

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

SHERRYL CRISTINA CARVALHO

**OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA – PR.**

PONTA GROSSA
2020

SHERRYL CRISTINA CARVALHO

**OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA – PR.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Estado, Direito e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislei Teresinha Preuss.

PONTA GROSSA
2020

C331 Carvalho, Sherryl Cristina
Os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR /
Sherryl Cristina Carvalho. Ponta Grossa, 2020.
151 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de
Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta
Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Lislei Teresinha Preuss.

1. Atenção básica. 2. Política nacional de atenção básica. 3. Promoção da
saúde. I. Preuss, Lislei Teresinha. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

SHERRYL CRISTINA CARVALHO

“Os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – Pr”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 03 de agosto de 2020

Assinatura pelos membros da Banca



Prof^ª. Dr^ª. Lislei Teresinha Preuss - UEPG – PR - Presidente



Documento assinado digitalmente
Michelly Laurita Wiese
Data: 05/08/2020 14:45:54-0300
CPF: 969.557.089-53

Prof^ª. Dr^ª. Michelly Laurita Wiese - UFSC - SC- Membro Externo



Prof^ª. Dr^ª. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges - UEPG - PR - Membro Interno

Prof^ª. Dr^ª. Keli Regina Dal Prá – UFSC – SC – Suplente Externo

Prof. Dr. Erildo Vicente Muller - UEPG - PR - Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

O mestrado acadêmico foi um período de aprendizagem e crescimento acadêmico, pessoal e profissional. Concluir esse ciclo não foi fácil e só foi possível porque houve pessoas que me apoiaram e me acompanharam durante este percurso, e a essas pessoas que eu manifesto a minha sincera gratidão.

A Deus, a minha eterna gratidão por tudo! Por ser minha fortaleza, nos momentos que pensei em desistir devido aos desafios da pesquisa, quando estava cansada fisicamente e emocionalmente Ele me mostrou o caminho a seguir.

À minha família, especialmente aos meus pais e minhas irmãs, por tudo que fizeram por mim. Muitas vezes, mesmo sem entender o processo pelo qual eu passava, estavam me apoiando incondicionalmente. Nos momentos difíceis me confortando e nos alegres vibrando com as minhas conquistas, sempre com muito amor e carinho. Amo vocês!

Ao meu parceiro da vida, Everton, o qual iniciou esta jornada como meu namorado, durante esse período se tornou o meu noivo e meu marido. Sempre disposto a ler e reler a minha dissertação, por diversas vezes refletir comigo sobre o SUS, mesmo tendo formação e atuação em outra área. Obrigada por sempre ser meu companheiro, parceiro e apoio nos momentos em que mais precisei, por secar minhas lágrimas e sorrir comigo nos momentos de alegria. Te amo muito mais!

À minha orientadora, Dra. Lislei Teresinha Preuss, meu agradecimento, respeito e admiração. Obrigada por acreditar no meu trabalho, por ser constantemente dedicada e comprometida, por me transmitir seu conhecimento e me incentivar a seguir em frente.

Aos membros da banca examinadora, professoras Dra. Michelly Laurita Wiese e Pollyanna Borges, que gentilmente aceitaram o convite para avaliar esta pesquisa. Obrigada por suas riquíssimas contribuições e observações.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa e ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais Aplicadas por me acolherem e me proporcionarem o conhecimento que fez eu me tornar uma pessoa e profissional melhor.

À Coordenação da Atenção Básica, da Fundação Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa por permitir a realização desta pesquisa.

Aos profissionais participantes deste estudo, por compartilharem comigo as suas experiências, tornando assim este estudo possível.

Aos amigos que fiz no mestrado, Amanda e Paulo. Obrigada por tornar essa caminhada mais leve, por compartilhar comigo momentos de alegria e ansiedade.

Aos amigos que estiveram presentes nesta jornada torcendo por mim. Um agradecimento especial a minha amiga Tânia, pelo seu apoio, por suas palavras de incentivo e por acreditar em mim. Amo você!

A todos vocês **muito obrigada!**

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo identificar os desafios para a promoção da saúde no município Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017). Trata-se de uma pesquisa interdisciplinar em ciências sociais aplicadas, de natureza qualitativa. O caminho utilizado para alcançar o objetivo do estudo foi o da pesquisa exploratória. Fez-se necessário também a realização da revisão bibliográfica e documental. A pesquisa de campo foi desenvolvida através de entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos selecionados para participar da pesquisa eram profissionais da saúde que atuavam na Atenção Básica (AB) da Fundação Municipal de Saúde (FMS) do município de Ponta Grossa – PR. O critério para a seleção da amostra foi um profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) de cada distrito sanitário do município, bem como um de cada equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Para a análise dos dados coletados utilizou-se o recurso da análise temática. O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo é denominado “A Política de Saúde e a Atenção Básica no Brasil”, no qual abordou-se a Política Social e da Saúde no Brasil, A Atenção Básica no Brasil e a Política Nacional de Atenção Básica. O segundo capítulo é intitulado “Promoção da Saúde”, no qual discorreu-se sobre os Modelos de Atenção à Saúde, Discussões Internacionais sobre a Promoção da Saúde, Promoção da Saúde no Brasil e Atenção Básica, Promoção e Vigilância. O terceiro capítulo tem como título a “Promoção da Saúde no município de Ponta Grossa – PR”, neste capítulo, apresentou-se a análise dos dados coletados a partir das categorias elencadas. Elencou-se seis categorias de análise que traduziram-se em desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, entre os quais destacam-se: confusão entre os conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças; ações destinadas apenas à prevenção de doenças; falta de recursos humanos e financeiros; falta de instrumentos para avaliar e monitorar a resolutividade da promoção da saúde; falta de participação dos indivíduos nos processos de planejamento e na execução de ações de promoção da saúde; sobrecarga de trabalho; e alterações realizadas na PNAB (2017). Conclui-se que são inúmeros os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR e que para superá-los faz-se necessário que a gestão municipal e os profissionais estejam inseridos em um constante processo de educação permanente, que existam recursos humanos e financeiros, que haja planejamento das ações executadas, que sejam realizadas ações intersetoriais, que existam ferramentas para avaliar e monitorar a promoção da saúde e que os profissionais que atuam na AB tenham conhecimento sobre a PNAB.

Palavras chaves: Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the challenges for health promotion in the municipality of Ponta Grossa - PR, based on the National Primary Care Policy (PNAB-2017). This is a qualitative research interdisciplinary applied social sciences. The path used to achieve the objective of the study was that of exploratory survey. It was also necessary to carry out a bibliographic and documentary review. The field research was developed through semi-structured interviews. The professionals selected to participate in the research are health professionals who work in Primary Care (AB) of the Municipal Health Foundation (FMS) in the municipality of Ponta Grossa - PR. The criterion for the selection of the research was a professional from the Family Health Strategy (ESF) from each health district of the city, as well as one from each team of the Extended Family Health Center (NASF-AB). Thematic analysis was used to analyze the collected data. The present paper is divided into three chapters. The first chapter is called "The Health Policy and Primary Care in Brazil", which discussed the Social and Health Policy in Brazil, Primary Care in Brazil and the National Primary Care Policy. The second chapter is entitled "Health Promotion", in which the Health Care Models, International Discussions on Health Promotion, Health Promotion in Brazil and Primary Care, Promotion and Surveillance were addressed. The third chapter "Health Promotion in the municipality of Ponta Grossa - PR" analyses the data collected from the presented categories. Six categories of analysis were listed, which allowed it to conclude that there are several challenges for the operationalization of health promotion in Ponta Grossa - PR, which stand out: confusion between the concepts of health promotion and disease prevention; actions aimed only at disease prevention; lack of human and financial resources; lack of instruments to assess and monitor the effectiveness of health promotion; lack of participation of individuals in the planning processes and in the execution of health promotion actions; work overload; and changes made to the PNAB (2017). It is concluded that there are countless challenges for health promotion in the municipality of Ponta Grossa - PR and that to overcome them, it is necessary that the municipal management and professionals are inserted in a constant process of permanent education, that resources exist human and financial, that there is planning of the actions carried out, that intersectoral actions are carried out, that tools exist to evaluate and monitor health promotion and that professionals working in AB have knowledge about the PNAB.

Key words: Care Policy, Health Promotion, National Primary Care Policy, Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 –	Terminologia utilizada nas PNAB's: AB e APS.....	43
QUADRO 2 –	Síntese dos Conceitos da AB nas PNAB's 2006, 2011 e 2017.....	43
QUADRO 3 –	Tipos de equipes.....	45
QUADRO 4 –	Carga horária UBS.....	46
QUADRO 5 –	Cobertura populacional.....	47
QUADRO 6 –	Infraestrutura e recursos.....	48
QUADRO 7 –	Quantidade de ACS por ESF.....	49
QUADRO 8 –	Carga horária profissionais.....	51
QUADRO 9 –	NASF.....	52
FIGURA 1 –	Modelos de Atenção Alternativos.....	57
QUADRO 10 –	Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.....	59
FIGURA 2 –	Linha do tempo: conferências e eventos de promoção da saúde.....	64
QUADRO 11 –	Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção.....	67
QUADRO 12 –	Diferenças entre a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e da saúde do trabalhador(a).....	77
FIGURA 3 –	Localização do município de Ponta Grossa – PR.....	82
QUADRO 13 –	Divisão de áreas por distrito – 2019.....	84
QUADRO 14 –	Território equipes NASF – 2019.....	85
FIGURA 4 –	Regionais de Saúde.....	87
QUADRO 15 –	Perfil básico dos sujeitos entrevistados.....	89
GRÁFICO 1 –	Faixa etária das profissionais entrevistadas.....	90
GRÁFICO 2 –	Tempo de formação das profissionais entrevistadas.....	91
GRÁFICO 3 –	Tempo de atuação das profissionais entrevistadas na saúde pública.....	91

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BIRD	Banco Mundial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conselho Nacional Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Eab	Equipes de Atenção Básica
Esb	Equipes de Saúde Bucal
Esf	Equipes de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
FNS	Fundação Nacional de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOB	Norma Operacional Básica
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PROESF	Projeto de Expansão da Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde

RBS	Reforma Sanitária Brasileira
SB	Saúde Bucal
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	23
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL E DA SAÚDE NO BRASIL..	23
1.2 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	32
1.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	41
CAPÍTULO 2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	54
2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	54
2.2 DISCUSSÕES INTERNACIONAIS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	58
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	64
2.4 ATENÇÃO BÁSICA, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA: UM DEBATE NECESSÁRIO.....	73
CAPÍTULO 3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.....	81
3.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.....	81
3.2 A PESQUISA DE CAMPO.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS.....	130
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	141
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	143
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	145
ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANETE.....	150

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como tema “Os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017)”. A aproximação com o referido tema ocorreu devido ao fato da pesquisadora ser servidora no município de Ponta Grossa – PR, desenvolvendo suas atividades laborais como Assistente Social na Fundação Municipal de Saúde (FMS), junto a Atenção Básica (AB), especificamente ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

A partir da experiência vivenciada junto às equipes de Saúde da Família (eSF) do município de Ponta Grossa – PR, verificou-se que tais profissionais encontram dificuldades para desenvolver ações de promoção da saúde. A partir desta inquietação, a autora buscou aprofundar seus conhecimentos teóricos, bem como investigar tal temática. Neste sentido, acredita-se que o Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas contribuiu para aprofundar diretamente os conhecimentos teóricos, investigar e analisar a realidade estudada.

O interesse pela área de concentração Cidadania e Políticas Públicas, bem como pela linha de pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas, se deu pelo fato do Sistema Único de Saúde - SUS ser uma política pública que, desde sua implantação, teve avanços e retrocessos, garantindo o direito à população a um serviço universal.

Durante a fase exploratória deste estudo, realizou-se um levantamento de dados do que já foi produzido teoricamente sobre: Política Nacional de Atenção Básica; Atenção Básica; e Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Tal investigação foi realizada através das Teses e Dissertações do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG; Teses, Dissertações e artigos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); publicações no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e publicações no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). No decorrer deste estudo, verificou-se que não existe nenhuma Tese ou Dissertação igual a temática investigada, ou seja, ela é inédita.

Além de ser uma pesquisa inédita, este estudo visa contribuir com o serviço de AB do município de Ponta Grossa – PR através da identificação dos desafios para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Considerando os motivos acima citados para o desenvolvimento desta dissertação, verificou-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos sobre as seguintes temáticas: Política Pública de Saúde, Legislações que regulamentam o SUS, Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica e Promoção da Saúde.

A AB no Brasil é resultado do desenvolvimento da política pública de saúde do país. A democratização da saúde ocorreu a partir da metade da década de 1970, período em que foi organizado um movimento social que contou com a participação da população, estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde, instituições acadêmicas e sociedades científicas, culminando na proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e conseqüentemente na implantação do SUS (PAIM, 2015).

Na década seguinte, mais precisamente em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreu em Brasília, tornando-se um dos momentos mais importantes da política social brasileira, uma vez que a população passou a ter espaço para participar, discutir e decidir questões relacionadas à política de saúde (KLEBA, 2005).

Os temas discutidos na 8ª Conferência foram: “direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 436).

As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram incorporadas na Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988, sendo que a partir desta legislação todo cidadão passou a ter direito ao sistema de saúde público e gratuito, garantido em especial pela proteção social do Estado. O SUS foi criado pela Constituição Federal e materializado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 de 1990).

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A referida legislação considera como os princípios do SUS a universalidade, a integralidade e a equidade.

A AB é organizada a partir dos preceitos do SUS, sendo a mesma definida por um “[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017).

A principal estratégia de expansão e organização da AB no SUS é a Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada principalmente para ampliar o acesso à AB para os cidadãos brasileiros, objetivando “consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de coordenar a integralidade de assistência à saúde” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p. 807).

A ESF está situada no primeiro nível de atenção à saúde do SUS, ou seja, é neste serviço que ocorre, na maioria das vezes, o primeiro contato do usuário com o sistema público de saúde. A AB através da ESF visa desenvolver “uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011).

O atendimento realizado na AB é desenvolvido por uma equipe multiprofissional para uma população que está inserida em um território geograficamente delimitado, e os profissionais que atuam nestas equipes possuem responsabilidade sanitária por esses usuários (BRASIL, 2017).

As eSF devem estabelecer vínculo com a população inserida no seu território de abrangência a fim de:

[...] identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (ESCOREL et al., 2007, p. 165)

Para o desenvolvimento de suas ações, as equipes da AB e da ESF contam com o apoio do NASF-AB, que são equipes multiprofissionais prestadores de apoio clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da AB. Compete especificamente às equipes NASF-AB:

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017).

Conforme exposto, os serviços da AB devem desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As diretrizes sobre a organização e o funcionamento da AB são estabelecidas pela PNAB, a qual foi submetida a alterações e modificações, sendo a sua última atualização no ano de 2017, através da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.

A edição da PNAB publicada em setembro de 2017 foi alvo de críticas por instituições que tradicionalmente estão ligadas à defesa do SUS, sendo elas: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 12).

A partir das considerações acima expostas definiu-se como objeto de pesquisa “os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica (2017)” e como questão central “quais são os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica (2017)?”. Abaixo seguem as questões norteadoras deste estudo:

- 1 – Como é a estrutura de serviços de AB no município de Ponta Grossa – PR?
- 2 – Qual o entendimento dos profissionais da AB do município de Ponta Grossa – PR sobre promoção da saúde?

3 – Quais são as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de AB do município de Ponta Grossa – PR?

4 – A promoção da saúde, no município de Ponta Grossa – PR atende as diretrizes preconizadas pela PNAB (2017)?

5 – Quais as mudanças que ocorreram na AB do município de Ponta Grossa – PR após a aprovação da PNAB (2017)?

Considerando o objeto deste estudo, bem como as suas questões norteadoras, esta pesquisa tem como objetivo geral “identificar os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a PNAB 2017”. Buscando alcançar o objetivo geral, a presente dissertação possui os seguintes objetivos específicos:

1 – Descrever a estrutura dos serviços da AB do município de Ponta Grossa – PR;

2 – Identificar o que os profissionais da AB do município de Ponta Grossa – PR entendem como promoção da saúde;

3 – Verificar quais são as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da AB do município de Ponta Grossa – PR;

4 – Analisar se a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR atende as diretrizes preconizadas pela PNAB (2017);

5 – Identificar as mudanças que ocorreram no município de Ponta Grossa – PR após a aprovação da PNAB (2017).

O universo desta pesquisa é a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Ponta Grossa – PR, especificamente a AB. A cidade foi fundada em 15 de setembro de 1823 e encontra-se localizada no centro do estado do Paraná. Atualmente possui população estimada em 352.736 habitantes (IBGE, 2019).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2018-2021), quanto à estrutura de atendimento à saúde, o município de Ponta Grossa conta, na AB, com 52 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 10 destas na área rural e o restante na área urbana. Ao todo são 80 Equipes Saúde da Família (eSF), 13 de Saúde Bucal, 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com serviços rotineiros e consultas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Foram implantadas, ainda, 5 equipes dos

NASF-AB e 1 Equipe de Atenção Domiciliar¹. O Plano salienta que em 2017 a cobertura populacional do município pela ESF era de 90%, e que possui como meta atingir uma cobertura populacional de 95% até 2020 (PONTA GROSSA, 2017).

O Plano Municipal de Saúde foi elaborado em 2017, porém após a sua publicação ocorreram alterações referente à estrutura dos serviços. Conforme documento enviado pela coordenação da FMS, atualmente o município conta com 48 USF, 1 UBS, 78 ESF e 4 equipes NASF. Tais dados são apresentados e explorados no capítulo 3.

O método aqui adotado é o crítico dialético. Buscou-se a partir deste método, norteado pela teoria marxista, compreender o objeto (fenômeno) desta dissertação, os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a PNAB 2017. O método crítico dialético, enquanto método científico, possibilita ao pesquisador a superação do senso comum e consequentemente o desvelamento da realidade estudada através de uma reflexão crítica.

De acordo Munhoz (2006, p. 26), “no processo de estudo da realidade o fenômeno que se deseja conhecer, inicialmente se dá ao sujeito cognoscente como concreto figurado, como aparência, como visão caótica”. É um concreto sensível, uma vez que parte de conhecimentos imediatos, e também é abstrato, pois pouco se conhece do fenômeno investigado.

Para compreender o fenômeno estudado o pesquisador precisa aproximar-se do objeto, visando ultrapassar os fatos superficiais (aparência) até alcançar a sua essência (parte mais estável do fenômeno). Neste sentido, ele deve ser ativo, isto é, “deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação” (NETTO, 2011, p.25).

Após esse processo de investigação, o objeto deixa de ser um concreto abstrato, pois pouco se conhecia sobre ele e passa a ser um concreto pensado e abstrato, isto é, ampliou-se conhecimentos sobre o fenômeno investigado, entretanto ele é ainda limitado (MUNHOZ, 2006).

¹ Atendimento destinado a pacientes que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitam “maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica” (BRASIL, 2019).

Para tanto, é necessário que o pesquisador realize uma viagem no sentido inverso, “mas dessa vez não como uma representação caótica de um todo, porém como uma rica totalidade de determinações e relações diversas” (MARX, 2008, p. 258). Segundo Marx (2008), é a viagem de retorno que possibilita ao pesquisador chegar ao concreto pensado.

Apenas quando é concluída a investigação, (a qual é provisória, sujeita a correção, validação, etc.) que o pesquisador expõe os resultados alcançados. Neste sentido, o método de Marx é definido como “[...] uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (NETTO, 2011, p. 53).

Para Marx existe uma conexão fundamental entre a elaboração teórica e a formulação metodológica, ou seja, não é possível analisar o método sem referência teórica, bem como a teoria social torna-se incompreensível sem o seu método. É através desta conexão que se encontram articuladas três categorias de análise, sendo: totalidade, mediação e contradição.

Para Marx, a sociedade burguesa é uma totalidade concreta. Não é um “todo” constituído por “partes” funcionalmente integradas. Antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade. [...] Mas a totalidade concreta e articulada que é a sociedade burguesa é uma totalidade dinâmica – seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas – e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação. A natureza dessas contradições, seus ritmos, as condições de seus limites, controles e soluções dependem da estrutura de cada totalidade – e, novamente, não há fórmulas/formas apriorísticas para determiná-las: também cabe à pesquisa descobri-las. Enfim, uma questão crucial reside em descobrir as relações entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa. Tais relações nunca são diretas; elas são mediadas não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. Sem os sistemas de mediações (internas e externas) que articulam tais totalidades, a totalidade concreta que é a sociedade burguesa seria uma totalidade indiferenciada - e a indiferenciação cancelaria o caráter do concreto, já determinado como ‘unidade do diverso’ (NETTO, 2011, p. 56 - 58).

Identificar os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR através do método crítico dialético requer da pesquisadora uma análise crítica da realidade em sua totalidade. Para tanto, fez-se necessária a aproximação

da pesquisadora com objeto, visando ultrapassar os fatos superficiais até alcançar a essência do fenômeno.

Neste contexto, o processo de desvelamento do objeto iniciou-se com conhecimento imediato que se tinha do mesmo. Na sequência, objetivando desconstruir esse conhecimento prévio, bem como alcançar a essência do fenômeno investigado realizou-se o processo de reconstrução do objeto, isto é, através da relação teoria e prática tornou-se necessário rever os conhecimentos teóricos acumulados sobre a temática e identificar o que necessitava de aprofundamento teórico através de uma busca bibliográfica. Após esse momento, foi necessária a coleta de dados através de entrevistas com os sujeitos investigados, o que possibilitou uma aproximação com o objeto em questão. Esse processo possibilitou à pesquisadora conhecimento teórico para analisar os dados levantados, a partir das mediações e contradições existentes e conseqüentemente para a compreensão do objeto, os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR.

