissionais. Como resultado espera-se contribuir com a melhora da qualidade da assistência no SUS e condições de vida da população.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender quais práticas de promoção da saúde são desenvolvidas pelos profissionais inseridos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.

Endereço: Rua Estèves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 1.053.016

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos, mas a pesquisadora se compromete a minimizar qualquer situação de desconforto, constrangimento ou dano que possa a vir acontecer. Os dados desta pesquisa serão arquivados sob responsabilidade do coordenador da pesquisa e serão utilizados somente na elaboração de produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicação de artigos científicos. Lembramos que as informações

fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você poderá receber respostas e qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa e terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios diretos ao participante, nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela participação, embora os resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria das práticas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de abordagem qualitativa que será realizada em cinco Distritos Sanitários de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A partir disto será selecionado uma equipe de Saúde da Família referente a cinco unidades de saúde do município que serão convidados a participar de entrevistas semi-estruturadas acerca das práticas de promoção da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado, conforme avaliado apresentou todos os termos de apresentação

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atende a todos os requisitos definidos para o comitê de ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO SEM RESSALVAS.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro CEP: 88.015-130
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 Fax: (48)3212-1680 E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 1.053.016

FLORIANOPOLIS, 07 de Maio de 2015

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **Município:** FLORIANOPOLIS **CEP:** 88.015-130
UF: SC
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br