Com relação à metodologia, a presente pesquisa é de natureza qualitativa, a qual “dirige-se às análises de casos concretos, em suas peculiaridades locais e temporais, partindo de suas expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais” (FLICK, 2009, p. 37). Minayo (2008) ressalta a importância de adotar a pesquisa qualitativa em saúde nas ciências sociais entendendo que saúde e a doença não são apenas uma experiência orgânica, biológica e externa aos indivíduos. Para identificar os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR foi necessário entender a temática para além de dados estatísticos, portanto buscou-se dar voz aos sujeitos que executam as ações de promoção da saúde com o intuito de obter o máximo de informações possíveis sobre o fenômeno investigado.

O caminho utilizado para alcançar os objetivos do estudo foi o da pesquisa exploratória, a qual visa maiores informações sobre o objeto investigado (SEVERINO, 2007). Para tanto, primeiramente realizou-se um levantamento sobre o que já foi produzido teoricamente sobre a temática investigada (Política Nacional de Atenção Básica; Atenção Básica; e Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde) e na sequência verificou-se os serviços que atuavam com promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR.

Além da pesquisa exploratória tornou-se fundamental a revisão bibliográfica para o aprofundamento da temática investigada. Neste sentido, consultou-se

autores, como: Eugênio Vilaça Mendes, Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Sonia Fleury, Assis Mafort Ouverney, Jairnilson Silva Paim, Márcia Faria Westphal, Lucíola Santos Rabello, Antônio Ivo de Carvalho, Paulo Marchiori Buss, entre outros.

Tornou-se necessário, ainda, a realização da revisão documental visando identificar as principais legislações que abordam a promoção da saúde no Brasil. Para a elaboração deste estudo foram utilizados os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988, Lei 8080/90 e 8142/90, Política Nacional de Atenção Básica (2006, 2011, 2017) e Política Nacional de Promoção à Saúde.

A pesquisa de campo foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas (apêndice A). Segundo Triviños (2012), na entrevista semiestruturada o entrevistador segue um roteiro que possui questionamentos básicos, os quais são elaborados a partir de hipóteses e teorias que visam atingir os objetivos da pesquisa. Optou-se pela entrevista como instrumento de coleta de dados por entender que as questões que foram elaboradas propiciaram uma aproximação da pesquisadora com o local, bem como com os sujeitos da pesquisa, os quais emitiram suas opiniões sobre a temática investigada e conseqüentemente contribuíram para a compreensão dos desafios da promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR a partir da PNAB 2017.

Os sujeitos da pesquisa são profissionais de saúde que atuam na AB da FMS do município de Ponta Grossa – PR. O critério para a seleção da amostra foi um profissional da ESF de cada distrito sanitário do município, bem como um de cada equipe NASF. Considerando que a AB é composta por uma equipe multiprofissional, optou-se também por entrevistar servidores de diferentes áreas de atuação. Selecionou-se a coordenadora da AB, sendo esta profissional responsável pela gestão do referido serviço e onze profissionais de saúde que atuam na ESF e no NASF. Os profissionais convidados a participar desse estudo foram selecionados após contato telefônico com a equipe de coordenação da AB do município, momento em que identificou-se as equipes que desenvolviam ações de promoção da saúde, em cada distrito sanitário.

Após a realização desse levantamento, estabeleceu-se contato telefônico com os profissionais que laboravam nesses espaços, os quais puderam optar quanto a sua participação. Cabe destacar que a pesquisa de campo é apresentada e explorada no terceiro capítulo desta dissertação.

Considerando as exigências éticas do estudo, o projeto de pesquisa foi submetido ao Núcleo de Educação Permanente – NEP da FMS para apreciação e aprovação. Foi enviado através do Sistema Eletrônico de Informações – SEI (processo nº 00273/2019), sendo o mesmo aprovado em 09 de janeiro de 2019, conforme carta de aprovação que consta no anexo B. Da mesma maneira, o projeto de pesquisa foi submetido para a apreciação e aprovação no Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, através da plataforma digital, sendo o mesmo aprovado (parecer nº 3.184.339) na data de 07 de março de 2019, conforme consta no anexo A.

Após a realização das entrevistas, realizou-se a análise dos dados coletados. Neste estudo, optou-se por interpretar os dados obtidos nas entrevistas através da análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo. De acordo com Minayo (2008, p.316), a análise temática busca “descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico analisado”. Assim a mesma divide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamentos dos resultados.

A primeira etapa é a pré-análise, a qual consiste na escolha inicial dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. Ela desenvolve-se por meio da leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos (MINAYO, 2008).

Na leitura flutuante ocorre o primeiro contato com o material coletado. A constituição do corpus refere-se a algumas normas de validade qualitativa, considerando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A formulação e reformulação de hipóteses e objetivos ocorre na retomada da etapa exploratória, tendo como princípio da leitura exaustiva do material as indagações iniciais.

Cabe destacar que a etapa pré-analítica consiste na determinação da unidade de registro (palavra-chave) e unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) “os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise” (MINAYO, 2008, p. 317).

A segunda etapa é a exploração do material, nela ocorre a operação classificatória a qual tem por intuito atingir o núcleo de compreensão do texto. Neste sentido, o pesquisador “busca encontrar categorias que são expressões ou palavras

significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2008, p. 317).

A última etapa é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde destacam-se as informações alcançadas. Depois disso, o pesquisador sugere inferências e realiza interpretações, baseadas em seu quadro teórico ou abre novas possibilidades teóricas e interpretativas, propostas através da leitura do material (MINAYO, 2008).

Com base nesta ferramenta, analisou-se os dados coletados na pesquisa da seguinte maneira:

Pré-análise: leitura do material coletado; definiram-se os documentos que poderiam ser utilizados para a análise dos dados; selecionou-se fragmentos das entrevistas que respondiam aos objetivos da pesquisa;

Exploração do material: os dados coletados foram sistematizados, organizados e categorizados a partir dos conteúdos que emergiram e se destacaram nas entrevistas;

Tratamento dos resultados: foram realizadas reflexões e interpretações dos dados coletados visando responder os objetivos da pesquisa.

Esta dissertação encontra-se organizada em três capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a organização da Política de Saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, aborda-se também a AB no Brasil e salienta-se a importância da ESF. Finaliza-se o capítulo destacando os principais aspectos, mudanças e retrocessos ocasionados pela PNAB 2017.

No segundo capítulo discorre-se sobre os modelos de atenção à saúde no Brasil. Realiza-se também uma breve sistematização sobre o processo histórico da promoção da saúde internacionalmente e apresenta-se o contexto da promoção da saúde no país, enfatizando as principais legislações que abordam a temática, bem como os determinantes sociais no processo saúde-doença. Por fim discute-se sobre a importância da articulação entre a AB, promoção e vigilância da saúde.

No terceiro capítulo descreve-se a estrutura e a organização da AB do município de Ponta Grossa – PR. Faz-se a análise dos dados coletados, a partir das entrevistas realizadas. Os dados traduziram-se em seis categorias análise, as quais permitiram responder aos objetivos dessa pesquisa, sendo: O que é promoção da saúde?; Ações de promoção da saúde desenvolvidas pela AB no município de Ponta Grossa – PR; Planejamento e promoção da saúde; Intersetorialidade e promoção da

saúde; Resolutividade na promoção da saúde; e Condições e desafios para a operacionalização da promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR.

Por fim, no último item apresentam-se as considerações finais desta dissertação. Destacam-se quais são os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, bem como realizam-se reflexões, apontamentos e sugestões, contribuindo com aqueles que desejam explorar a temática investigada.

CAPÍTULO 1

A POLÍTICA DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Esta dissertação tem como objetivo geral identificar os desafios para a promoção da saúde, no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017). A primeira parte deste capítulo apresenta, de maneira breve, o conceito de política social. Na sequência é abordado o desenvolvimento da política de saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, perpassando pelas principais legislações que regulamentam esse sistema, enfatizando principalmente a AB e a PNAB. Cabe destacar que o primeiro item deste capítulo não busca aprofundar a discussão sobre a política de saúde, mas sim apresentar um referencial teórico para subsidiar a pesquisa realizada, visando alcançar o objetivo geral da mesma.

A segunda parte aborda a AB no Brasil, distinguindo os conceitos AB e Atenção Primária à Saúde (APS). Nela também se discorre sobre o desenvolvimento da AB no país, salientando principalmente o desenvolvimento da ESF.

O capítulo é finalizado com a PNAB, destacando as suas três edições - 2006, 2011 e 2017, bem como o período político em que elas foram criadas. O foco principal deste item está na apresentação dos principais aspectos, mudanças e retrocessos ocasionados pela Portaria de nº 2.436/2017.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL E DA SAÚDE NO BRASIL

Considerando que os objetivos desta pesquisa estão vinculados à política social de saúde e à atenção básica, neste item, são apresentados conceitos de políticas sociais. Descreve-se ainda uma sistematização breve sobre a política social de saúde no Brasil, ou seja, como ocorreu a organização do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, bem como os principais aspectos legais para a operacionalização deste sistema.

Conforme Carvalho (2007, p. 75), as políticas sociais representam um compilado de “diretrizes, orientações, critérios e ações que permitam a preservação e a elevação do bem estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível”.

Para Fleury e Ouverney (2008, p. 15), políticas sociais são “ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social”. Portanto a proteção social promove técnicas para diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos aos riscos sociais.

A política social, “como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar”. A política social expressa uma dinâmica multifacetada que compreende “ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais”, os quais devem ser considerados como referência para a organização das sociedades (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 16).

A partir destes conceitos, entende-se que as políticas sociais fazem parte de um amplo sistema de proteção social, que tem por finalidade diminuir as desigualdades sociais por meio dos direitos sociais garantidos a todos os cidadãos. Para compreender melhor o conceito de política social faz-se necessário conhecer brevemente o seu histórico.

De acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 47), não é possível precisar o período específico do surgimento das políticas sociais, uma vez que, como processo social, elas criaram-se “na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo como a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal”. O surgimento das políticas sociais está vinculado aos movimentos de massa social-democratas, bem como a formação dos Estados-nação da Europa ocidental (final do século XIX), transição do capitalismo concorrencial para o monopolista, especialmente após a Segunda Guerra Mundial (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

A Revolução Industrial, que ocorreu entre os séculos XVIII e XIX, produziu diversas consequências, de ordem econômica, política e social. Esse período foi marcado pelo fortalecimento do capitalismo, principalmente em decorrência da exploração da classe trabalhadora, e pelo crescimento econômico simultâneo ao aumento da pobreza. Tais fatos ocasionaram em organizações e manifestação do proletário, sindicatos e cooperativas que reivindicavam ações do Estado (PIANA, 2009).

A primeira iniciativa referente às políticas sociais ocorreu na Alemanha, final do século XIX, norteadas pela lógica do seguro social. O modelo bismarckiano foi criado em 1883, durante o Governo do Chanceler Otto Von Bismarck, como uma reação às greves e pressões dos trabalhadores.

De acordo com Boschetti (2009), o modelo bismarckiano se concretizou através de benefícios previdenciários que passaram a constituir a seguridade social. Este modelo é considerado como um sistema de seguros sociais, pelo fato de suas características serem similares às de seguros privados: “[...] os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada”; em relação ao financiamento, “os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários” (BOSCHETTI, 2009, p. 324-325). Neste cenário os benefícios eram organizados em Caixas e geridos pelo Estado, através da participação dos contribuintes, sendo os empregadores e empregados (BOSCHETTI, 2009).

Em 1942, no decorrer da Segunda Guerra Mundial, surgiu na Inglaterra o Plano Beveridge, o qual apresentou críticas ao modelo bismarckiano, bem como propôs a criação do Welfare State. No sistema beveridgiano, os direitos possuem caráter universal e são “destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade” (BOSCHETTI, 2009, p. 325). Em relação ao financiamento, o mesmo era derivado dos impostos fiscais, sendo a sua gestão pública (estatal) (BOSCHETTI, 2009).

Segundo Beveridge (1943 *apud* BOSCHETTI, 2009, p. 325) os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano buscavam “[...] manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho”, enquanto o modelo beveridgiano tinha como intuito a luta contra a pobreza.

Após fim da Segunda Guerra Mundial (século XX), estabeleceu-se o Estado de Bem Estar Social (Welfare State), o qual foi norteadas pela teoria keynesiana em países da Europa e Estados Unidos da América, visando o pleno emprego e a menor desigualdade entre os cidadãos. De acordo com a teoria keynesiana, os governos são responsáveis por promover condições mínimas de sobrevivência para todos os cidadãos, como direito social.

Este modelo tem sua base fundada no mercado, entretanto com ampla intervenção do Estado, o qual tem por objetivo minimizar a pobreza através da regulação da “economia de mercado de modo a assegurar o pleno emprego, a criação de serviços sociais de consumo coletivo, como a educação, saúde e assistência social para atender a casos de extrema necessidade” (PIANA, 2009, p. 30).

No início da década de 1970 o sistema capitalista entrou em crise, o que resultou na implantação de medidas neoliberais e na incapacidade de assegurar trabalho para todos. Os países que adotaram o Welfare State passaram a reduzir a lógica do seguro no campo da seguridade social e da mesma maneira estabeleceram benefícios desvinculados da necessidade de prévia contribuição, principalmente àqueles relacionadas à modalidade de programas de transferência de renda (BOSCHETTI, 2009).

No Brasil, o desenvolvimento das políticas sociais ocorreu de maneira diferenciada dos países do capitalismo central. No cenário brasileiro, as políticas sociais estiveram sempre vinculadas a projetos de desenvolvimentos econômicos de diferentes regimes políticos, e conseqüentemente os direitos sociais foram desenvolvidos de forma fragmentada e desigual (LOBATO, 2016).

O período de 1923 a 1985 foi marcado principalmente por regimes autoritários e, neste contexto, as políticas sociais foram circunscritas por “um legado de alta centralização, baixa interferência da população e pouca transparência, além de organizações burocratizadas” (LOBATO, 2016, p. 89).

No que se refere à política de saúde, de maneira sucinta, pode-se afirmar que a mesma foi caracterizada por campanhas sanitárias, assistência médico-curativa (excludente), de caráter hospitalocêntrico, dando ênfase apenas para a cura de doenças (BRAVO, 2000).

A década de 1980 caracterizou-se pelo retorno da democratização no país, principalmente pela promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como pela crise econômica no Brasil (BRAVO, 2000).

A Constituição Federal de 1988 prescreve que o modelo de proteção social adotado no Brasil é o de seguridade social. De acordo com o art. 194 da legislação acima citada, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Em tal modelo, o Estado e a sociedade são responsáveis pela manutenção das políticas que compõe o tripé da seguridade social, tendo como objetivo a garantia dos direitos dos cidadãos. Desta forma, o Estado é responsável pela administração e pelo financiamento do sistema, devendo remeter os recursos do orçamento público para a manutenção de políticas sociais e a sociedade contribui através do pagamento de impostos. “Nesse sentido, fala-se que a seguridade gera um compromisso entre gerações, em que os adultos pagam os benefícios das gerações dos seus pais e criam uma dívida para a geração de seus filhos” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 35). É no modelo exposto que ocorre a cidadania universal, uma vez que os benefícios são garantidos como direitos sociais de maneira universalizada a todos os cidadãos brasileiros (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

De acordo com a Carta Magna, para que ocorra a efetivação da seguridade social a sua organização deve ocorrer conforme com os seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

Conforme apontado, a Constituição Federal considera o tripé da seguridade social: a Saúde de caráter universal, a Previdência Social destinada aos trabalhadores contribuintes e a Assistência Social para quem dela necessitar. Nesse contexto, observa-se que a seguridade social brasileira combinou princípios tanto do modelo bismarckiano (previdência social), quanto do beveridgiano (saúde e assistencial social) (BOSCHETTI, 2009).

A saúde é uma das principais políticas sociais desenvolvida pelo Estado brasileiro, a qual está explicitada no artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 instituiu legalmente o sistema público de saúde brasileiro, denominado como Sistema Único de Saúde (SUS)², implantado em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

A operacionalização da saúde pública ocorre através do SUS, sendo este sistema definido pela Lei Orgânica de Saúde, como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Além disso, a referida legislação estabelece como responsabilidade do Estado executar, através de políticas econômicas e sociais, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto observa-se que é dever do sistema público garantir atendimento de maneira integral aos seus usuários, através de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde.

Mesmo o SUS sendo um sistema público, universal e gratuito, o Estado pode recorrer a serviços da iniciativa privada para garantir a cobertura assistencial da população de uma determinada área. Os serviços prestados por tais instituições ocorrem como uma participação complementar, através de contratos e convênios, sendo observadas as normas do direito público, os princípios éticos e as normas do SUS, considerando o funcionamento, controle e fiscalização (BRASIL, 1990). Embora o SUS não seja constituído apenas de serviços públicos, está prevista na legislação a participação complementar da iniciativa privada, os serviços ofertados pelo sistema são gratuitos, não sendo necessária a comprovação de renda para que seus usuários os utilizem.

De acordo com a Lei nº 8080/90, o SUS possui quatorze princípios e diretrizes. Pode-se definir que os “princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivado da moral, da ética, da filosofia, da política e do

² Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreu em Brasília. O relatório final da conferência suscitou o capítulo ‘Saúde’ da Constituição Federal de 1988, originando, na sequência, nas leis orgânicas da saúde (leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) que instituíram o SUS (PAIM, 2015).

direito. São valores que orientam nossos pensamentos e nossas ações”. As diretrizes “são orientações gerais, de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõe do sistema de saúde a seguirem a mesma direção ou, talvez, o mesmo caminho” (PAIM, 2015, p. 37).

São considerados princípios do SUS: Universalidade; integralidade; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

As diretrizes do SUS são: divulgação de informações; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização; regionalização e hierarquização; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, etc.

Dentre estes princípios e diretrizes, destacam-se algumas considerações a respeito daqueles observados como os principais para este trabalho. Primeiramente, evidencia-se que a universalidade à saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, todos podem acessar os serviços que envolvam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Também se ressalta a igualdade da assistência à saúde (equidade), que preceitua que tal assistência deve ser realizada sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. De acordo com esse princípio, todos os usuários do SUS, devem ser atendidos sem discriminação, independente de cor, credo, sexo ou religião.

A integralidade da assistência pode ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Este princípio estabelece que todos os cidadãos devem ser atendidos de maneira integral, sendo fundamental a articulação intersetorial, contribuindo com a qualidade de vida dos usuários.

A diretriz participação da comunidade assegura à sociedade a participação nos espaços da política de saúde, visando a elaboração de estratégias, controle e avaliação do SUS. Neste sentido, a participação da comunidade ocorre por meio dos Conselhos e Conferência de Saúde.

Já a diretriz regionalização e hierarquização estabelece que os serviços de saúde devam estar organizados em níveis de complexidade crescente, ou seja, o atendimento no SUS ocorre em três níveis de atenção, sendo eles: atenção básica, onde se encontram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF); atenção secundária, onde estão as especialidades médicas, as Unidades de Pronto Atendimento; e a atenção terciária, onde encontram-se os hospitais de grande porte.

Por fim, a diretriz da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, define a atribuição e responsabilidade sobre os serviços de saúde em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal, sendo tais atribuições executadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e Ministério da Saúde, respectivamente.

A descentralização tem por intuito ofertar maior qualidade aos serviços de saúde e contribuir com o controle e fiscalização pelos cidadãos. Neste sentido, todas as esferas de governo possuem responsabilidades quanto ao financiamento e as ações dos serviços de saúde para a população.

Além das responsabilidades comuns às três esferas de governo, a Lei Orgânica de Saúde define atribuições específicas a cada uma delas. Dentre as responsabilidades do Ministério da Saúde, estão a “normatização e a coordenação geral dos sistemas no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e municípios para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 447).

Com relação às responsabilidades a nível estadual, destacam-se: “planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 447).

Por fim, cabe aos municípios desenvolver “a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema”. Salienta-se ainda que tanto os estados quanto o Ministério da Saúde “limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 447).

Visando materializar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a Lei nº 8.142 estabelece duas instâncias colegiadas, sendo elas: Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Essas instâncias têm como objetivos:

1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 451-452).

A Lei nº 8.142 expressa em seu art. 1º, § 2º que os Conselhos de Saúde são de “caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários” (BRASIL, 1990). Os Conselhos de Saúde devem garantir a paridade de participação do grupo dos usuários em relação aos demais segmentos. A atuação dos Conselhos de Saúde ocorre na formulação de estratégias, bem como no controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990). Em relação às conferências de saúde, estas deverão ocorrer a cada quatro anos com o intuito de avaliar e propor diretrizes para a política de saúde em cada esfera de governo.

De acordo com o exposto neste item, a política social brasileira teve um avanço significativo após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Os princípios do SUS possibilitaram a superação da assistência médico-curativa (excludente) de caráter hospitalocêntrico e resultaram em um atendimento universal. Dentre as melhorias, destacam-se a ampliação dos espaços públicos de atendimento à saúde.

Atualmente os serviços de saúde são executados em diversos espaços: UBS; hospitais; laboratórios e hemocentros; vigilância epidemiológica; sanitária e ambiental; instituições de pesquisas acadêmicas; entre outros, os quais são organizados através das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³, sendo a AB a

³As RAS visam garantir a integralidade do cuidado dos usuários do SUS, isto é, os diversos pontos de atenção à saúde devem dialogar e atender os usuários de forma contínua e integral, sendo a AB a responsável pela organização do cuidado. Neste sentido, as RAS buscam superar a fragmentação da

coordenadora do cuidado. Neste sentido, a temática a ser discutida no próximo item deste trabalho é a AB, com ênfase a ESF.

1.2 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Considerando que o objeto desta pesquisa está vinculado a AB, este item apresenta os conceitos de AB e APS. Na sequência é explicitado o cenário histórico que levou o Brasil a adotar a terminologia AB. Por fim, é realizada uma breve descrição da AB enfatizando a ESF.

A primeira discussão realizada neste item está vinculada à terminologia adotada para se referir ao primeiro nível de atenção à saúde. Embora a PNAB 2017 considere a expressão AB e APS como termos equivalentes, observa-se que nos documentos oficiais a denominação AB é predominante, distinguindo-se da nomenclatura utilizada internacionalmente que é APS. Neste trabalho, é utilizada a expressão AB para se referir ao primeiro nível de atenção à saúde, uma vez que tal expressão é preponderante nos documentos oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde.

As diferentes interpretações sobre os termos AB e APS geram discussões entre pesquisadores e profissionais da saúde. “Ao mesmo tempo em que uns entendem ‘básica’ vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam ‘primário’ como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar” (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009, p. 205).

Para Gil (2006), os termos AB e APS ora são utilizados como sinônimos e ora são usados como contraposições. O termo APS (Primary Health Care), quando traduzido literalmente do inglês diverge do significado primary e primário do português. A palavra básica não possui regionalismos, e seu sinônimo principal é o termo “essencial”. Em países subdesenvolvidos, a APS é interpretada como um “programa específico para os marginalizados e excluídos e materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres” (GIL, 2006, p. 1177).

assistência, ou seja, pretendem mudar a concepção do atendimento isolado em cada nível de atenção de básica, média e alta complexidade. (MENDES, 2012).

Para Mendes (2012, p. 102), o termo APS está relacionado “à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde o atributo mais fundamental da APS”. A expressão básica “não significa esse atributo essencialíssimo da APS”. O autor enfatiza ainda que, a terminologia APS “aproximaria a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo”.

De acordo com Matta e Morossini (2009, on-line), internacionalmente utiliza-se o termo APS como uma estratégia de atenção à saúde, destinada a “responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”.

Embora na literatura internacional a expressão APS seja mais utilizada, no Brasil a APS absorve os princípios da Reforma Sanitária, ou seja, no cenário nacional buscou-se ampliar os cuidados primários de saúde a toda a população, levando conseqüentemente o SUS a utilizar a denominação AB (MATTA; MOROSINI, 2009).

Com base na discussão exposta, faz-se necessário entender o contexto histórico que levou diversos países a adotarem a terminologia APS, enquanto o Brasil optou por utilizar a expressão AB. As primeiras experiências em âmbito internacional de cuidados primários em saúde ocorreram em Paris, no século XIX, especificamente em 1982 quando o professor Pierre Budin instituiu o centro de atendimento infantil, espaço esse destinado a realizar ações que atualmente são denominadas de atenção básica (ROSEN, 1980 *apud* ALEIXO, 2002).

Nos Estados Unidos, durante os anos de 1910 e 1915, “os esforços para relacionar os serviços a uma população delimitada, ou a população de uma área definida, logo levaram a compreensão da necessidade de um foco de administração, que foi denominado de centro de saúde”. Nos centros de saúde eram realizados atendimentos básicos de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p. 783).

Em 1920, o ministro de saúde inglês Dawson of Penn, através do relatório de Dawson, estabeleceu o Centro de Saúde como a instituição responsável por atendimento médico, em nível primário, para a população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p 783). Dawson definiu a APS como:

O Centro de Saúde Primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o

tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos (LAGO; CRUZ, 2001, p. 7 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p 783)

De acordo com Mello, Fontanella, Demarzo (2009), embora tenham ocorridas experiências que poderiam ser entendidas como serviços de atenção primária, foi o estudo White et al., em 1961, que alertou para a “atenção médica primária”, ao comprovar que a maior parte dos cuidados médicos nos Estados Unidos da América (EUA) e no Reino Unido eram materializadas neste nível de atenção e demonstrando que a minoria dos atendimentos eram realizados nos hospitais universitários.

Em 1966, nos EUA, o informe da Comissão Milis (Comissão de Cidadãos) considerou APS como: “Oferta do primeiro contato, a adoção da reponsabilidade longitudinal pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde” (ROSEN, 1994, p. 372 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p 784).

Na década de 1970, nos EUA, a Academia Americana de Médicos de Família definiu a APS como:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento de doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009, p 784).

Embora tenham ocorrido diversas discussões sobre a APS, as mesmas só foram aprofundadas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Esta Conferência, conhecida como Conferência de Alma-Ata, contou com a participação de 134 governantes e com mais de três mil delegados, não constando nesta oportunidade, a presença de representantes do Brasil. Durante a Conferência, a Declaração de Alma-Ata foi aprovada pela Assembleia Geral da OMS, que

promoveu em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A Declaração de Alma Ata enfatizou ainda a responsabilidade dos governos em relação à saúde dos seus povos, através de medidas sanitárias e sociais.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), os cuidados primários de saúde devem estar voltados para os principais problemas de saúde da comunidade, bem como prover serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades da população (OMS, 1978). Além disso, ela reconheceu que os cuidados primários e os serviços de saúde diferem de um país para outro, devido às condições econômicas e culturais de cada comunidade. A Declaração estabeleceu que todos os serviços de cuidados primários devem compreender, no mínimo:

Educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), a Declaração de Alma-Ata foi alvo de críticas por agências internacionais, com a justificativa de ser muito abrangente e pouco propositiva. Assim sendo, em 1979, diversas agências internacionais⁴ realizaram uma conferência na Itália, patrocinada pela Fundação Rockefeller, onde foi debatida a “atenção primária seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento” (CUETO, 2004 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 581).

Durante a conferência foi apresentado o conceito de atenção primária seletiva, a qual estabeleceu um pacote de serviços de baixos custos visando controlar as doenças prevalentes em países pobres. “Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 581).

⁴ Banco Mundial, Fundação Ford, agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento.

Nos anos subsequentes, quatro medidas foram propostas para países pobres, com apoio da UNICEF, sendo: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização. As agências internacionais como, por exemplo, a UNICEF, financiavam essas ações, as quais possuíam “objetivos claros, fáceis para avaliar e medir o alcance de metas” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 581).

Além das ações acima expostas, foram incluídas mais três medidas: suplementação alimentar, alfabetização feminina e planejamento familiar. A alfabetização feminina e conseqüentemente a elevação do nível de escolaridade das mulheres, foram consideradas como fundamentais para as ações de saúde, uma vez que estavam associadas à diminuição da mortalidade infantil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Tais medidas receberam diversas críticas, “orientando-se por critérios estritamente técnicos de custo efetividade sem considerar políticas determinantes” e especialmente, “por desconsiderar a exigência de melhorias socioeconômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde da população” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 581).

No decorrer da década de 1980, o entendimento de atenção primária como cesta restrita de serviços básicos selecionados, destinados à população em situação de pobreza, passou a ser preponderante para as agências internacionais, como, por exemplo, o Banco Mundial (BIRD), ficando conhecida como atenção primária seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

As discussões sobre o primeiro nível de atenção à saúde, no Brasil, acompanharam os movimentos internacionais, ou seja, o país aderiu às propostas da Declaração de Alma-Ata que ocorreu na década de 1970. Entretanto, no cenário brasileiro, utiliza-se o termo AB para se referir ao primeiro nível de atenção à saúde no SUS, uma vez que se preocupou em distinguir as políticas propostas pelo movimento sanitário dos programas da APS restritivo, focalizado e seletivo, propagado pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Considerando o processo histórico da política pública de saúde, observa-se que a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 “possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde” (MATTA; MOROSINI, 2009, online).

Embora as legislações acima expostas tenham apresentado avanços em relação à saúde pública brasileira, a década de 1990 foi marcada pela tensão entre a expansão do projeto neoliberal, que buscava reduzir os gastos públicos e, conseqüentemente, possibilitar que a cobertura da assistência à saúde fosse realizada através do setor privado – mercado, e a preservação do SUS, acarretando em ações do Ministério da Saúde voltadas para o processo de descentralização da gestão. Assim sendo, a responsabilidade da atenção à saúde foi transferida para os municípios, o que demandou uma revisão do fundamento da assistência básica, ou seja, ocorreu a sua organização e ampliação como primeiro nível de atenção, de acordo com as necessidades da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Nesse sentido, em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), seu desenvolvimento ocorreu primeiramente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atuando nas seguintes demandas: “combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação e na orientação à vacinação” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 600).

A criação dos PACS ocorreu de maneira emergencial, objetivando prestar suporte à assistência básica onde não fosse possível a interiorização de assistência médica. Desse modo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram treinados para desenvolver as seguintes atividades: visitas domiciliares; diagnóstico comunitário; identificação de áreas de risco individual e coletivo; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; encaminhamento da população aos serviços de saúde quando necessário e acompanhamento de saúde da população (BRASIL, 2009).

Através do estabelecimento dos ACS's, percebeu-se que sua atuação não era aquém aos serviços de saúde, embora suas ações fossem realizadas fora da UBS. Tal fato proporcionou a ruptura do preconceito quanto à realização do serviço da AB realizado por pessoas da comunidade “sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sobre a responsabilidade de um supervisor” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 601).

Ainda de acordo com Giovanella e Mendonça (2008), este acontecimento demandou a definição do perfil do ACS e de suas atribuições, bem como requisitou uma supervisão especializada, ou seja, exigiu o acompanhamento de um

profissional de nível superior (enfermeiro), como apoio para a execução do trabalho dos agentes. Tais modificações propiciaram alterações nas práticas e ações de saúde, uma vez que essas não estavam mais vinculadas apenas ao profissional médico. A avaliação contínua do PACS apresentou a necessidade de:

Maiores indicações entre esse modelo e os serviços de saúde para evitar o esgotamento e o desgaste da atuação dos agentes. O PACS, integrado ao sistema municipal de saúde, poderia garantir maior efetividade em seu trabalho com as comunidades, facilitando também a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando o leque de intervenção e melhorando o seu desempenho (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 601).

Os ACS's foram essenciais para a concretização de um novo modelo de atenção, pois possibilitaram o fortalecimento e a integração da comunidade com os serviços de saúde, porém observou-se que o PACS atuava de maneira seletiva, e “sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade” (MENDES, 2012, p. 74).

Neste contexto, após a elaboração do PACS, em 1993 é criado o Programa Saúde da Família (PSF), através da Portaria MS nº 692 de dezembro de 1993, com a finalidade de priorizar ações de proteção e promoção à saúde da população, sendo que “o discurso oficial referente ao PSF é de trabalhar voltado para a atenção integral a saúde” (TEIXEIRA, 2002, p. 238).

Inicialmente, a cobertura assistencial do PSF ocorreu principalmente em pequenos municípios e apresentou um caráter restritivo, com requisitos para assumir a demanda contida de AB, porém, com baixa capacidade que pudesse assegurar a continuidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Saúde da Família enquanto estratégia é citada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96). Através desta normativa, a AB passou a ser definida como o primeiro nível de atenção à saúde, identificada como “conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2009, p. 20).

Entre as principais determinações apontadas pela NOB SUS 01/96, consta:

- 1) alterar o modelo de alocação de recursos financeiros federais para os estados e municípios através da modalidade de transferência direta do FNS para os fundos municipais e estaduais;
- 2) estimular a capacidade gestora do Estado em nível local,

para promover mudanças no modelo de AB, para que o atendimento de saúde ocorra para além da seletividade e conseqüentemente propor a Saúde da Família como estratégia; 3) estabelecer indicadores de produção e de impacto epidemiológico (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Já o novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios, determinado pela NOB 01/96 foi denominado como: o Piso de Atenção Básica (PAB), com variantes – fixo e variável.

O PAB fixo estabeleceu os recursos per capita/ano para a AB, e implantou a categoria de transferência regular e automática, de valores financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, proporcionando mais autonomia para a gestão municipal e mais reponsabilidade para o gestor local com o atendimento à saúde da população (BRASIL, 2005).

O PAB variável foi criado para incentivar a adoção, pelos municípios, dos programas estratégicos da AB, sendo eles: “farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família” (BRASIL, 2005, p. 17).

Apesar do Ministério da Saúde ter fomentado a implantação das equipes da ESF, no decorrer do ano de 1999, constatou-se que as equipes não conseguiram garantir a cobertura de suas populações. Apreensivo com a ameaça de eliminação da ESF e com a criação de novos espaços de assistência, em novembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde reajustou os valores dos repasses e incorporou uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos do PAB variável, referente a ESF, recompensando melhor os municípios com maior cobertura populacional das eSF (BRASIL, 2005).

A implantação da ESF se expandiu de maneira rápida pelos municípios de pequeno porte, com pouca ou nenhuma capacidade instalada. Em compensação, nos grandes centros urbanos, ocorreu de maneira lenta, uma vez que deparou-se com questões de maior densidade, as quais estavam relacionadas à concentração demográfica, ao alto grau de exclusão para o ingresso nos serviços de saúde, à problemas de saúde inerentes das grandes cidades e metrópoles e a oferta permanente em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SCOREL et al., 2007).

A partir de 2003, o crescimento da ESF passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), sendo essa uma estratégia do Ministério da Saúde, apoiada pelo BIRD, tendo como intuito a organização e o fortalecimento da AB no Brasil (BRASIL, 2003).

O PROESF tinha por objetivo contribuir para a implementação e o fortalecimento da ESF em municípios com população superior a cem mil habitantes, bem como o fomento da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços de saúde, aprimorando e garantido respostas efetivas para a população, em todo o território nacional (BRASIL, 2003).

A ESF se consolidou como um modelo para a atenção básica no Brasil. Neste contexto, em 2006 é criada a Política Nacional da Atenção Básica através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, sendo revisada nos anos de 2011 e 2017. De acordo com essa legislação, além de ser considerado o primeiro nível de atenção à saúde, a AB considera o indivíduo em sua integralidade. O atendimento na AB ultrapassa o modelo curativo centrado na figura do médico e suas ações envolvem a prevenção e a promoção da saúde incorporando-se a outros níveis de atenção e envolvendo diversas categorias profissionais.

Cabe destacar que os serviços da AB são executados nas UBS ou USF, as quais são o espaço/estrutura em que se deve acolher todas as pessoas do território. Cada eSF é responsável por uma população de 2.000 a 3.500 pessoas, residentes em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2017).

As eSF devem conhecer as famílias do seu território de abrangência; identificar e intervir nos problemas de saúde da população, realizar, se necessário, o encaminhamento do usuário para o serviço especializado; realizar ações de educação de saúde e intersetoriais para a comunidade, bem como prestar atendimento integral as famílias que encontram-se sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017).

A ESF é formada por equipes multidisciplinares compostas por: médico (preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente com especialidade em saúde da família), auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS. De acordo com a PNAB, podem somar-se as equipes o Agente de Combate às Endemias (ACE), cirurgião-dentista (preferencialmente com especialidade em saúde da família), auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Visando ampliar as ações na AB, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Eles foram criados com o objetivo de “[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como, sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008).

As equipes NASF são multiprofissionais e podem ser compostas pelos seguintes:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2017).

De maneira sucinta, as equipes NASF possuem as seguintes atribuições: prestar apoio às equipes da ESF, ou seja, o serviço não se constitui “porta aberta” para os usuários; estar vinculados às equipes da ESF, localizadas em territórios definidos; desenvolver conjuntamente com as equipes de Saúde da Família espaços de discussões através de reuniões e atendimentos compartilhados. Ademais, são eixos de trabalho do NASF: responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado (BRASIL, 2009).

Como verificou-se no decorrer deste estudo, a ESF se expandiu em território nacional, tornando-se a principal modalidade de operacionalização da AB no SUS. É na AB que ocorre o primeiro contato do usuário com sistema público de saúde, portanto este nível de atenção responsável por desenvolver ações de promoção, prevenção e tratamento a saúde da população. As diretrizes para a organização da AB são estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, sendo esta discussão abordada na sequência deste trabalho.

1.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

O último item deste capítulo trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas a alcançar o objetivo geral deste estudo. A discussão sobre a PNAB é fundamental, uma vez que esta Política estabelece as diretrizes para a

organização dos serviços da AB. Ademais, a PNAB foi criada em 2006 e revisada nos anos 2011 e 2017. Neste trabalho destacam-se os principais aspectos, mudanças e retrocessos ocasionados pela PNAB 2017.

Considerando que a construção de uma política de saúde é envolta por diversos aspectos, políticos, econômicos, culturais, dentre outros, a primeira questão fundamental a ser discutida neste trabalho refere-se ao momento histórico em que as Políticas Nacionais de Atenção Básica foram criadas e atualizadas. Para tanto, faz-se necessário compreender, ainda que de maneira breve, as principais ações que ocorreram na AB durante os governos dos presidentes Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff e Michel Temer.

A primeira edição da PNAB ocorreu com a promulgação da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, durante o mandato do presidente Lula (2003 – 2010). No decorrer de seu mandato, buscou-se preservar a centralidade da ESF e estabelecer uma AB forte, que fosse capaz de ampliar a cobertura, “prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e o eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Em 2011, durante o mandato da presidente Dilma Rousseff (2011 – 2016), iniciou-se o processo de revisão e alteração da PNAB. A portaria GM nº 648/2006 foi revogada pela portaria GM nº 2.488, em 21 de outubro de 2011. Ao longo do governo de Dilma mantiveram-se as ações de expansão da cobertura da ESF, entretanto, nesse período, o problema principal foi a falta de médicos, sendo a alternativa encontrada pelo governo a criação do Programa Mais Médicos.

Em 2016, a presidente Dilma Rousseff foi demovida do cargo através de um impeachment. Consequentemente, quem assumiu a presidência foi o seu vice, Michel Temer. No decorrer do governo de Temer observou-se “o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Esse mandato foi marcado pela aprovação de medidas racionalizantes, sendo a principal justificativa combater o desequilíbrio fiscal, atribuído ao excesso de contas públicas derivadas de ‘políticas paternalistas’, que teriam intensificado a crise econômica. A determinação era alterar o destino dos recursos do fundo público,

reduzindo as políticas sociais, fomentando a redução da dimensão pública e fortalecendo a participação do setor privado (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Neste cenário, em 21 de setembro de 2017, a PNAB foi novamente revisada, sendo a normativa atual a Portaria nº 2.436/2017. Cabe destacar que a PNAB 2017, publicada durante o governo Temer, foi alvo de críticas e manifestações contrárias a sua publicação por diversos setores da sociedade, dentre eles, o CEBES, a ABRASCO, o CNS e a ENSP, os quais a entenderam como um retrocesso para o sistema público de saúde, o que afetou principalmente a ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Considerando os breves apontamentos acima expostos, abordam-se os principais aspectos, mudanças e retrocessos ocorridos com as PNAB's 2006, 2011 e 2017. A primeira discussão realizada refere-se à terminologia utilizada nos documentos, AB e APS.

QUADRO 1 - Terminologia utilizada nas PNAB's: AB e APS.

PNAB's	TERMINOLOGIA
PNAB 2006	AB
PNAB 2011	Considera as terminologias AB e APS como equivalentes.
PNAB 2017	Mantêm-se o conceito de 2011.

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

Conforme já abordado no decorrer deste trabalho, as PNAB's 2011 e 2017 consideram as terminologias AB e APS equivalentes, ou seja, os princípios e as diretrizes expressas nas Políticas são válidos tanto para a AB quanto para APS, entretanto, observa-se no decorrer do texto que a terminologia AB foi predominante.

Com relação ao conceito da AB definiu-se:

QUADRO 2 – Síntese dos Conceitos da AB nas PNAB's 2006, 2011 e 2017

PNAB's	CONCEITOS AB
PNAB 2006	Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.
PNAB 2011	Mantém o mesmo conceito de AB expresso na edição de 2006. Entretanto, a revisão de 2011 considera a AB como ordenadora das RAS.

QUADRO 2 – Síntese dos Conceitos da AB nas PNAB's 2006, 2011 e 2017

(conclusão)

PNAB's	CONCEITOS AB
PNAB 2017	Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

Na última edição da PNAB em 2017, no conceito, destacam-se dois elementos importantes: dimensão familiar e vigilância em saúde. É possível notar que as políticas sociais presentes continuam se modernizando, com vistas à fundamentar as alterações basilares no SUS, bem como movimentos no sentido de fortalecer o setor privado em detrimento do setor público por meio de privatizações. Neste aspecto, a dimensão familiar destacada na PNAB 2017 tem por intuito terceirizar a responsabilidade do cuidado para as famílias, sendo que essas ações deveriam ser realizadas pelo Estado.

A PNAB 2017 também acrescenta ao conceito de AB à Vigilância em Saúde. Cabe destacar que em julho de 2018, através da Resolução nº588/2018, foi aprovada a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). O documento apresenta as diretrizes e bases para as ações de promoção, proteção e prevenção de doenças e agravos, articuladas de vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, inclusive para o setor privado. Essas ações da vigilância em saúde têm como principal foco a AB, devido ao fato desta ser coordenadora das RAS.

Com relação às ações e serviços desenvolvidos pela AB, a PNAB 2017 apresenta uma inovação. De acordo com a portaria, “todas as equipes que atuam na AB deverão **garantir** ações e procedimentos de Padrão Essencial”, bem como “**recomenda-se** que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade” (BRASIL, 2017, grifo nosso).

Define-se padrão essencial como “ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção

Básica” (BRASIL, 2017). Tal conceito está vinculado à ideia de cuidados mínimos (básicos/essenciais), ou seja, retomando o conceito de uma AB seletiva e fragmentada (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

De acordo com Morosini; Fonseca e Lima (2018), o texto da PNAB 2017 é vago e apresenta carência de detalhes sobre os serviços que compõe o padrão essencial, ou seja, permanece a dúvida sobre a capacidade de esse padrão resolver as necessidades de saúde da população que deveriam ser realizadas pela AB.

No Padrão Ampliado, recomenda-se que sejam realizadas “ações e procedimentos estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde” (BRASIL, 2017). De acordo com essa definição, as ações de saúde desenvolvidas com base nesse padrão podem ser negligenciadas, uma vez que são consideradas como recomendáveis e não obrigatórias (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em relação aos tipos de equipes, de acordo com a tabela 3 abaixo, observa-se:

QUADRO 3 – Tipos de equipes

PNAB's	TIPOS DE EQUIPES
PNAB 2006	Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).
PNAB 2011	Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (NASF) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)
PNAB 2017	Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe da Atenção Básica (eAB); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

Em seu texto a PNAB 2017 reconhece “a Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica”, entretanto, destaca que “serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter

transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2017).

A PNAB 2017 reafirma que a sua operacionalização pode ocorrer através de outras estratégias para além da Saúde da Família, ou seja, considera como modalidades de equipes: eSF, eAB e eSB. A consolidação da ESF como o serviço prioritário da AB, ocorreu após um longo processo. Neste sentido, reconhecer outros tipos de equipe de AB, sendo uma delas as eAB tradicional é um retrocesso, uma vez que esse serviço perde uma de suas principais características que é o atendimento centrado na Saúde da Família em sua integralidade.

Além disso, a possibilidade de novas formações das equipes de AB expressas na PNAB 2017 pode colaborar com o modelo biomédico hegemônico, o qual desenvolve apenas ações curativas e de controle de riscos. A eAB não estabelece vínculo com os usuários, ou seja, o cidadão busca o serviço apenas quando está adoecido, dificultando a integralidade do cuidado e as ações de promoção da saúde.

Com relação ao horário de funcionamento das UBS as três edições ressaltam como carga horária mínima 40 horas/semanais. Já a PNAB 2017 apresenta a possibilidade de horários alternativos, conforme tabela a seguir:

QUADRO 4 – Carga horária UBS

PNAB's	CARGA HORÁRIA
PNAB 2006	40 horas/semanais
PNAB 2011	40 horas/semanais
PNAB 2017	40 horas/semanais, o atendimento deve ocorrer no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano. Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados.

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

A PNAB 2017 aponta como novidade a possibilidade de horários alternativos de funcionamento, os quais podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que a alteração de horário atenda a necessidade da população e que cumpra a carga horária mínima de 40 horas semanais (BRASIL, 2017). Dessa forma, observa-se que as UBS poderão atender a população nos finais

de semana e em períodos noturnos. A ampliação da jornada da UBS é considerada um fator positivo, haja vista que a partir desta alteração diversos usuários que não conseguem acessar os serviços, poderão recorrer a AB ao invés de buscar atendimento em outros espaços de saúde. Tal alteração possibilita que as pessoas recebam um atendimento integral e não apenas ações pontuais quando os indivíduos estão acometidos por algum agravo de saúde.

Entretanto, observa-se no atual contexto, a dificuldade dos municípios em possuir recursos humanos, estruturais e financeiros para realizar tal alteração. Pode-se se citar como exemplo a escassez de profissionais médicos na AB, especialmente depois de Cuba encerrar sua participação no Programa Mais Médicos (2018). Após o fim do contrato muitos municípios não conseguiram preencher o quadro médico, ocasionando num déficit de atendimento na AB. “Desde que o programa foi criado, em 2013, nenhum edital deu conta de ocupar todas as vagas somente com profissionais do país. Mesmo quando tomam posse, 30% desistem do posto em até um ano” (DOMINGUEZ, 2018, p. 16).

Com relação à cobertura populacional de responsabilidade de cada eSF, destaca-se:

QUADRO 5 – Cobertura populacional

PNAB's	COBERTURA POPULACIONAL
PNAB 2006	4.000 habitantes, sendo a média indicada de 3.000 habitantes.
PNAB 2011	4.000 habitantes, sendo a média indicada de 3.000 habitantes.
PNAB 2017	2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território.

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

De acordo com o texto expresso na PNAB 2017, além da faixa populacional acima descrita existe a possibilidade de outros arranjos de adscrição, considerando:

[...] vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Observa-se que o atendimento à saúde está vinculado às vulnerabilidades e aos riscos do território, ou seja, volta-se para a concepção de uma política de saúde fragmentada e que corrobora para o desmonte do SUS. Da mesma maneira, verifica-se a autonomia que é dada ao gestor local, o que pode ser uma ameaça aos direitos sociais. Dependendo da conduta do gestor, as ações de saúde podem ser executadas apenas com o intuito de otimizar custos, isto é, ações apenas em territórios de vulnerabilidade e riscos sociais ferindo o princípio da universalidade e integralidade.

Em relação à infraestrutura e recursos necessários destaca-se:

QUADRO 6 – Infraestrutura e recursos

PNAB's	INFRAESTRUTURA E RECURSOS
PNAB 2006 / eSF	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS.
PNAB 2006 / Eab	Não previa
PNAB 2011 / Esf	Médico generalista ou com especialidade em saúde da família ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou com especialidade em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Podem fazer parte da equipe os profissionais de saúde bucal, sendo: cirurgião dentista generalista ou com especialidade em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.
PNAB 2011 / eAB	Não previa
PNAB 2017 / eSF	Não alterou a composição mínima da eSF. Podem fazer parte das equipes de saúde o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.
PNAB 2017 / eAB	Médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro também preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

A tabela 6 evidencia o avanço conquistado a partir da PNAB 2011 quando a mesma estabeleceu que os profissionais que compõe as ESF devem possuir, preferencialmente, especialização em saúde da família. Do mesmo modo, o texto da Política expressa a preocupação em possuir funcionários capacitados para atuar nas eSF, sendo que aqueles não especializados em saúde da família podem realizar

ações apenas de caráter curativo, não visando o cuidado ampliado e as ações de prevenção e promoção da saúde.

A PNAB 2017 reconhece diferentes composições de equipes, sendo uma delas a eAB. Observa-se que na eAB o profissional ACS poderá fazer parte da equipe, isto é, a sua atuação é dispensável. Tal normativa é preocupante, pois o ACS é quem estabelece o vínculo do serviço de saúde com a comunidade, ou seja, conhece todos os determinantes sociais do território, contribuindo para o fortalecimento dos serviços de saúde e, conseqüentemente, com a integralidade do atendimento prestado ao usuário. Entretanto, a falta deste profissional prejudica especialmente as ações educativas, bem como as de promoção da saúde, “pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 18).

Além disso, a PNAB 2017 trouxe alterações quanto à quantidade de ACS por ESF, conforme destacado na tabela 7:

QUADRO 7 - Quantidade de ACS por ESF

PNAB's	QUANTIDADE DE ACS POR ESF
PNAB 2006	ACS's para cobrir 100% da população cadastrada, sendo distribuídos no máximo 750 usuários por profissional. Cada eSF deveria contar com 12 ACS's.
PNAB 2011	ACS's para cobrir 100% da população cadastrada, sendo distribuídos no máximo 750 usuários por profissional. Cada eSF deveria contar com 12 ACS's.
PNAB 2017	A quantidade de ACS por equipe dependerá dos critérios de risco e vulnerabilidade social, sendo responsabilidade do gestor local avaliar a quantidade de profissionais que devem compor cada equipe de saúde.

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

A PNAB 2017 possibilita redução do número dos profissionais ACS's por eSF: “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local”. A política complementa ressaltando que “em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB 2017, a quantidade de ACS's depende de critérios de risco e vulnerabilidade social, ou seja, retoma-se para uma atenção básica seletiva, perdendo o caráter universal do SUS e conseqüentemente retrocedendo quanto aos avanços obtidos com relação a ESF.

Com relação às atribuições específicas dos profissionais que atuam na AB observa-se, novamente, que a principal categoria que sofreu alterações foram os ACS e ACE. Os ACS desenvolvem diversas atividades em seu território, como: visitas domiciliares, para identificar as áreas e situações de riscos individuais e coletivos; cadastramento das famílias locais, acompanhamento da saúde da população, encaminhamentos da população para os serviços de saúde quando necessário, entre outros. Cabe, também, a esse profissional estimular a importância da participação da comunidade, dentro dos espaços de saúde, visando contribuir com promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2017).

Além das atribuições já realizadas por esses profissionais, a PNAB 2017 incorporou as ações dos ACE aos ACS.

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas (BRASIL, 2017)

A PNAB 2017 autorizou que os ACS's realizem: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e limpeza de curativos. Antes da referida Portaria cabia aos técnicos de enfermagem realizar essas ações. É importante destacar que muitos ACS's não possuem formação para desempenhar tais atividades. A partir da Portaria, assumem um grande número de funções, ou seja, as ações de promoção da saúde muitas vezes executadas por esse profissional deixam de ser prioridade. Neste sentido, os ACS's

[...] sofrem uma descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às 'linhas de cuidado', que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 20).

Outro fator de destaque apresentado na PNAB 2017 refere-se à carga horária dos profissionais que atuam nas eSF e eAB.

QUADRO 8 – Carga horária profissionais

PNAB's	CARGA HORÁRIA
PNAB 2006 / eSF	40 horas semanais para todos os profissionais, exceção médicos: a carga horária deste profissional estava vinculada a quantidade de médicos por ESF, os quais poderiam fazer 40, 30 ou 20 horas semanais.
PNAB 2006 / eAB	Não previa
PNAB 2011 / eSF	40 horas semanais para todos os profissionais, exceção médicos: dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na eSF podendo dedicar até 08 horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência ou para atividades ou para educação permanente. A carga horária deste profissional também estava vinculada a quantidade de médicos por ESF, os quais poderiam fazer 40, 30 ou 20 horas semanais.
PNAB 2011 / eAB	Não previa
PNAB 2017 / eSF	40 horas semanais para todos os profissionais e vinculação a apenas uma equipe.
PNAB 2017 / eAB	10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

Observa-se que as PNAB's 2006 e 2011 concederam aos médicos vinculação à duas eSF, ou seja, permitiram que tal categoria profissional desenvolvesse uma carga horária de 20 horas semanais. Tal alteração possibilitou a atuação dos mesmos em outros espaços, atingindo um número maior de usuários e consequentemente contribuindo para que não ocorresse uma rotatividade da categoria.

A PNAB 2017 diverge das edições anteriores. A alteração realizada com relação à carga horária dos médicos pode ocasionar rotatividade desses profissionais nos serviços de saúde, uma vez que esta redução não permite que os mesmos possuam outros vínculos empregatícios.

Possibilita, ainda, que as equipes de eAB, sejam compostas por profissionais que realizem uma carga horária 10 horas semanais, entretanto a carga horária muito reduzida pode dificultar não somente o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a comunidade, mas também o entrosamento da equipe. Além disso, a falta de reconhecimento do território, das demandas prevalentes e a escassez de atendimentos são outras consequências.

As alterações realizadas na PNAB 2017, principalmente em relação à composição e a carga horária das eSF contribui para o fortalecimento das eAB, uma vez que, “[...] contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e, agora, são também financeiramente apoiadas” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 19).

Com relação às equipes NASF, nota-se que a partir da PNAB 2011 houve um acréscimo no número de municípios que aderiram ao programa. Entretanto, a PNAB 2017 apresentou alterações quanto ao NASF, conforme a tabela 9:

QUADRO 9 – NASF

PNAB's	NASF
PNAB 2006	Não previa
PNAB 2011	Ampliação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
PNAB 2017	Alteração para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

FONTE: PNAB's 2006, 2011 e 2017.

NOTA: Dados trabalhados pela a autora.

A PNAB 2017 não apresentou mudanças em relação à composição das categorias profissionais e da carga horária da equipe NASF, porém ocorreu alteração no que se refere à sua denominação. De acordo com a PNAB 2017 o programa passou a ser intitulado NASF-AB, o que possibilita alterações quanto às suas atribuições.

Podem perder a função de apoio e, pela possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, podem ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento (que já é um desafio mesmo nas EqSF), pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS (considerando o regime de cargas horárias previsto bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF) (MELO et al., 2018, p. 45).

Com relação ao financiamento da PNAB mantiveram-se as responsabilidades das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). “A agregação trazida pela PNAB 2017, neste item, é a previsão, sem detalhes, de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da

oferta de ações e serviços” (MELO et al., 2018, p. 46). De acordo com os autores, no ano de 2018 foi definido o financiamento apenas para as equipes de atenção básica e para os gerentes das UBS (MELO et al., 2018).

No que tange às inovações da PNAB 2017, destaca-se também a inserção do Gerente de Atenção Básica que, segundo a referida Portaria, deve ser um profissional qualificado, de preferência que possua ensino superior, experiência em AB e não membro da equipe de saúde. Esse profissional tem como objetivo colaborar para o “aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial” (BRASIL, 2017). Observa-se como positiva a inserção do Gerente de Atenção Básica junto aos serviços de saúde, “desde que envolva critérios profissionais e não meramente político-eleitorais” (MELO et al., 2018, p. 46).

Neste item apresentou-se a PNAB em suas três edições (2006, 2011 e 2017). A PNAB 2017 foi reformulada em um período de crise social, política e econômica, trazendo como principais mudanças na Portaria a definição de padrões essencial e ampliado, as modificações nas equipes de saúde e na carga horária, o prejuízo ao trabalho dos ACS, o poder fornecido ao gestor local, dentre outras.

Tais mudanças afetam diretamente as políticas sociais e podem ser consideradas um retrocesso quanto aos avanços conquistados pela ESF. Dessa forma, retoma-se a ideia de uma AB básica seletiva, com uma oferta mínima de serviços, visando atendimentos curativos e emergências, destinados apenas à uma parcela da população. Essas ações repercutem diretamente na promoção da saúde, sendo este o assunto discutido no próximo item deste trabalho.

CAPÍTULO 2

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Esta dissertação busca identificar os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR. Para tanto, este capítulo aborda a temática da promoção da saúde especificamente na AB.

Considerando que o objeto desta dissertação é vinculado à questão da promoção da saúde na AB, neste capítulo traçou-se primeiramente uma breve discussão sobre os diferentes modelos de atenção à saúde no Brasil, reconhecendo a ESF como o modelo ideal para dar conta das ações de promoção da saúde.

Posteriormente, contextualiza-se, de maneira breve, o processo histórico da promoção da saúde internacionalmente, destacando-se a Carta de Ottawa como a principal referência para as discussões da promoção da saúde.

Após apresentar elementos do contexto internacional, no tópico seguinte aborda-se o contexto da promoção da saúde no Brasil, apresentando as diferenças dos conceitos prevenção de doenças e promoção da saúde, as principais legislações que abordam a temática, os determinantes sociais no processo saúde-doença e o desenvolvimento da promoção da saúde na AB.

O capítulo é finalizado com a vigilância da saúde onde apresenta-se o histórico da vigilância, as suas discussões atuais e a sua relação com a ESF e a promoção da saúde.

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme a definição de Paim (2009), o termo modelo de atenção ou modelos assistenciais significa diferentes combinações tecnológicas (materiais e não materiais) utilizadas para resolver problemas e intervir nas necessidades sociais e de saúde. Nesse sentido, o termo modelo não deve ser definido como padrão, exemplo, burocracia ou modo de organizar e administrar o sistema e os serviços de saúde. Segundo o autor, modelo é uma ‘razão de ser’, isto é “uma racionalidade; uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação” (PAIM, 2009, p 168).

Para Junior e Alves (2007), modelo assistencial é a maneira como são organizadas, em uma determinada sociedade, as ações de atenção à saúde, compreendendo aspectos tecnológicos e assistenciais. Portanto, modelo assistencial

é o modo de organização e articulação entre vários recursos físicos, tecnológicos e humanos à disposição para enfrentar e solucionar os problemas de saúde de uma sociedade.

Cabe destacar que existem diversos modelos assistenciais no mundo, os quais estão fundamentados na concepção de saúde/doença, nas tecnologias disponíveis para intervir na saúde/doença e nas escolhas políticas e éticas que definem os problemas a serem resolvidos pela política de saúde, sendo assim não existe um modelo certo ou errado (JUNIOR; ALVES, 2007).

No Brasil, as políticas de saúde se estruturaram através de dois sistemas predominante: modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista, os quais têm por objetivo resolver os problemas e as necessidade de saúde da população. De acordo com Paim (2008), nenhum dos modelos contempla o princípio da integralidade do SUS, uma vez que estão vinculados à demanda espontânea (modelo médico hegemônico) ou procuram atender necessidades que muitas vezes não se apresentam como demanda (modelo sanitarista).

O modelo médico hegemônico possui as seguintes características:

1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) ahistoricidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (MENÉNDEZ, 1992 *apud* PAIM, 2009, p. 556).

Esse modelo ganhou força no cenário nacional pelo fato de promover o alívio da dor, bem como por realizar o tratamento de doenças que preocupavam a população. Entretanto, o modelo médico hegemônico encontrou alguns limites para a sua execução:

[...] pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI et al., 2014, p. 1870).

O modelo sanitarista está vinculado à problemas de saúde selecionados e ao atendimento para grupos de risco específicos. Nele destacam-se as “campanhas, 'mutirões', programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária” (PAIM, 2009, p. 167).

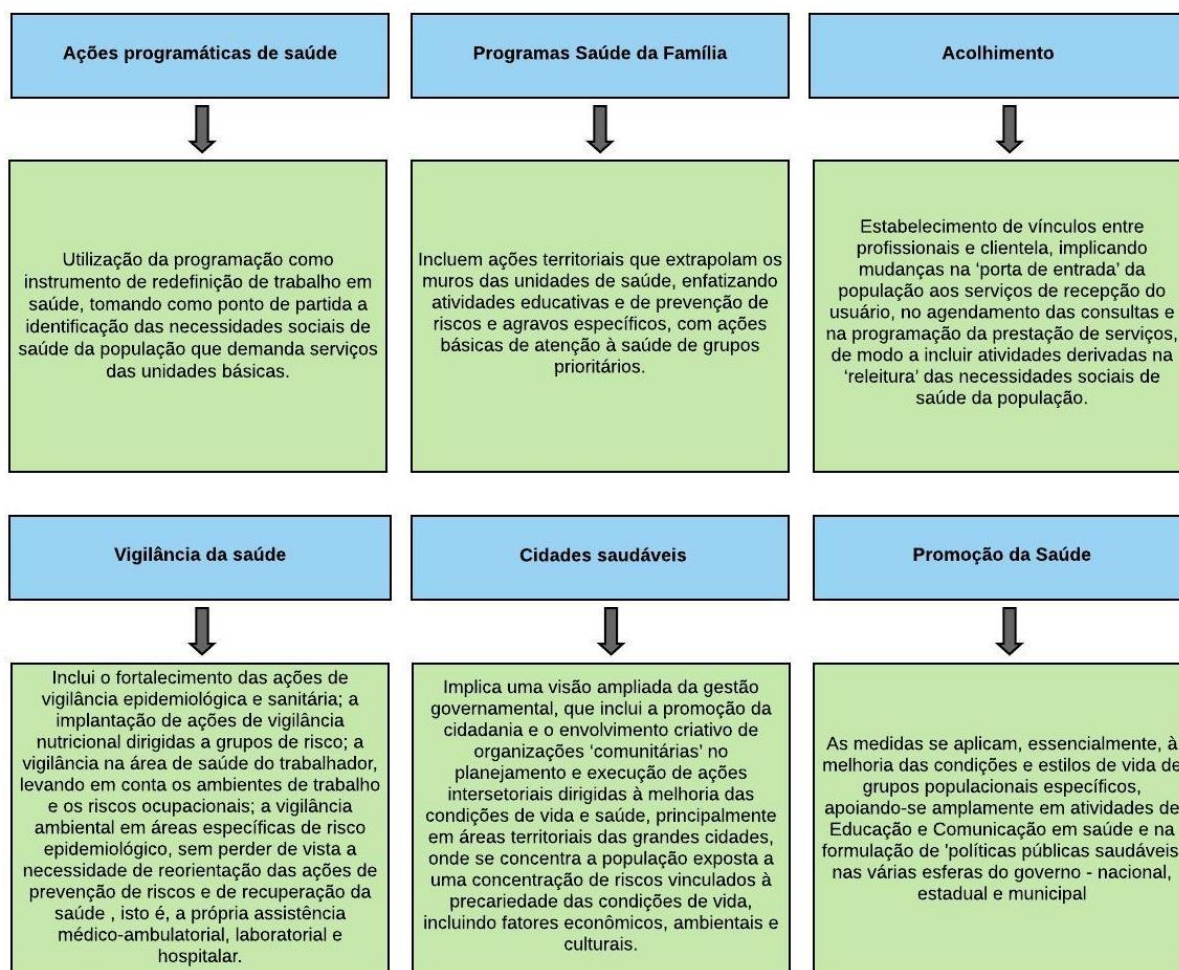
As discussões sobre os modelos de atenção à saúde ganharam destaque a partir da década de 1970 e, principalmente, com a elaboração do projeto da Reforma Sanitária, a qual criticou o modelo centrado na doença e propôs um conceito ampliado de saúde, que foi incorporado na Constituição Federal de 1988, especificamente através dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, e equidade (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Neste contexto, as ações e serviços de saúde passaram a ser dever do Estado, cabendo ao poder público executar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, através de um sistema gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado (BRASIL, 1988).

Após a implantação do SUS, no início da década de 1990, “os serviços públicos de saúde passaram por um processo de revisão do modelo assistencial, de maneira que novas práticas se instituíram e outras foram abandonadas” (BEZERRA; SORPRESO, 2016, p. 6).

No decorrer da 9ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1992, foram discutidos os limites dos modelos de atenção à saúde do Brasil, bem como as possibilidades para a ampliação e fortalecimento de experiências alternativas, objetivando atingir os princípios do SUS. Logo, foram apresentadas as seguintes possibilidades de intervenção:

FIGURA 1 – Modelos de Atenção Alternativos



Fonte: TEIXEIRA, 2000 *apud* PAIM, 2009, p. 169-170.

Nota: Elaborado pela a autora.

Neste contexto, o Programa Saúde da Família, criado durante a década de 1990, atual Estratégia Saúde da Família (ESF), destacou-se como a principal alternativa de superação ao modelo hegemônico. A ESF adere à uma concepção ampliada de saúde, orientada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), Constituição Federal de 1988 e diretrizes da política de Atenção Primária de Saúde, formulada em Alma-Ata, conforme apontado no primeiro capítulo deste trabalho (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

A organização dos serviços de saúde da AB ocorre por meio da ESF, a qual se dispõe a implementar um novo modelo assistencial fundamentado na integralidade, com foco na família e na comunidade. A eSF devem aproximar-se das famílias que se encontram em seu território, identificar as condições de vida e de saúde da sua comunidade e compreender o processo saúde-doença de maneira

ampliada, isto é, as suas intervenções devem ultrapassar as práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O desenvolvimento das ações de promoção da saúde, no campo da AB, emerge como uma interessante resposta à reestruturação do modelo de atenção à saúde, bem como para a operacionalização de ações que optam por uma abordagem baseada nos determinantes sociais de saúde. Portanto, a promoção da saúde é o método ideal para proporcionar a articulação de conhecimentos interdisciplinares no cuidado individual e coletivo, assim como a ESF é o espaço apropriado para a mobilização comunitária, preparado para propiciar “mudanças de cultura organizacional, ampliação do escopo de ações e a reorganização dos sistemas locais de saúde” (PRADO; SANTOS, 2018, p. 380).

Assim, a ESF pretende estabelecer uma mudança na concepção do processo saúde-doença, afastando-se do modelo médico hegemônico e sanitário e aproximando-se de ações que visem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Conforme observou-se neste item, os modelos de atenção à saúde vêm se transformando, sendo a ESF o modelo ideal para o desenvolvimento de das ações de promoção da saúde. Segundo Teixeira e Solla (2006), mesmo que tenham ocorrido avanços, as alterações ainda são incipientes, ou seja, apesar da ampliação da cobertura da AB, ocorrem ações voltadas para a reprodução do modelo médico hegemônico, assistencial e hospitalocêntrico, as quais podem ser superadas com o fortalecimento das ações de promoção da saúde.

2.2 DISCUSSÕES INTERNACIONAIS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O presente item aborda o contexto histórico da promoção da saúde em âmbito internacional. Tal discussão se faz pertinente, uma vez que, os primeiros debates sobre a temática ocorreram no exterior e serviram de parâmetro para a discussão nacional. Importante destacar que “a ‘promoção da saúde’ é uma proposta de política pública mundial, contemporânea na saúde pública e disseminada pela Organização Mundial da Saúde” (RABELLO, 2010, p. 21).

A promoção da saúde foi denominada, pela primeira vez, pelo sanitário Henry Sigerist, no início do século XX. Henry Sigerist elaborou quatro funções da medicina, sendo elas: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento de

doentes e reabilitação. De acordo com o sanitarista, a promoção da saúde abrangeria ações de educação em saúde e também ações estruturais do Estado para a melhoria das condições de vida da população (WESTPHAL, 2009).

Em 1965, os sanitaristas Leavell e Clark elaboraram o modelo explicativo da história natural do processo saúde e doença, composto por três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária (tabela 10). Os níveis de prevenção continham pelo menos cinco componentes distintos, os quais poderiam aplicar medidas preventivas, conforme o grau de conhecimento da história natural.

QUADRO 10 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
Prevenção primária		Prevenção secundária terciária		Prevenção

Fonte: Leavell e Clark, 1965 *apud* Buss, 2009, p. 22.

Segundo este modelo, a promoção da saúde é uma ação de prevenção primária (medicina preventiva), que está associada à educação em saúde e à prevenção de doenças, uma vez que suas ações visam melhorar a resistência e o bem estar geral da população através de intervenções sobre “comportamentos alimentares, não ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse” (WESTPHAL, 2009, p. 640). A prevenção primária deve orientar os sujeitos “para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos)” (WESTPHAL, 2009, p. 641).

Já a prevenção secundária e terciária tem por finalidade reduzir os fatores de riscos associados aos “agentes patogênicos e ao ambiente propondo entre outras coisas medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento de doença” (WESTPHAL, 2009, p. 641).

Para tanto, a prevenção secundária atua com indivíduos sadios potencialmente em risco (objetivando detecção precoce de doenças como, por exemplo, câncer ginecológico) e com pessoas doentes ou acidentadas através de

práticas clínicas preventivas e práticas educativas, visando mudanças comportamentais (alimentares, atividades físicas, entre outras).

Por fim, a prevenção terciária age com sujeitos que tem sequelas de doenças ou acidentes, o intuito é a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional. Essas ações ocorrem por meio de atividades físicas, fisioterápicas e de saúde mental (WESTPHAL, 2009).

O modelo proposto por Leavell e Clark tinha por objetivo evitar a doença ou seu agravamento e foi considerado um avanço, uma vez que os sanitaristas alertaram aos profissionais de saúde sobre o potencial das ações no ambiente, bem como sobre os estilos de vida na prevenção de doenças. Os autores também inovaram “na proposição de medidas preventivas incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais” (WESTPHAL, 2009, p. 642).

Embora tenham ocorrido avanços no campo da promoção da saúde, observa-se que o estudo elaborado por Leavell e Clark relacionou a promoção da saúde a ações de prevenção de doenças. Desse modo, as discussões sobre as diferenças entre os conceitos são recorrentes até os dias atuais, assunto aprofundado no próximo item da dissertação.

Em 1974, no Canadá, o Ministro de Saúde, Marc Lalonde impulsionou a moderna definição do conceito de promoção da saúde, através da publicação denominada “Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses”. A motivação central do documento popularmente intitulado “Informe de Lalonde” foi política, técnica e econômica, pois tinha por intuito combater “os custos crescentes de assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava” (BUSS, 2009, p. 26).

Os princípios do Informe de Lalonde se encontravam no conceito de “campo da saúde”, e introduziam os chamados “determinantes da saúde” o conceito é composto por quatro elementos: “a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde” (HEIDMANN et al., 2006, p. 353).

Durante a investigação sobre o processo de saúde doença no Canadá, Lalonde observou-se que 80% das causas das doenças no país estavam relacionadas aos estilos de vida e ambiente, bem como a investigação apontou que não havia investimentos para tais causas.

Com esses argumentos questionou com eloquência o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, atribuindo ao governo a responsabilidade por outras medidas tais como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente como a poluição do ar, a eliminação dos dejetos humanos e águas servidas (WESTPHAL, 2009, p. 643).

O Informe de Lalonde motivou um novo paradigma de saúde, o qual foi formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978. As discussões realizadas em Alma Ata contribuíram para o aprofundamento conceitual sobre promoção da saúde e resultaram na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, no Canadá, em 21 de novembro de 1986. Durante a Conferência, foi aprovada a Carta de Ottawa, principal documento elaborado sobre a Promoção da Saúde.

A Conferência de Ottawa definiu a promoção da saúde como: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

O documento ressaltou que para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, “os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” Dessa maneira, “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” (BRASIL, 2002, p. 9-10).

Segundo o documento “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BRASIL, 2002, p. 20). Assim sendo, a promoção da saúde tem por objetivo proporcionar as pessoas e comunidades condições para melhorar sua saúde e exercer controle sobre ela.

Para tanto, a Carta de Ottawa apresenta cinco campos de ação da promoção da saúde, sendo eles: construir políticas saudáveis, criar ambientes saudáveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar serviços de saúde. Essas ações têm por objetivo interromper com a fragmentação do modelo assistencial vigente, estabelecendo “práticas capazes de superar a cultura de medicalização, ao mesmo tempo, de aliar-se à produção de saúde, por meio de estratégias que promovam mudanças no estilo de vida e que

favoreçam a autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais” (SILVA et al., 2008, p. 424).

Quanto a construir políticas saudáveis, o documento destaca que a promoção da saúde ultrapassa os conceitos dos cuidados de saúde.

Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde (OMS, 1986).

As políticas públicas saudáveis se manifestam através de diversas abordagens complementares que envolvem “legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais”. Este conceito contrapõe a composição prévia da Conferência, que definia a promoção da saúde inicialmente “com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, se não os únicos, responsáveis pela sua saúde” (BUSS, 2009, p.31).

Em relação à criação de ambientes saudáveis, Westphal (2009, p. 658-659), ressalta que a saúde é produzida socialmente em diversos espaços. Para tanto, recomenda que a população participe da “reflexão sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços de convivência — escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e muitas vezes do município como um todo”.

No tocante ao reforço da ação comunitária, destaca-se a importância da participação social, isto é, dos atores do Estado e da sociedade civil nas decisões dos assuntos de saúde. Para tanto, é necessário garantir a população o acesso à informação, bem como às oportunidades de aprendizagem nessa área. “É o conceito de *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde” (BUSS, 2009, p. 31).

Sobre desenvolver habilidades pessoais, a Carta de Ottawa incentiva o desenvolvimento pessoal e social através da difusão de informações, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (HEIDMANN et al., 2006). Assim, “aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor” (BRASIL, 2002, p. 42).

A Carta de Ottawa aponta ainda que:

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta 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).

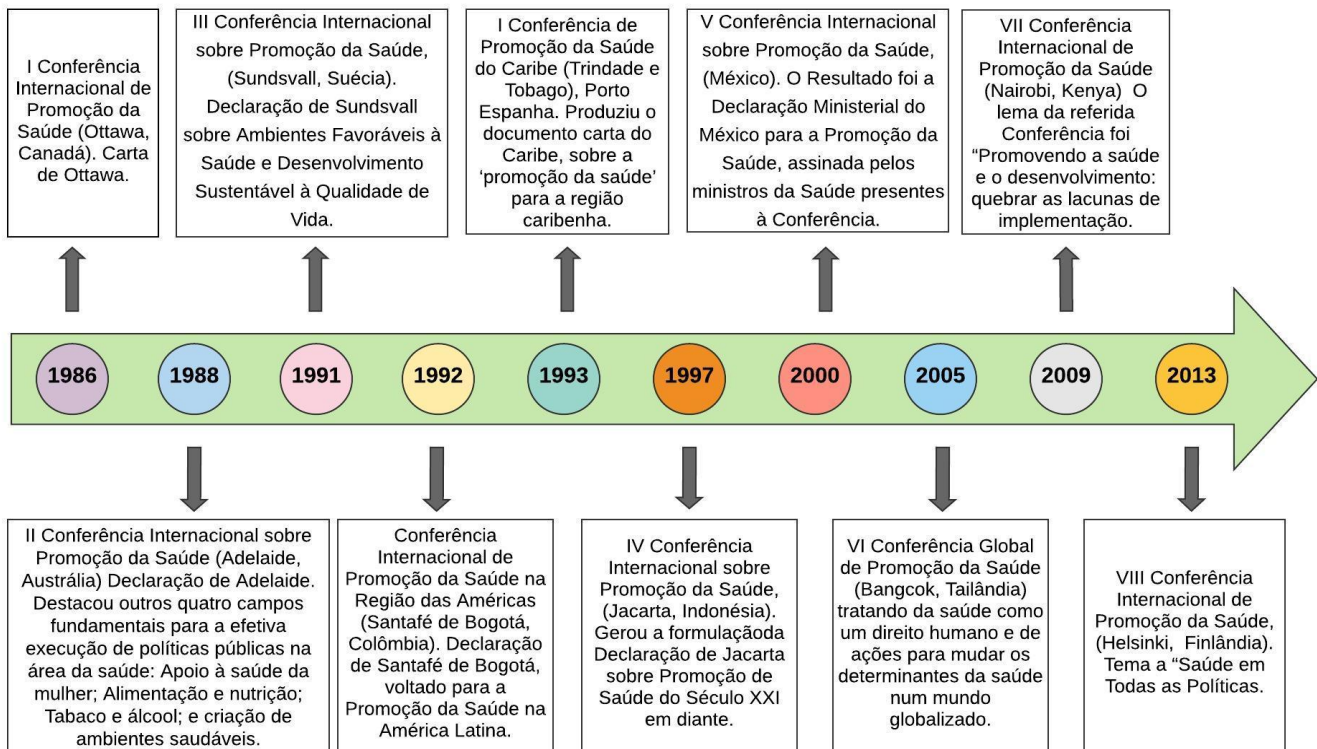
O último campo de atuação destacado pela Carta de Ottawa é a reorientação dos serviços de saúde. O documento enfatiza a necessidade da distribuição de atribuições aos diversos atores da sociedade. O documento também prescreve que a responsabilidade pela promoção da saúde não envolve apenas o setor e profissionais da saúde, ela deve ser compartilhada com os setores sociais, políticos, econômico, ambientais, indivíduos e comunidades (BUSS, 2009).

A Carta de Ottawa salienta a importância de o setor de saúde mover-se na direção da promoção da saúde, além de executar suas responsabilidades assistenciais (serviços clínicos e de urgência). O documento enfatiza que os serviços devem manter uma postura inclusiva, que seja capaz de perceber e respeitar as peculiaridades culturais. “Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais” (BRASIL, 2002, p. 42).

Além disso, a reorientação dos serviços de saúde também demanda um maior empenho em relação aos estudos nesta área, bem como modificações na metodologia de educação e ensino daqueles que trabalham na mesma. Tal esforço deve ser empregado com vistas ao atendimento completo das necessidades do indivíduo (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa é considerada a principal referência para as discussões da promoção da saúde. Após a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foram realizadas novas conferências e eventos visando aprimorar e difundir os conceitos elaborados em 1986, conforme consta na ilustração a seguir:

FIGURA 2 – Linha do tempo: conferências e eventos de promoção da saúde



Fonte: Brasil, 2002

Nota: Elaborado pela a autora.

Cabe destacar que todas as Conferências Internacionais influenciaram os debates sobre promoção da saúde no Brasil, sendo esse o próximo item desta dissertação.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O conceito de promoção da saúde, expresso na Carta de Ottawa, é uma das principais referências para a discussão de promoção da saúde na atualidade. Destaca-se que as definições de promoção da saúde e prevenção de doenças geram dificuldades de compreensão pelo fato de possuírem enfoques complementares no processo saúde-doença. Diante disso, busca-se diferenciar o significado de ambas.

De acordo com Lefevre e Lefevre (2004, p. 34), a prevenção de doenças são ações que ocorrem:

[...] antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste (ou que tenha diminuída a sua probabilidade de ocorrência) ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou nas coletividades.

Neste sentido, a prevenção de doenças está voltada à questão epidemiológica da saúde, com o intuito de diminuir e/ou reduzir o risco de enfermidades, como, por exemplo, a imunização das pessoas (campanhas de vacinação) ou os exames de rastreamento (colo de útero, mama e próstata). A prevenção está voltada a identificar um agente causador da doença e busca maneiras de intervir precocemente, antes que o problema de saúde ocorra (SODRÉ, 2014).

Na maioria das vezes, a prevenção é realizada por profissionais de medicina através da definição de grupos de cuidado, sendo: grupos alvo, grupos de risco e grupos vulneráveis, por exemplo, diabéticos, obesos e hipertensos. Os profissionais devem buscar alternativas para que os indivíduos adoecidos parem com os hábitos que podem causar agravos e sequelas das enfermidades de que são portadores. Verifica-se, nesse sentido, que o objetivo é alterar o modo de vida dos indivíduos através de uma norma sanitária (SODRÉ, 2014).

Com relação à promoção da saúde, cabe destacar que esta possui uma diversidade de conceitos complementares. Nesta dissertação, abordam-se os conceitos dos autores Lefevre e Lefevre (2004), Czeresnia (2009), Rabello (2010) e Buss (2009).

Segundo Lefevre e Lefevre (2004, p. 34), diferente da prevenção, a promoção da saúde visa “a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos”. Assim, conforme a promoção da saúde, os indivíduos ficariam sem doenças:

[...] não porque as doenças foram, através do tratamento, afastadas deles, ou porque, através da prevenção, as doenças foram impedidas de chegar até eles, mas porque foram, elas próprias, atacadas para serem erradicadas, eliminadas ou minimizadas. Ora, é claro, se não existirem mais doenças também não existirão mais doentes; os indivíduos então seriam ou estariam, para sempre, ou mais tempo, com saúde porque não haveria mais doenças a serem contraídas ou geradas (genética, ambiental e socialmente) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p. 34).

A promoção da saúde constitui uma nova maneira de compreender a saúde e a doença, bem como uma mudança social significativa em busca de uma “sociedade que não seja, como as atuais, tão dominada pelo princípio da produção para o mercado e para o lucro e pelo consumismo generalizado” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p. 38).

De acordo com Lefevre e Lefevre (2004, p. 38):

As pessoas, por certo, precisam ser tratadas das doenças e protegidas contra elas, mas também têm o direito de viver numa cidade, num país, num meio ambiente, que não sejam, como acontece hoje em dia, geradores de doença, sofrimento, dor, violência, morte prematura. A doença não pode ser entendida como sendo uma coisa semelhante ao frio, à fome, à necessidade de locomoção, de abrigo, que são necessidades permanentes do ser humano. As doenças (ou pelo menos a maior parte delas) devem sempre ser vistas como anormalidades, como exceções, consequências de erros, desequilíbrios, injustiças, opções inadequadas, interesses mesquinhos, etc.

De acordo com Czeresnia (2009, p. 51-52) o conceito de promoção da saúde compreende o “fortalecimento da capacidade individual para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde”. A promoção ultrapassa ações técnicas e normativas, admitindo que não “basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle”. O conceito de promoção da saúde está relacionado ao fortalecimento da saúde através da capacidade de escolha, assim como a utilização do conhecimento com a capacidade de observar as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

Para Rabello (2010, p. 34), a principal diferença entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças consiste em “enquanto a ‘promoção da saúde’ refere-se a aspectos globais comunitários, com maior expressividade fora da prática médica, a prevenção de doenças é ainda uma atividade predominantemente médica”. De acordo com a autora:

A ‘promoção da saúde’ relaciona-se mais fortemente aos múltiplos aspectos de modos de vida, por que estes definem melhor as condutas coletivas ou individuais que geram fatores protetores para uma vida saudável, transcendendo mudanças de hábitos individuais, como o uso de álcool e do cigarro, a alimentação saudável, os exercícios e o controle do stress, entre outros. Ademais sua relação com os processos da realidade social. (RABELLO, 2010, p. 34).

Reforçando os conceitos já apresentados, Buss (2009) ressalta que a confusão entre os conceitos de promoção e a prevenção ocorre pelo grande destaque dado às modificações de comportamento individual, bem como pela importância quase exclusiva que é dada à redução de fatores de risco para determinadas doenças, as quais vigoram em alguns programas intitulados de promoção da saúde. Essa ênfase sobre o comportamento do indivíduo tem sua origem vinculada à intervenção clínica e ao paradigma biomédico. Nesse caso, o indivíduo é considerado o principal responsável (se não o único) pelo seu estado de saúde.

A promoção da saúde revela-se como uma forma de mediação entre os indivíduos e o seu ambiente, desenvolvendo escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas saudáveis). Nesse contexto, as ações de promoção da saúde são mais integradas e intersetoriais, da mesma maneira que acreditam na real participação da população desde a sua formulação até a sua implementação.

Stachtchenko e Jenicek (1990) elaboraram um esquema que apresenta, de maneira sintética as diferenças da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

QUADRO 11 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvos
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais da saúde

Fonte: Adaptado de Stachtchenko e Jenicek, 1990 *apud* Buss, 2009, p. 39

Stachtchenko e Jenicek (1990) também afirmam que as ações de promoção e prevenção “são complementares e não excludentes no planejamento de programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequada e equilibradamente propostas em ambos os campos”. (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990 *apud* BUSS, 2009, p. 40).

No Brasil, a promoção da saúde está articulada a diversas políticas públicas sociais, as quais estabelecem responsabilidades para o Estado e sociedade na execução de suas propostas, bem como contribuem para o fortalecimento da mesma.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, a saúde como direito universal, ou seja, garantida a todos os cidadãos brasileiros, devendo ser assegurada pelo Estado, através de políticas sociais e econômicas, objetivando “à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no SUS. Segundo a referida legislação, o atendimento à saúde abrange fatores condicionantes e determinantes, ou seja, deve-se levar em conta “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Nesse sentido, observa-se que a saúde envolve um campo amplo que ultrapassa os aspectos clínicos, sendo necessário compreender a saúde dos indivíduos através das suas condições de vida.

Conforme apontado no primeiro capítulo desta dissertação, a PNAB é responsável por organizar os serviços na AB e o desenvolvimento de “ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (BRASIL, 2017). Todos os profissionais que compõe as eSF e eAB devem realizar ações de promoção da saúde nos territórios sob os quais possuem responsabilidade sanitária e para a população pertencente a ele. A PNAB considera a:

Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis (BRASIL, 2017).

De acordo com PNAB, por mais que as ações de promoção da saúde sejam organizadas a partir das necessidades e demandas do território da AB, algumas temáticas são comuns a todos os cidadãos brasileiros, as quais devem ser consideradas nas abordagens de promoção da saúde, sendo elas:

alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017).

Além das políticas públicas acima expostas, em 30 de março de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), através da Portaria nº 687. Após esse momento, a mesma sofreu alterações e foi redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 também foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que determina as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. A PNPS estabelece uma articulação com as demais políticas públicas já mencionadas e é fundamental para o fortalecimento da promoção da saúde em território nacional.

A PNPS possui três valores/princípios. O primeiro deles é o reconhecimento da “subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida”; o segundo “considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização”; e o último “adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade” (BRASIL, 2018, p. 10).

A PNPS tem por intuito ultrapassar o modelo biomédico, recorrendo a um amplo campo de ação que envolve “dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, o cuidado com o ambiente e a reorientação dos serviços de saúde” (TAVARES et al., 2016. p. 1800). A PNPS é um processo inovador, pois possibilita melhorar as condições de vida e saúde da população, tendo como objetivo geral:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018).

De acordo com a PNPS, para que ocorra uma melhoria na qualidade de vida da população é necessário compreender o sujeito em sua integralidade e singularidade, bem como intervir nos problemas de saúde da população, como, “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água” (BRASIL, 2010, p. 9).

Nesse sentido, para um indivíduo permanecer saudável durante a sua vida, ele precisa de “situação social, econômica e cultural favoráveis, ambiente saudável, alimentação adequada, prevenção de problemas específicos de saúde e informação”, ações essas que ultrapassam a ideia de cura e reabilitação. (BUSS, 2002, p. 50)

Intervir nos problemas de saúde da população não é tarefa fácil, uma vez que a situação de saúde de uma população está vinculada ao seu modo de vida e aos os processos que a produzem ou a transformam (BUSS, 2002). O modo de vida de uma sociedade é definido por:

[...] uma unidade composta pelas diversas condições de vida dos diferentes setores da população que a compõe – que expressa sua forma particular de inserção no funcionamento geral da sociedade e pelas relações que se estabelecem entre eles (BUSS, 2002, p. 51).

Nesse contexto, a saúde pública deve identificar as situações de saúde e intervir de maneira efetiva e eficaz nos determinantes e condicionantes, objetivando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos através de ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento à agravos da saúde (BUSS, 2002).

O Brasil é um país que possui desigualdade social na distribuição de renda e, conseqüentemente, altos níveis de pobreza, ocasionando iniquidades em saúde, “ou seja, aquelas desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias, são um dos traços mais marcantes da situação do Brasil e do mundo” (WHITEHEAD *apud* CARVALHO; BUSS, 2008, p. 157).

As situações econômicas e sociais afetam as condições de saúde de pessoas e populações. A maioria das doenças ocorre devido às condições em que os sujeitos nascem, vivem, trabalham e envelhecem. “Esse conjunto é denominado ‘determinantes sociais da saúde’, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde” (CARVALHO, 2013, p. 19).

O processo saúde-doença de uma comunidade é consequência da relação de fatores vinculados aos determinantes sociais da saúde, que requer ações intersetoriais e participação ativa de diversas políticas públicas e da sociedade (TAVARES et al., 2016). Observa-se que os princípios participação, intersetorialidade e equidade são essenciais para a promoção da saúde (BRASIL, 2009).

A transformação do modelo de saúde centrado na cura de doenças para um modelo que tenha como intuito a mudança dos determinantes sociais do processo saúde-doença é um desafio (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014). De acordo com Carvalho (2013), utilizar a abordagem dos determinantes sociais significa entender a importância que a saúde tem para a sociedade e reconhecer que ela, muitas vezes, necessita de ações que não possuem relação com o setor saúde. Entende-se que a promoção da saúde não está vinculada apenas aos problemas de saúde de uma população, mas também deve-se considerar as condições de vida dos indivíduos.

Cabe destacar que é necessário que os serviços de saúde estejam atentos aos determinantes sociais da saúde e da doença, desenvolvendo estratégias de cuidado juntamente com outros setores. Sabe-se que o território no qual os indivíduos estão inseridos possui singularidades, uma vez que o país possui uma área extensa e conseqüentemente distintas culturas, desigualdades sociais, econômicas e institucionais.

Nesse contexto, a eSF (estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB) é o espaço onde ocorre ações de prevenção, promoção e recuperação da

saúde, levando em consideração a singularidade e vulnerabilidade de cada usuário do sistema público de saúde. Logo, a AB é considerada

[...] um locus privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de PS, quer aquelas voltadas para os fatores de risco ou para ações que compreendem empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e informação em saúde e fortalecimento da intersectorialidade, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade de suas estratégias e ações (TEIXEIRA et al., 2014, p.54).

As equipes que atuam na ESF são multiprofissionais. Sendo assim, os profissionais estabelecem vínculos com as famílias inseridas no território, possibilitando que as informações ofertadas pelos integrantes da ESF, em suas atividades, possam ser desfrutadas pela população como instrumentos para aumentar sua possibilidade de realizar escolhas e conseqüentemente diminuir os riscos de adoecimento associados ao modo de viver (BRASIL, 2009).

Buss (2002) ressalta que a família é um espaço importante para a implementação de ações de promoção da saúde, uma vez que nesses ambientes são criados comportamentos e hábitos de vida que podem ser favoráveis ou nocivos à saúde:

Padrão alimentar, higiene pessoal, uso de tabaco e álcool, hábito do exercício físico, comportamento sexual, padrão das relações interpessoais, enfrentamento de situações estressantes, entre outras, são algumas das condutas geralmente construídas no núcleo familiar inicial e levadas para quase toda vida, reproduzindo-se muitas vezes de forma inalterada em sucessivas gerações (BUSS, 2002, p. 53).

A promoção da saúde é importante para o processo de trabalho das equipes da ESF, as quais devem atuar estabelecendo parcerias de maneira intersetorial e incorporando projetos sociais. As intervenções na saúde devem ultrapassar a questão curativa e devem ter por intuito considerar os problemas e necessidades dos sujeitos através dos determinantes e condicionantes. (BRASIL, 2018).

Outro ponto fundamental a ser discutido é a necessidade de superar a dicotomia existente entre as duas principais abordagens da promoção da saúde na AB. A primeira é voltada para estilos de vida, com foco em ações educativas e está associada aos fatores de riscos comportamentais suscetíveis a mudanças, como, por exemplo, hábito de fumar, dieta e atividades físicas. A outra abordagem compreende a saúde como consequência de um extenso conjunto de fatores e

determinantes variados, que se associam à qualidade de vida que é influenciada pelos determinantes sociais: “saneamento, boas condições de trabalho e moradia, educação, apoio social às famílias e estilo de vida responsável, dentre outros” (TEIXEIRA et al., 2014, p. 66). Nessa abordagem, as ações de promoção da saúde são direcionadas na maioria das vezes para a coletividade, grupos e ambiente, não estando voltadas apenas ao indivíduo isoladamente.

É fundamental observar a convergência entre as duas abordagens. Tal convergência diz respeito à compreensão de que o modo de vida dos indivíduos é determinado pelo contexto social em que os mesmos estão inseridos. Neste sentido, é necessário compreender a “contingências do contexto, ou seja, os processos a partir dos quais as decisões individuais são tomadas”. Assim, através a promoção da saúde que “é possível relativizar a hegemonia do discurso biomédico, normativo, higienista e autoritário que responsabiliza e culpa os indivíduos isoladamente por comportamentos de risco”. Dessa forma, o empoderamento individual e comunitário pode problematizar, bem como promover a saúde, sendo fundamental a participação dos profissionais das equipes da ESF nesse processo (TEIXEIRA, 2014, p. 66 - 67).

No decorrer deste capítulo observou-se que a promoção da saúde tem suas primeiras discussões em âmbito internacional e que tal debate influenciou as políticas públicas brasileiras que tratam da temática. Sabe-se que a ESF é um espaço privilegiado para executar ações de promoção da saúde, porém, verificou-se que atuar sobre o processo saúde-doença de uma população não é uma tarefa simples, sendo necessária a articulação entre promoção e a vigilância da saúde, discussão realizada no próximo item deste estudo.

2.4 ATENÇÃO BÁSICA, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA: UM DEBATE NECESSÁRIO

Conforme já apontado neste trabalho, os modelos de atenção à saúde predominantes no Brasil têm sido insuficientes para atender os problemas de saúde da população. Para tanto, tornou-se necessário revisá-los, bem como propor sugestões para novos modelos de saúde que sejam humanizados e efetivos. Dentre as principais propostas para a reformulação dos modelos de atenção integral à saúde encontra-se a vigilância da saúde, a qual baseia-se nos princípios da ESF e da promoção da saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). Para compreender a

vigilância da saúde, faz-se necessário destacar alguns aspectos de sua origem, bem como as suas discussões atuais.

De acordo com Guimarães (et al., 2017), historicamente o fazer vigilância esteve vinculado à ideia de detectar lugares e indivíduos infectadas por alguma contaminação ou praga (peste). O procedimento utilizado para vigiar as pessoas doentes foi o isolamento, a fim de impedir a propagação das doenças. Na Europa, algumas experiências fundamentaram as práticas e definições da vigilância.

No decorrer dos séculos XIV e XV, na República da Veneza, foram designados guardas de saúde pública para identificar e rejeitar os navios com pessoas infectadas, originando a quarentena como forma de controle da disseminação de doenças infecciosas. No século XVI, registros vitais passaram a ser arquivados e organizados, porém nesse período os mesmos não eram utilizados com objetivos científicos e de saúde (FREITAS, 2009).

No século XVII, em Londres, padres paroquiais realizaram os primeiros relatórios semanais constando a quantidade e causas de óbitos. Os dados levantados eram compilados, interpretados e forneciam informações sobre as doenças através de relatório semanal de mortalidade. A partir do século XVIII a vigilância passa a ser considerada “parte integral da provisão de seguro para a população”. No século XIX a coleta e a interpretação dos dados referente à saúde com o intuito de “identificar as ações apropriadas tornam-se completamente desenvolvidas” (FREITAS, 2009, p. 146).

No século XX, até os anos 50, o conceito de vigilância significava “a observação próxima de pessoas expostas a doenças notificáveis para detectar os primeiros sintomas e instituir prontamente as medidas de isolamento e controle de doenças” (DECLICH; CARTER, 1994 *apud* FREITAS, 2009, p. 146).

No decorrer dos anos 60, o uso da vigilância expandiu e se estabeleceu como uma importante ferramenta da epidemiologia nos serviços de saúde, especialmente após o início da Campanha de Erradicação da Varíola. Em alguns países, a vigilância se limitou a produzir informações para acelerar as ações de controle, “confundindo-se com os programas existentes de controle de doenças transmissíveis”, já em outros, incluiu a pesquisa e confundiu-se com a economia (WALDMAN, 1998 *apud* FREITAS, 2009, p. 146).

Em 1968, durante as Discussões Técnicas da 21^a Assembleia da OMS, a vigilância passou a ser conhecida como uma função fundamental das práticas de

saúde pública, devendo conter três características básicas: “coleta sistemática de dados; consolidação e análise de dados coletados; disseminação da informação por meios de relatórios epidemiológicos” (FREITAS, 2009, p. 147).

A 21ª Assembleia da OMS definiu a vigilância como “sinônimo de epidemiologia, incluindo a investigação e a pesquisa”, bem como “o estudo epidemiológico das doenças, entendidas como um processo dinâmico que envolvia a ecologia do agente infeccioso, o hospedeiro, o reservatório e os vetores”, tal como, “os complexos mecanismos envolvidos na disseminação e extensão das infecções” (FREITAS, 2009, p. 147).

Nessa mesma época, no Brasil, foi estabelecido o conceito de vigilância no controle de doenças transmissíveis, ficando sob responsabilidade da vigilância sanitária “ações nas áreas de portos e fronteiras e o controle sanitário de produtos e serviços” (COSTA; ROZENFELD, 2000 *apud* FREITAS, 2009, p. 147).

Durante o fim dos anos 60 e a década 70, ocorreu a separação da vigilância epidemiológica e sanitária. A vigilância epidemiológica voltada para o controle de epidemias, atendendo a critérios técnicos sanitários (FREITAS, 2009). Refere-se a um conjunto de práticas identificadas no cotidiano dos serviços, com “ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoções de medida de prevenção e controle referente às doenças transmissíveis” (PAIM, 2009, p. 173). A vigilância sanitária destinada ao controle de ambientes, produtos e serviços, seguindo uma racionalidade político-jurídica baseada em normatizações que regem a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços (FREITAS, 2009).

Nos anos 80 o conceito de vigilância foi ampliado, sendo que a partir deste momento passou-se a utilizar a terminologia vigilância em saúde pública, definida como:

[...] coleta, análise e interpretação dos dados acerca dos agravos específicos de saúde que afetam a população, estando integrada com a rápida disseminação das informações para todos os responsáveis pela prevenção e controle dos mesmos (THACKER et al., 1996 *apud* FREITAS, 2009, p. 147).

Na década de 90 ampliaram-se as discussões sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, baseadas no reconhecimento da fragilidade das esferas estaduais e nacional responsáveis por esses serviços (SOUTO, 1996 *apud* PAIM, 2009, p. 171).

Em 1992, durante o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o debate sobre a articulação da epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços ressaltou a importância da vigilância da saúde, por agir sobre problemas (danos, riscos e determinantes) que necessitam de atenção e acompanhamento contínuos, através de articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação no território. Logo, poderia ser acionada para resolver problemas selecionados, unindo saberes e tecnologias de diversos campos de ação (PAIM, 2009).

Assim, a vigilância da saúde caracteriza-se como um modo tecnológico de intervenção que ocorre em um espaço delimitado e engloba “um conjunto de ações para o enfrentamento de problemas selecionados, incluindo o controle de determinantes socioambientais mediante políticas públicas e ações intersetoriais”. Os objetos de trabalho da vigilância da saúde “são problemas e necessidades de saúde de grupos populacionais que requerem atenção e acompanhamento contínuo em um território determinado”, seu trabalho é fundamentado por saberes científicos da epidemiologia, clínica, ciências sociais e geografia (PAIM, 2009, p. 173).

As ações da vigilância da saúde abrangem:

a promoção da saúde com o uso de tecnologias de comunicação social, monitoramento da situação de saúde local, tomada de decisão no nível local, integração entre as ações de prevenção, controle e recuperação, bem como ações programáticas nas unidades de saúde e a atuação intersetorial (PAIM, 2009, p. 173).

Cabe destacar, ainda, que a vigilância da saúde compreende, também, mas não apenas, ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador(a) para o desenvolvimento de uma atenção ampliada. Assim, deve-se procurar unir os instrumentos das vigilâncias, com o intuito de aprimorar a execução sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, possibilitando respostas atuais e mais efetivas às necessidades que surgem no campo da saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Para tanto, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), homologada em 2018, define a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e da saúde do trabalhador(a), como:

QUADRO 12 – Diferenças entre a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e da saúde do trabalhador(a)

Vigilância	Conceito
Vigilância sanitária	Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.
Vigilância Epidemiológica	Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.
Vigilância Ambiental	Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.
Vigilância em saúde do trabalhador(a)	Conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.

Fonte: BRASIL, 2018.

Nota: Elaborada pela a autora.

Esses conceitos devem guiar a organização das práticas através de propostas de ações integradas, entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador(a), para um conjunto de intervenções necessárias. Embora sejam áreas específicas é necessário:

[...] que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação das estratégias e das ações, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009, p. 934).

A vigilância da saúde deve estar articulada aos princípios atuais da promoção da saúde, expressos na Carta de Ottawa, bem como deve possibilitar aos indivíduos o direito de monitorar, através do controle social da informação, as políticas e ações no âmbito econômico, social, político e cultural. (FREITAS, 2009).

O controle social da informação como integrante da vigilância da saúde deve estar vinculado a programas de promoção da saúde “orientados na direção de serem movimentos politicamente agressivos na perspectiva de uma equidade política e econômica”, possibilitando a maior participação dos indivíduos nas decisões e estratégias da vigilância de sua saúde (FREITAS, 2009, p. 158).

A vigilância da saúde não deve apenas levantar dados e indicadores quantitativos sobre o aspecto de saúde das populações, os quais podem ser realizados por programas burocráticos de promoção da saúde, constantemente incapacitados de cumprir o que promete pela maneira como são estruturados e financiados. A promoção da saúde deve identificar a complexidade dos problemas de saúde, reivindicando, ao mesmo tempo, abordagens mais qualitativas, tal como parcerias a “estratégias participativas e territorializadas de vigilância” (FREITAS, 2009, p. 159).

A escolha pela vigilância da saúde cria possibilidades de sua efetivação através da ESF e da proposta de cidades saudáveis. Em relação aos municípios saudáveis, expõem-se as “vantagens de apoiar a descentralização, fortalecer a participação social, influir nas políticas públicas locais, incorporar a promoção da saúde na agenda de desenvolvimento local e estimular a reorientação dos serviços de saúde” (PAIM, 2009, p. 174).

Adotar a proposta de vigilância da saúde, em nível municipal, acarreta no desenvolvimento de ações nas unidades de saúde. A AB organiza o seu processo de trabalho com base nos aspectos condicionantes e determinantes da saúde da população que está inserida em seu território (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

O território é o principal pilar de sustentação da vigilância da saúde, logo deve ser considerado mais do que um espaço geográfico, pois é nesse âmbito que os indivíduos moram, trabalham, estudam, se relacionam, desenvolvem hábitos e crenças, adoecem etc. Neste sentido, a territorialização é vista como um meio operacional no desenvolvimento de vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade, possibilitando aproximação para a compreensão dos problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2018).

Cabe destacar que as eSF devem conhecer o seu território, através da coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários. Após o levantamento de dados é necessário interpreta-los conforme o mapeamento do município (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

O mapeamento do espaço de vida induz a implementação de práticas planejadas de saúde, orientadas pelos problemas e necessidades da comunidade, contribuindo para a execução de ações que busquem a superação das complexas desigualdades existentes, relativas à cobertura, ao acesso, à resolubilidade e à qualidade na atenção à saúde (BRASIL, 2018, p. 12).

O processo de trabalho da ESF tem como um de seus princípios o vínculo com a família e a com comunidade. Dessa maneira, o mapeamento possibilita a elaboração de um diagnóstico da comunidade e, conseqüentemente, o planejamento de ações em saúde conforme a realidade e necessidade da população inserida no território. Assim, a ESF pode assumir uma conduta ativa de intervenção em saúde, “pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo” (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009, p. 933).

Neste sentido, observa-se a importância da ESF no processo para o fortalecimento da vigilância da saúde, uma vez que contém, em sua estrutura, elementos que subsidiam a prática das equipes. Ademais, a inclusão e a organização de ações em um território delimitado “e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população”. (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009, p. 933).

Para que ocorra uma integração entre as ações da ESF e da vigilância da saúde é necessário que os profissionais da AB atuem através de uma lógica de risco. Deve-se utilizar a epidemiologia como instrumento para mapear as vulnerabilidades do território, com intuito de propor e utilizar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos, “bem como riscos à saúde decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 2018, p. 13).

Portanto compreende-se que a vigilância da saúde pode ser uma alternativa em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida, formando-se em uma “estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) população(ções) em cada país, estado ou município” (TEIXEIRA, 2000 *apud* PAIM, 2009, p. 175).

Por fim, entende-se que a vigilância da saúde configura-se como um modo tecnológico de intervenção em saúde, que pode englobar modelos assistenciais vigentes e associar-se às propostas contemporâneas de promoção da saúde “implicando nos meios de trabalho, atividades, relações técnicas e sociais, bem como as organizações de saúde e da cultura sanitária” (PAIM, 2009, p. 178).

Considerando as discussões realizadas no presente capítulo sobre a promoção da saúde, em âmbito internacional e nacional, bem como a sua relação com a vigilância da saúde e a ESF, o próximo capítulo trata a promoção da saúde especificamente no município de Ponta Grossa – PR, isto é, apresenta-se e analisa-se os dados coletados a partir da pesquisa de campo.

CAPÍTULO 3

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR

Neste capítulo, identificam-se os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017). O universo desta pesquisa está localizado na cidade de Ponta Grossa – PR, especificamente na FMS. Inicialmente faz-se uma breve caracterização do município, descrevendo a estrutura e a organização dos serviços da AB, considerando que a amostra da pesquisa se localiza neste universo.

Da mesma maneira, apresentam-se os sujeitos selecionados para a realização da pesquisa de campo. Foram selecionados doze profissionais que atuam na AB no município de Ponta Grossa – PR, sendo: a coordenadora da AB; um profissional da ESF de cada distrito sanitário (Oficinas, Uvaranas I, Uvaranas II, Santa Paula, Esplanada, Nova Rússia e Centro) e um de cada NASF-AB (Uvaranas, Oficinas, Santa Paula/Nova Rússia e Esplanada).

A partir das entrevistas realizadas, foram elencadas categorias que permitiram responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos da pesquisa, tendo por finalidade identificar como ocorre a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR e os desafios para a sua operacionalização.

Por fim, ressalta-se que é nesse capítulo que o método crítico dialético faz-se mais presente, uma vez que a pesquisadora aproximou-se do objeto investigado para analisá-lo, através de uma reflexão crítica. A partir da análise realizada foi possível compreender o objeto estudado em sua essência.

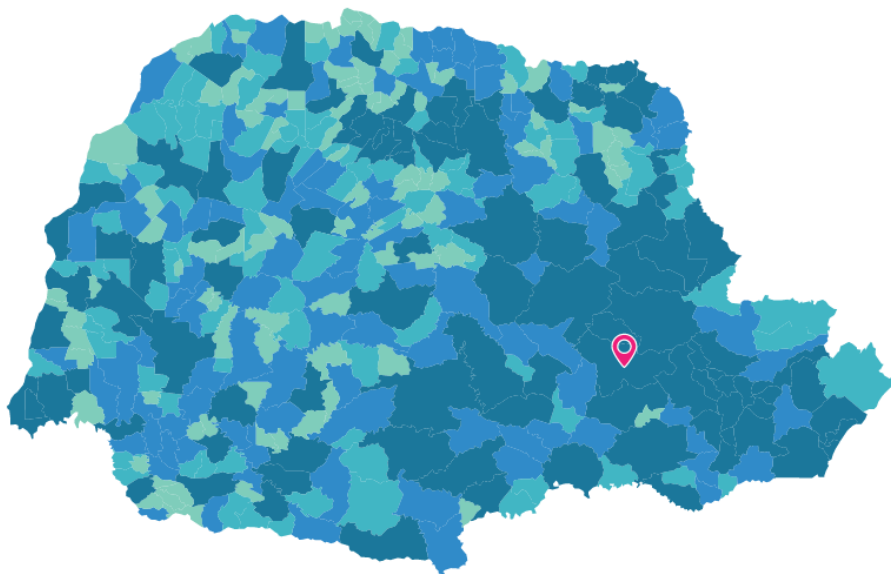
3.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.

Neste item, descreve-se a estrutura e a organização dos serviços de saúde do município de Ponta Grossa – PR, especificamente da AB, uma vez que esta compõe o universo desta pesquisa. Desta maneira, para aproximar-se da realidade estudada se faz necessária uma breve contextualização histórica do município.

O município de Ponta Grossa – PR teve sua fundação no ano de 1823, mais precisamente no dia 15 de novembro. A cidade está localizada no segundo planalto paranaense, na região dos Campos Gerais, conforme a figura 3. De acordo com o

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o município possui uma população estimada de 352.736 pessoas. Ponta Grossa tem a 4ª maior população do Paraná e a 76ª do Brasil. Estudos apontam que no decorrer das próximas décadas, levando em consideração sua dinâmica econômica e populacional, a população do município poderá chegar a 500 mil habitantes (PONTA GROSSA, 2017).

FIGURA 3 - Localização do município de Ponta Grossa – PR



Fonte – IBGE, 2019.

A cidade de Ponta Grossa tem como uma de suas principais características a sua posição geográfica, sendo que por tal motivo, durante o período do povoamento, foi considerado o local ideal para reunir “o cruzamento das tropas de gado do Rio Grande do Sul para São Paulo e até hoje é considerado o maior entroncamento rodoferroviário do Sul do país” (BALESTRINI; BARROS, 2008, p. 106).

Devido ao fato do município ser um polo de entroncamento rodoferroviário, bem como pelo estímulo à industrialização que ocorreu na década de 1980, a cidade foi foco de atração “para migrações rurais – urbanas do próprio Estado”, bem como “para migrações de outros Estados da federação e ainda para acomodação das populações advindas das regiões alagadas no Estado do Paraná em função da construção de hidroelétricas” (BALESTRINI; BARROS, 2008, p. 106).

Como consequência desta organização urbana, tem-se um “considerável aglomerado de favelas constituídas ao longo dos córregos e nos fundos de vale e uma população com grande vulnerabilidade social”, tanto nas áreas, educacional, habitacional, saneamento, saúde, entre outras, requerendo do poder público a criação de políticas públicas eficientes (BALESTRINI; BARROS, 2008, p. 106).

Em relação a política de saúde do município, cabe destacar que no decorrer da administração de 1997-2000 foi implantado o PACS. Durante a gestão de 2001/2004, especificamente em 2001, foi implantado o PSF. Neste cenário, a organização do setor da saúde aproximou-se do modelo assistencial estabelecido pelo SUS, isto é, a partir desta gestão o município passou a priorizar a AB através da realização de campanhas, bem como de programas de promoção saúde e prevenção de doenças (BALESTRINI; BARROS, 2008).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2017), a AB é composta por 52 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 10 destas na área rural e o restante na área urbana. Ao todo são 80 Equipes Saúde da Família (eSF), 13 de Saúde Bucal, 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com serviços rotineiros e consultas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Foram implantadas, ainda, 5 equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e 1 Equipe de Atenção Domiciliar (PONTA GROSSA, 2017).

Cabe destacar que a última edição do Plano Municipal de Saúde (2018-2021) foi elaborada em 2017, porém, após a sua publicação ocorreram alterações referente à estrutura dos serviços. Conforme documento enviado pela coordenação da FMS⁵, atualmente o município conta com 48 USF, 1 UBS, 78 ESF e 4 equipes NASF⁶.

⁵ Contato telefônico estabelecido com os servidores da coordenação da Atenção Básica solicitando o mapa de divisão das USF por distrito sanitário. Na oportunidade informou-se que o município não dispõe de um mapa geográfico com as áreas delimitadas. Foi enviado, via e-mail a tabela de divisão de áreas organizada pela coordenação da Atenção Básica.

⁶ Contato telefônico estabelecido com as Assistentes Sociais que compõe as equipes NASF no município de Ponta Grossa – PR. Na oportunidade as profissionais integrantes das equipes informaram a divisão de áreas por equipe.

QUADRO 13 - Divisão de áreas por distrito – 2019

TERRITÓRIO/ TOTAL EQUIPES	UNIDADE	EQUIPES
OFICINAS (11)	Adão Ademar Andrade	1
	Agostinho Brenner	1
	Cyro de Lima Garcia(Vila Velha)	2
	Ezebedeu Linhares	1
	João de O. Bello – Guaragi	1
	José Carlos Araújo	1
	Lauro Muller	2
	Otoniel Pimentel dos Santos	2
CENTRAL (4+UBS)	Aluizio Grochoski	1
	Antônio Russo	UBS
	Sady Silveira	1
	Jayme Gusmann	1
	Rômulo Pazzinato	1
UVARANAS I (13)	Antônio Saliba	1
	César Rocha Milleo	2
	Horácio Droppa	2
	Luiz Conrado Mansani	2
	Madre Josefa Stenmanns	2
	Nilton Luiz de Castro	3
UVARANAS II (13)	Sharise Arruda	1
	Abrahão Federmann	2
	Antero Machado de Mello	2
	Cleon Francisco C. de Macedo	2
	Lubomir Antônio Urban	2
	Santo Domingo Zampier	2
	Itaiacoca- Biscoia/ Crutac	1
	Silas Sallen	2
SANTA PAULA (12)	Alfredo Levandovski	2
	Adilson Baggio	2
	Carlos Dezaunet Neto	1
	Clyceu Carlos de Macedo	1
	Egon Roskamp	2
	Félix Vianna	1
	Paulo Madureira Novaes	1
	Roberto de Jesus Portela	2
ESPLANADA (15)	Adam Polan Kossobudzki	3
	Antonio Horácio de Miranda	2
	Aurélio Grott	2
	Eugênio José Bocchi	1
	José Bueno	2
	Júlio de Azevedo	2
	Zilda Arns	3
NOVA RÚSSIA (10)	Antônio Schwanzee	2
	Ambrósio Bricailo	2
	Carlos Ribeiro de Macedo(Planalto)	1
	Jamil Mussi	1
	Javier Cejas Arzabe	2

QUADRO 13 - Divisão de áreas por distrito – 2019

(conclusão)

TERRITÓRIO/ TOTAL EQUIPES	UNIDADE	EQUIPES
NOVA RÚSSIA (10)	Louis A. Charles Buron	1
	Luiz Fernando Cajado Braga (Uvaia/ Pinheirinho)	1

Fonte: Atenção Básica – Prefeitura Municipal de Ponta Grossa

QUADRO 14 - Território equipes NASF – 2019

TERRITÓRIO/ TOTAL EQUIPES	UNIDADE	EQUIPES
NASF UVARANAS (21)	Antero Machado de Mello Neto	2
	Antônio Saliba	1
	César Rocha Milleo	2
	Cleon Francisco de Macedo	2
	Horácio Droppa	2
	Lubomir Urban	2
	Luiz Conrado Mansani	2
	Nilton Luiz de Castro	3
	Santo Domingos Zampier	2
	Sharise Angélica Arruda	1
	Silas Sallen	2
NASF OFICINAS (18)	Abrahão Federmann	2
	Adão Ademar de Andrade	1
	Agostinho Brenner	1
	Aloízio Grochoski	1
	Cyro de Lima Garcia	2
	Ezebedeu Linhares	1
	Jayme Gusmann	1
	José Carlos de Araújo	1
	Lauro Müller	2
	Madre Josefa Stenmans	2
	Otoniel Pimentel dos Santos	2
	Sady Macedo Silveira	1
	João de O. Bello – Guaragi	1
	NASF ESPLANADA (15)	Adam Polan Kossobudzki
Antônio Horácio de Miranda		2
Aurélio Grott		2
Eugênio José Bocchi		1
José Bueno		2
Júlio Azevedo		2
Zilda Arns		3
NASF NOVA RÚSSIA / SANTA PAULA (23 + UBS)	Antônio Russo	UBS
	Antonio Schwanzee	2
	Ambrósio Bricailo	2
	Carlos Ribeiro de Macedo	1
	Javier Cejas Arzabe	2
	Luiz Fernando Cajado Braga	1

QUADRO 14 - Território equipes NASF – 2019

(conclusão)

TERRITÓRIO/ TOTAL EQUIPES	UNIDADE	EQUIPES
NASF NOVA RÚSSIA / SANTA PAULA (23 + UBS)	Louis Charles Buron	1
	Romulo Pazinato	1
	Adilson Baggio	2
	Alfredo Levandoski	2
	Carlos Dezaunet Neto	1
	Clyceu Carlos de Macedo	1
	Egon Roskamp	2
	Félix Vianna	1
	Jamil Mussi	1
	Paulo Madureira Novaes	1
	Roberto de Jesus Portela	2

Fonte: Atenção Básica – Prefeitura Municipal de Ponta Grossa

A estrutura física do município possui 81 estabelecimentos de saúde, segundo o Plano Municipal de Saúde. Além das Unidades de Saúde, a estrutura física do município conta com Clínica Especializada/Centro Especializado (7), Central Gestão em Saúde (1), Rede Hospitalar (9), Pronto atendimento – UPA (1), SIATE/SAMU (1) (PONTA GROSSA, 2018).

Em relação à regionalização, cabe destacar que o estado do Paraná está representado por 22 Regionais de Saúde. Cujas responsabilidades são prestar apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e consórcios de saúde que compõem a sua região (MPPR, 2018). Define-se região de saúde como

Um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (MPPR, 2018, p. 1).

No município de Ponta Grossa, está localizada a 3ª Regional de Saúde, a qual abrange mais onze cidades, sendo: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés. A figura a seguir apresenta o mapa da regional de saúde do estado do Paraná.

FIGURA 4 – Regionais de Saúde



Fonte – PARANÁ, 2019.

Conforme abordado anteriormente, a PNAB reconhece a ESF como a principal estratégia de expansão da AB. De acordo com o Ministério da Saúde, em dezembro de 2019 a cobertura da ESF, em território nacional, foi de 64,47%, atingindo 134.427.430 pessoas (BRASIL, 2019).

Com relação aos dados do estado do Paraná, segundo o Ministério da Saúde, em dezembro de 2019 a cobertura da ESF foi de 64,60%, abrangendo 7.332.069 pessoas. No tocante aos dados municipais, no período já mencionado, a cobertura da ESF foi de 73,35%, alcançando um total de 265.950 pessoas. Tais informações apresentam que o município de Ponta Grossa – PR superou a média nacional e estadual (BRASIL, 2019).

Após essa breve descrição sobre organização dos serviços de saúde do município de Ponta Grossa – PR, faz-se necessário discorrer sobre a pesquisa de campo.

3.2 A PESQUISA DE CAMPO

Considerando o percurso metodológico apresentado na introdução deste trabalho, este item aborda a pesquisa de campo, isto é, apresenta-se a análise das

entrevistas realizadas. Salienda-se que foram feitas doze entrevistas semiestruturadas, com profissionais de saúde que atuavam na AB, no município de Ponta Grossa – PR. Para tanto, selecionou-se a coordenadora da AB, responsável pela gestão do referido serviço e onze profissionais de saúde que atuavam na ESF e no NASF.

Definiu-se como critério de seleção para as entrevistas um profissional da ESF de cada distrito sanitário (Oficinas, Uvaranas I, Uvaranas II, Santa Paula, Esplanada, Nova Rússia e Centro) e um de cada NASF-AB (Uvaranas, Oficinas, Santa Paula/Nova Rússia e Esplanada). Considerando que a AB é composta por uma equipe multiprofissional, optou-se também por entrevistar servidores de diferentes áreas de conhecimento. Para tanto, a partir de contato telefônico com a equipe da coordenação da AB do município, identificou-se equipes que desenvolviam ações de promoção da saúde, em cada distrito sanitário. Após esse levantamento, estabeleceu-se contato telefônico com os profissionais que atuavam nesses espaços.

Os sujeitos convidados para participar deste estudo foram informados sobre o objetivo da pesquisa e puderam optar quanto a sua participação. As entrevistas foram agendadas previamente através de contatos telefônicos, pessoalmente e/ou via e-mail, sendo realizadas nos locais de trabalho das entrevistadas, no período de maio de 2019 a abril de 2020, tendo duração entre nove minutos (mais curta) e dezessete minutos (mais longa). As entrevistas foram registradas em gravador de voz digital, com a autorização das entrevistadas, e transcritas na íntegra.

Nos dias das entrevistas, as profissionais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice B, para que pudessem ler, tirar suas dúvidas e posteriormente assinar, ficando com uma cópia e entregando outra para a pesquisadora.

Cabe destacar que neste estudo, devido às questões éticas, as entrevistadas não serão identificadas. Com o intuito de caracterizar os sujeitos deste estudo, organizou-se um quadro demonstrativo do perfil das profissionais e optou-se por não apresentar o local de trabalho para preservar a identidade das mesmas.

QUADRO 15 - Perfil básico dos sujeitos entrevistados.

Entrevistadas	Idade	Profissão	Tempo de formação	Pós-graduação	Tempo de atuação na saúde pública
1	50 a 60	Cirurgiã Dentista	34 anos	Saúde da Família; Saúde Coletiva; Gestão do SUS e Preceptoria no SUS.	26 anos
2	20 a 30	Enfermeira, professora e bióloga.	12 anos	Acupuntura tradicional chinesa.	6 anos
3	20 a 30	Assistente Social	2 anos	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (em curso)	3 anos
4	30 a 40	Fisioterapeuta	18 anos	Oncologia	10 anos
5	20 a 30	Nutricionista	4 meses	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (em curso)	2 meses
6	40 a 50	Educadora Física	20 anos	Educação Especial; Personal Training.	4 anos
7	50 a 60	Cirurgiã Dentista	27 anos	Mestrado em Ciências da Saúde	22 anos
8	20 a 30	Nutricionista	8 anos	Segurança alimentar e nutricional; Mestrado em Ciências da Saúde.	3 anos e meio.
9	20 a 30	Assistente Social	4 anos	Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde	4 anos
10	20 a 30	Enfermeira	8 anos	Enfermagem do trabalho; Saúde Pública com ênfase em ESF; Preceptoria no SUS; Gestão no SUS (cursando).	6 anos

QUADRO 15 - Perfil básico dos sujeitos entrevistados.

(conclusão)

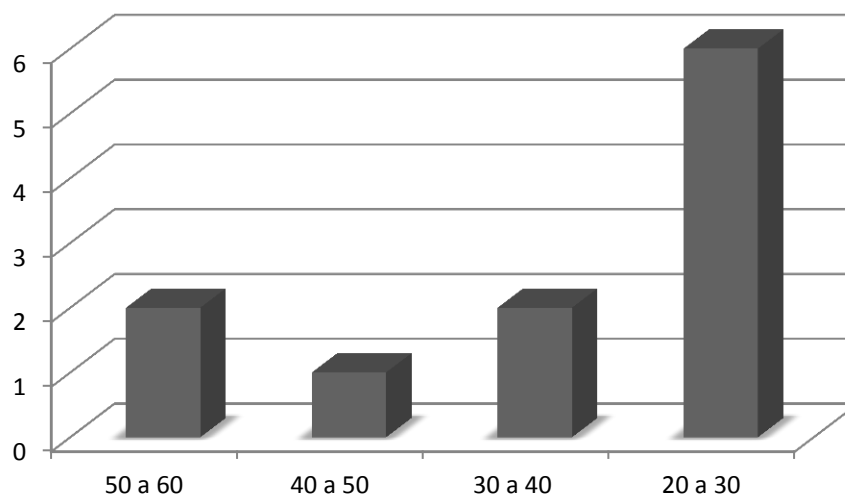
Entrevistadas	Idade	Profissão	Tempo de formação	Pós-graduação	Tempo de atuação na saúde pública
11	30 a 40	Farmacêutica clínica	11 anos	Farmácia clínica; Dispensação farmacêutica; Toxicologia forense; Estética.	4 anos
12	40 a 50	Enfermeira	9 anos	Saúde da Família; Urgência e emergência.	7 anos

Fonte: A autora

Verificou-se que as participantes desta pesquisa são profissionais do sexo feminino. Segundo o Conasems (2020), as mulheres são a principal força de trabalho da saúde, isto é, representam “65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica”.

No que se refere à faixa etária, observou-se que duas das profissionais possuíam idade entre 50 a 60, uma entre 40 a 50, duas entre 30 a 40 e seis entre 20 a 30 anos, conforme consta no gráfico abaixo:

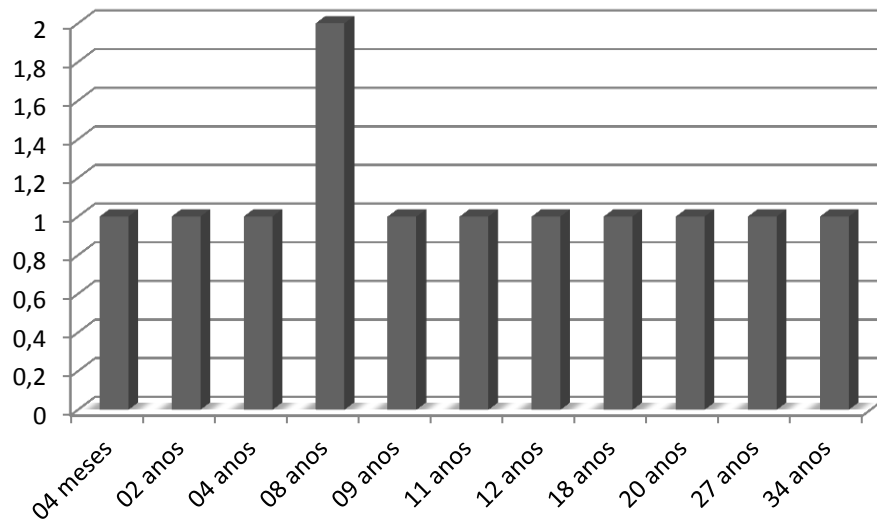
GRÁFICO 1 – Idade das profissionais entrevistadas



Fonte: A autora

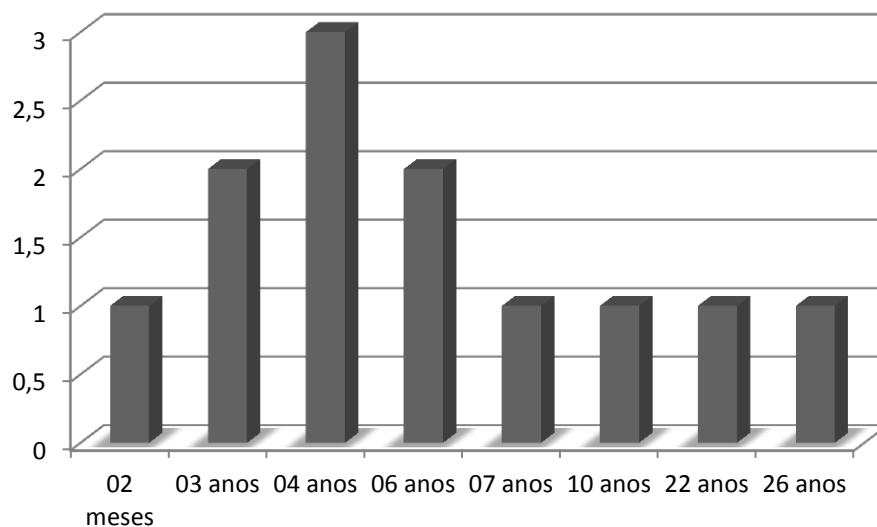
Com relação ao tempo de formação, verificou-se que o mesmo estava entre 04 meses a 34 anos e o tempo de atuação na saúde pública entre 02 meses e 26 anos.

GRÁFICO 2 – Tempo de formação das profissionais entrevistadas



Fonte: A autora

GRÁFICO 3 - Tempo de atuação das profissionais entrevistadas na saúde pública



Fonte: A autora

Observou-se ainda que tanto o tempo de formação, quanto o tempo de atuação na área da saúde são distintos, o que pode representar opiniões diversas sobre a temática estudada.

Com relação à pós-graduação, verificou-se que todas as entrevistadas continuaram se aperfeiçoando, isto é, possuíam pós-graduação concluída ou em desenvolvimento. Neste sentido, pressupõe-se que as profissionais entrevistadas consideram importante a atualização profissional/formação continuada.

Como este capítulo tem como intuito apresentar as categorias de análises elencadas que permitiram responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos da pesquisa, optou-se por interpretar os dados obtidos nas entrevistas através da ferramenta da análise temática. Para tanto, realizou-se a transcrição e leitura do material coletado, na sequência selecionou-se os documentos que poderiam ser usados na análise dos dados e os fragmentos que mais se destacaram nos relatos das entrevistadas, por fim foram realizadas reflexões e interpretações dos dados coletados.

A partir da análise realizada, emergiram seis categorias de análise: O que é promoção da saúde?; Ações de promoção da saúde desenvolvidas pela AB no município de Ponta Grossa – PR; Planejamento e promoção da saúde; Intersetorialidade e promoção da saúde; Resolutividade na promoção da saúde; e Condições e desafios para a operacionalização da promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR.

CATEGORIA 1: O que é promoção da saúde?

De acordo com a PNAB, a AB é responsável por desenvolver um conjunto de ações em âmbito individual e coletivo, que contempla, entre diversos aspectos, a promoção da saúde. Para tanto, a primeira categoria de análise discutida é o conceito de promoção da saúde, especificamente o entendimento dos sujeitos participantes da pesquisa sobre temática abordada. Cabe destacar que durante as entrevistas realizadas verificou-se que o conceito de promoção da saúde é compreendido de maneira distinta pelas entrevistadas.

Durante a análise das entrevistas, observou-se que para algumas das entrevistadas, o conceito de promoção da saúde está vinculado ao conceito ampliado de saúde, ou seja, consideraram que a promoção da saúde é formada por

diversos fatores e não apenas a ausência de doença. Os resultados também evidenciaram que para as entrevistadas a promoção da saúde está associada à qualidade de vida.

*Eu vejo a promoção da saúde na atenção primária como uma oportunidade de você alcançar realmente a população no seu território e promover a saúde no sentido mais amplo: **qualidade de vida, lazer, questão social, questão cultural e também a questão de saúde** [...] (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).*

*Promoção da saúde é um conjunto de ações. As orientações repassadas, seja em consulta, sejam durante a visita domiciliar, sejam em atendimento em grupo, nos grupos de educação em saúde, em atividades e ações pontuais. É o conjunto dessas ações que **visam melhorar a qualidade de vida do paciente, do usuário, da própria comunidade no geral** (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).*

*É tudo o que a gente faz para que a pessoa tenha **saúde, tanto física, mental e emocional**. Pode ser um grupo, pode ser um atendimento, pode ser até uma conversa com o paciente, você pode estar promovendo saúde. Educação em saúde, várias coisas que a gente faz para promover a saúde da pessoa (ENTREVISTADA 11, grifo nosso)*

O conceito de promoção da saúde sofreu diversas alterações ao longo dos anos, antes vinculado à prevenção de doenças e mudanças de hábitos e atualmente considerado um campo amplo que considera os determinantes sociais e culturais, ou seja, a promoção da saúde está ligada a qualidade de vida dos sujeitos, o que inclui aspectos de habitação, saneamento, alimentação, trabalho e educação, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias, estilos de vida responsável e cuidados (BUSS, 2000).

Esta definição contemporânea de promoção da saúde está vinculada à concepção de empoderamento, compreendido como um processo de capacitação dos sujeitos e comunidades para assumirem controle sobre os determinantes da sua saúde. Esse conceito de promoção da saúde também está ligado à participação social, entendida como a descentralização do poder às comunidades locais (BRASIL, 2002).

Constatou-se que embora as entrevistadas 1, 9 e 11 tenham evidenciado a qualidade de vida e o conceito ampliado de saúde, observa-se que ainda este conceito é limitado, pois não abordaram a importância da autonomia, participação popular e empoderamento, sendo esses fatores essenciais para o desenvolvimento da promoção da saúde.

No decorrer da análise das entrevistas, percebeu-se que para algumas das entrevistadas a promoção da saúde está vinculada à prevenção de doenças. Para as profissionais a promoção da saúde consiste em evitar que os indivíduos adoçam.

*Promover saúde é proporcionar o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo antes do mesmo ficar doente. **É não permitir que a doença e/ou dificuldade se manifeste*** (ENTREVISTADA 2, grifo nosso).

*Promover saúde são **ações realizadas para prevenção de agravos, cuidados e prevenção de riscos*** (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).

*Na minha opinião, é você dar condicionantes para eles, qualidade de vida, melhora de alimentação, atividade física, promover a saúde daquela pessoa, para que ela **não adquira aquela doença*** (ENTREVISTADA 12, grifo nosso).

Conforme apontado no segundo capítulo desta dissertação, muitos profissionais da saúde consideram promoção da saúde e prevenção de doenças como conceitos sinônimos. Um dos principais motivos desta interpretação está associada à definição expressa por Leavell e Clark (1965), os quais consideraram que a promoção da saúde é efetivada através da prevenção primária. Assim, cabe aos profissionais que atuam na área da saúde, com base no conhecimento técnico, “operar intervenções que mantenham as pessoas livres das doenças, cabendo ao profissional transmitir seu saber e aos usuários cumprir as orientações do saber científico biomédico” (IGLESIAS; ARAUJO, 2011, p. 294).

A confusão sobre a diferenciação dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças é um fator preocupante, uma vez que é dever dos profissionais da saúde executar tais ações. Portanto, é fundamental que os profissionais que atuam na AB compreendam que a promoção e a prevenção são conceitos distintos, bem como entendam que o conceito da promoção da saúde não está restrito à ausência de doenças, mas que busca atuar sobre os determinantes sociais.

Outro fator que se destacou na fala das entrevistadas foi a relação entre a promoção e educação em saúde. Nesse contexto, as profissionais consideraram como importante transmitir as informações indo além de ações de assistência.

*Acredito que a **promoção tenha o caráter de aumentar a saúde e qualidade de vida através da educação em saúde**. A promoção da saúde cria vínculos, mobiliza*

a comunidade a tentar reorientar os serviços de saúde superando a fragmentação, de forma que o serviço apresente a integralidade (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

Ações de divulgação de ensino e informação de conhecimentos em saúde pública (ENTREVISTADA 4, grifo nosso).

*São ações voltadas à população que propõem **ensinar, incentivar à melhora da qualidade de vida e cuidados com a saúde** (ENTREVISTADA 6, grifo nosso).*

*Promover mudanças no estilo de vida da comunidade, de indivíduos, famílias, por meio de **atividades em grupo, dinâmicas, palestras que possam estar impactando em mudanças no estilo de vida dessas pessoas ou comunidades** (ENTREVISTADA 7, grifo nosso)*

*Toda ação que a gente desenvolve que vai **causar um impacto na saúde da população** para mim é promoção da saúde (ENTREVISTADA 10, grifo nosso).*

A educação em saúde desempenha um papel importante na promoção da saúde. As informações precisam estar incorporadas nos atendimentos individualizados dos pacientes, bem como nos espaços coletivos de espera e circulação das unidades de saúde. É fundamental que o repasse da informação ocorra com qualidade. No atendimento individualizado é necessário que o paciente tome conhecimento das “causas associadas à sua enfermidade e todas as possibilidades e riscos da intervenção” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p. 48).

No aspecto coletivo, isto é, nos espaços comuns das unidades de saúde, a informação deve estar voltada principalmente para a formação da cidadania, propiciando o conhecimento sobre os problemas de saúde do país e possibilitando a participação ativa dos sujeitos nos problemas locais de saúde (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Essas informações precisam ser qualificadas, ou seja, elas não devem ser repassadas de maneira autoritária, pelo contrário, precisa haver um diálogo, uma troca com os sujeitos, sem perder o caráter técnico. Para tanto, as ações de promoção da saúde, nesta perspectiva, devem informar sem querer “educar”, isto é, deve-se dialogar com as comunidades, grupos e sujeitos para que eles possam tomar as suas decisões (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Observa-se que na prática muitos profissionais da saúde não realizam ações voltadas para o empoderamento de suas comunidades, pelo contrário, buscam “impor” para os sujeitos normas comportamentais, como: não fume, use camisinha, escove os dentes, tenha uma alimentação saudável, faça atividade física, etc

(LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Os profissionais de saúde precisam ficar atentos para não acreditarem que são os únicos detentores de conhecimento sobre o processo saúde-doença e, conseqüentemente, impor comportamentos saudáveis aos indivíduos.

*Promoção da saúde é quando antes da doença existir você desenvolve atividades para melhorar a saúde da população. Aquela pessoa que está saudável você a mantém saudável, ou seja, uma forma de você evitar doenças. Então a Promoção da saúde deveria ser mais focada porque hoje a gente tem um custo muito grande de saúde pública porque você trata no último grau, quando a pessoa já está muito agravada, e as políticas de promoção da saúde eu acho que ainda são enfraquecidas. **Mas vejo que uma dificuldade muito grande em relação ao usuário. Ele não procura fazer um check-up. Ele não procura um médico quando ou serviço de saúde quando ele está bem. Ele procura quando ele já está agravado.** Então acho que promoção da saúde é você melhorar a saúde que já existe (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).*

O sujeito não deve apenas cumprir as determinações postas pelos profissionais da saúde, eles devem fazer parte de tais decisões. A não valorização das escolhas dos sujeitos prejudica a sua autonomia, a participação e o empoderamento na tomada de decisões.

CATEGORIA 2: Ações de promoção da saúde desenvolvidas pela AB no município de Ponta Grossa – PR

A presente categoria discorre sobre as ações de promoção da saúde desenvolvidas no município de Ponta Grossa – PR. Para tanto, as entrevistadas foram questionadas se no espaço em que atuam são desenvolvidas ações de promoção da saúde. Constatou-se que das 12 entrevistadas, 11 relataram que realizam ações de promoção da saúde.

*Existe sim, segundo a nossa própria Política Nacional de Atenção Básica, essa prerrogativa de que as equipes de saúde façam a promoção. **Vai muito de acordo com a equipe que está atuando no território, o perfil da equipe e o perfil também da comunidade, na adesão a esse tipo de estratégia.** O que a gente percebe também é que não tem como a gente engessar isso em todas as comunidades, normatizar que todas as unidades farão dessa forma, não. É muito aberto, tem que ser dessa forma, porque o perfil epidemiológico da região, o perfil social, cultural, é ele que vai dar a prerrogativa de sim, fazer a promoção da saúde que é o que o ministério destaca. **São desenvolvidas, mas não teria uma norma***

única para o município inteiro, são muitas unidades, cada uma tenta alinhar a sua necessidade (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).

A PNAB 2017 compreende a implementação da promoção da saúde na AB como um princípio do cuidado em saúde. A portaria reconhece como importante que as “ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação”. Destaca-se que alguns temas devem ser considerados na abordagem da promoção da saúde na AB:

[...] alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017).

Observa-se que os temas propostos pela PNAB 2017 estão voltados aos indicadores de morbimortalidade e não como indicadores sociais que possibilitem uma educação de qualidade, renda suficiente, habitação adequada, saneamento básico, trabalho digno, lazer, entre outros fatores que contribuam com a diminuição da desigualdade social e conseqüentemente com a melhoria na qualidade de vida dos sujeitos (MAEYAMA et al, 2015).

Dentre as ações de promoção da saúde realizadas pelas entrevistadas da pesquisa na AB no município de Ponta Grossa – PR destacaram-se os grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes, idosos, combate ao tabagismo, saúde mental e atividades físicas.

Sim. Os grupos de gestantes, atividades físicas e de hiperdia são promoções da saúde que ocorrem no meu cotidiano (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

Sim, atualmente a gente tem o grupo de hiperdia e o grupo de gestantes. O hiperdia a gente começou agora, amanhã vai ser o segundo grupo, e o grupo de gestantes ele já é um grupo mais estruturado na unidade, já tem algum tempo e tem uma participação maior (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).

Sim, são desenvolvidos grupos de atividades físicas com foco principal para pessoas com doenças crônicas (Hiperdia) e saúde mental. Sabemos que a prática de atividade física contribui para a redução do peso corporal, fortalecimento dos ossos, articulações e músculos saudáveis, redução de quedas em idosos, diminuição do sistema de ansiedade e estresse e está associado a menor número de internações, visitas médicas e uso de medicamento. Visto isso, os grupos de

atividade física têm foco principal na melhora da qualidade de vida da população (ENTREVISTADA 6, grifo nosso).

Sim. *Aqui a gente tem **vários grupos**, para trabalhar promoção da saúde, **hipertensão, diabetes, saúde mental**. Tem um **grupo de tabagismo** e tem o **grupo das idosas** que fazem atividade física também (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).*

Foram citados ainda os grupos de mulheres, sala de espera, grupo de coluna, orientações, acolhimento, consultas e o Tai Chi Chuan.

*[...] A gente tem um **grupo de atividade física e o grupo de caminhada**. Temos também um **grupo de mulheres** que utilizam medicamentos antidepressivo, ansiolítico. Mulheres que não têm renda, mulheres que ficam e vivem sozinhas, sem filhos, sem companheiro. Temos um **grupo de diabéticos, grupo de coluna e realizamos sala de espera e orientações para gestantes** (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).*

Sim. *Eu creio que a promoção da saúde, ela vai desde uma **orientação, um acolhimento, uma consulta** de enfermagem no meu caso, até **palestras, até projetos** que a gente desenvolve, como **combater o tabagismo**, ou outros que a gente venha a desenvolver (ENTREVISTADA 10, grifo nosso).*

Sim, *a gente tem **Tai Chi Chuan, caminhada, sala de espera** (ENTREVISTADA 12, grifo nosso).*

Percebeu-se que as profissionais da AB do município de Ponta Grossa – PR executavam algumas das atividades, conforme os temas destacados na PNAB 2017. Verificou-se ainda que, para algumas das entrevistadas, a principal ferramenta para a realização da promoção da saúde é a educação em saúde.

Sim. *Através de **educação em saúde**, do diálogo entre os profissionais de saúde e a população. É possível promover a saúde se o indivíduo orientado realizar o seu papel. Todos os profissionais de saúde da unidade de saúde são responsáveis pela educação em saúde da população e conseqüentemente pela saúde da comunidade (ENTREVISTADA 2, grifo nosso).*

*São desenvolvidas **grupos, palestras, atividades na escola**, várias atividades que estão voltadas à promoção da saúde antes de ocorrer às doenças (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).*

Conforme pode-se observar, as estratégias de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da AB contemplam um conjunto de ações educativas que ocorrem através de grupos e palestras. No relato das entrevistadas não se evidenciou uma participação ativa da população nos grupos e palestras. A educação

em saúde deve partir de um saber coletivo que “traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno” (MACHADO et.al., 2007, p. 336).

Neste contexto, a educação em saúde engloba a participação de toda a população e não apenas dos sujeitos que estão sob o risco de adoecer, buscando um bem-estar global, isto é os “aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social” (MACHADO et.al., 2007, p. 336).

Constatou-se que para algumas das entrevistadas, as ações de promoção da saúde se referem à ações de prevenção de doenças, reforçando a ideia de responsabilidade do indivíduo, pois focam na mudança de comportamento e estilo de vida.

Sim, são desenvolvidas. Por exemplo, grupo de caminhada, eu entendo que é um grupo de promoção da Saúde, porque é voltado não só para as pessoas que já tem alguma patologia como para aquelas saudáveis e que você vai realmente estimular para que ela se mantenha naquele nível de saúde. É desenvolvido grupo de gestantes, por exemplo, que é uma forma de você promover a saúde já do bebê ainda na barriga da mãe. O grupo de hipertensão na verdade, eu não entendo que seja de promoção da saúde. Porque quem está lá já está doente. Então é meio estranho. Mas o grupo de gestante, de caminhada, práticas de atividade física e educação alimentar e nutricional. Por que através da alimentação a gente consegue prevenir muitas doenças e melhorar muito a saúde da população (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).

Conforme explicitado no decorrer deste trabalho, promover saúde é um conceito amplo que ultrapassa a prevenção da doença, uma vez que a promoção busca “identificar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, transformando-se em favor da saúde” (BRIXNER et.al., 2017). Neste contexto, entende-se que a promoção da saúde age sobre diversos fatores que ultrapassam aspectos biológicos, isto é, atua sob aspectos sociais, ambientais, econômicos, entre outros, o que contribui para a melhora na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Verifica-se que as equipes da AB do município de Ponta Grossa – PR realizam ações voltadas para a prevenção de doenças, educação em saúde e programas ministeriais destinados a grupos específicos, isto é, não contemplando aspectos da promoção da saúde. O município atende a proposta da PNAB 2017, a qual sugere temas prioritários a serem abordados no desenvolvimento da promoção da saúde, entretanto, notou-se que a maioria das equipes não avança para ações

que extrapolem o que lhes é solicitado. Observa-se ainda que as ações não contemplam a participação dos sujeitos no processo decisório sobre a sua condição de saúde e de sua comunidade.

CATEGORIA 3: Planejamento e promoção da saúde

O planejamento é fundamental na AB, uma vez que não é possível atender os sujeitos individualmente ou coletivamente de maneira improvisada. Uma das mais importantes diretrizes a respeito de planejamento é o estudo clássico de Matus. Para Matus, o planejamento estratégico situacional é dependente de uma “gestão descentralizada, da definição de objetivos a partir de problemas e a análise da viabilidade e da estratégia de sua solução” (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, p. 268, 2015).

O autor pressupõe quatro períodos em relação ao planejamento estratégico situacional. O primeiro deles trata da escolha e avaliação dos problemas mais importantes que demandam resolução na concepção dos sujeitos envolvidos. O segundo período diz respeito sobre a determinação da situação-objetivo futura da qual se pretende atingir e quais são os procedimentos fundamentais para se alcançar resultados, considerando os obstáculos mais relevantes dos contextos possíveis. O terceiro período trata da constatação da exequibilidade desse projeto de procedimentos fundamentais nos seus múltiplos aspectos: político, econômico, cognitivo e organizativo. O último período é a gestão e o acompanhamento operacional da efetivação do projeto (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

Considerando a importância do planejamento para a área da saúde torna-se relevante tal discussão, sendo tal temática abordada nesta categoria. Para tanto, as entrevistadas foram questionadas se existe planejamento para a promoção da saúde e como ele ocorreu. Das 12 entrevistadas, 9 relataram que existe planejamento para a promoção da saúde e 3 que não. Dentre as entrevistadas que mencionaram não haver planejamento das ações de promoção da saúde, destaca-se:

Não existe o planejamento para fazer promoção. O que existe sim é um calendário nacional, onde em alguns meses se alerta a comunidade sobre certos temas: outubro rosa, junho branco. Eu não acredito que isso seja promoção, mas prevenção em saúde. Eu acredito muito que a **promoção da saúde está ligada também a parte preventiva. Não existe um planejamento da coordenação em relação a**

isso e eu acredito que pouco também em relação às unidades. Eu acho que a promoção da saúde ela vai acontecendo à medida que a comunidade nos oferta esse espaço, nos oferta essa brecha para que a gente faça isso, então eu acredito que não, infelizmente nós não podemos fazer o planejamento, ainda não estamos nesse nível de maturidade (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).

No momento **não, devido à falta de estrutura ofertada pela Gestão** (ENTREVISTADA 4, grifo nosso).

O que acontece é que todos os dias eu tenho atendimento ao público. Então todo dia eu faço promoção à saúde. Todo dia faço orientação para o paciente. Mas **não tem nada planejado** (ENTREVISTADA 10, grifo nosso).

Contradizendo os estudos que apontam a importância do planejamento na área da saúde, a entrevistada 1 destacou que não existe planejamento para a promoção da saúde. Justificou tal fato alegando que a AB possui um trabalho dinâmico e, por tal motivo, nem sempre é possível concretizar o que foi planejado. Ressalta, ainda, que muitas das ações ditas “planejadas” se referem às campanhas ministeriais de prevenção de doenças.

A entrevistada 2 alegou que não ocorre planejamento pela falta de estrutura ofertada pela coordenação da AB. Observa-se no relato da profissional que a mesma não se reconhece como um ator importante no processo de planejamento das ações de promoção da saúde, isto é, a entrevistada considera que o planejamento da promoção deve partir de uma diretriz estabelecida pela gestão. Contudo, sabe-se que o planejamento não está limitado a coordenação da AB, ele deve ser realizado por todos os atores envolvidos no processo, o que inclui a gestão, os profissionais e os usuários.

A entrevistada 3 declarou que realiza ações de promoção da saúde diariamente, entretanto, em virtude de suas atividades cotidianas não executa o planejamento das mesmas.

Ressalta-se, novamente, que o planejamento é fundamental para a operacionalização da promoção da saúde na AB. É essencial que os profissionais que atuam na AB identifiquem, avaliem e tenham conhecimento da realidade do território em que se encontram inseridos. É dever dos profissionais conhecer os fatores sociais, políticos, ambientais, culturais, individuais e as condições de saúde que interferem na qualidade de vida de sua comunidade. Esta análise da situação social e de saúde possibilita as eSF intervir de maneira efetiva nos problemas que afetam as comunidades (TESSER et al., 2010).

Neste contexto, diferente do que foi expresso pela coordenação da AB, a maioria das entrevistadas relatou que realiza o planejamento da promoção da saúde, bem como observou-se que o mesmo na maioria das vezes está fundamentado nos agravos prevalentes no território.

***Sim.** A população é dividida em duas áreas, uma tem mais idosos e a outra tem mais gestantes. Então, foi criado o grupo de gestantes justamente para estar trazendo mais elas para estar incentivando, explicando a importância do pré-natal. E a outra do hiperdia também pela quantidade mesmo de pessoas que tem hipertensão e diabetes que fazem a consulta e pegam remédio, com base nisso que a gente resolveu fazer o grupo, **foi sentindo essa necessidade** mesmo (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).*

***Sim,** primeiramente observamos **através de dados o perfil da população.** A maioria dos pacientes passa por uma consulta médica, realizam atividades físicas, planilhamos o acompanhamento da pressão arterial, planilhamos o peso corporal e acompanhamos as medidas da circunferência abdominal. Depois destes dados, **traçamos um perfil do grupo de ginástica e planejamos as aulas** (ENTREVISTADA 6, grifo nosso).*

***Sim,** porque **é focado nos grupos de hiperdia,** que é o que toma maior espaço na agenda hipertensos e diabéticos, embora eu não vejo isso muito com uma promoção da saúde, mas prevenção de agravos. Gestantes, que a gente tem bastante, então é focado nessa parte. Aí eu entendo bem como a promoção da saúde porque você já tá trabalhando com o bebê. E o incentivo ao aleitamento materno, também entendo que é uma iniciativa de promoção da saúde. O que mais que é prevalente no nosso território grupos voltado para idosos, porque a população ela está envelhecendo. O que é planejado, é planejado de acordo com a demanda, pelo menos a nível das unidades de saúde (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).*

*Na verdade, a **gente faz isso mais de acordo com a demanda** que tem dentro da unidade, igual o tabagismo começou quando a gente viu que a demanda era maior do que o atendimento que existia no município. Então só tinha na universidade e para aumentar número de pessoas para serem atendidas a gente criou esse grupo. E da mesma forma o restante. Então saúde mental, hiperdia, as atividades físicas da terceira idade (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).*

Segundo o relato das entrevistadas, o planejamento é baseado conforme a necessidade da população. Isto representa a preocupação dos profissionais da saúde em executar as ações conforme as demandas mais importantes do território. Observou-se que essas ações são planejadas apenas através dos agravos prevalentes, não considerando os determinantes sociais, políticos e econômicos que envolvem os indivíduos e as comunidades.

As entrevistadas declararam que o planejamento da promoção da saúde se dá principalmente através das reuniões de equipe.

Existe sim. Para executar grupos e algumas ações pontuais, **são realizadas reuniões e discussões com a equipe** para a elaboração dos mesmos. Desde o início há planejamento sobre os convites para chamar a população, local, lanche, tempo, assunto, dinâmicas, lembrança, todos esses quesitos são pontuados no planejamento (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

Existe um planejamento, sim. Ele ocorre durante as reuniões de equipe, **há discussões de casos, no caso a prevalência das maiores doenças que estão ocorrendo na comunidade** e do que a gente quer trabalhar, e ocorre a divisão das tarefas na organização das temáticas específicas, então através de eixos a gente acabou dividindo: saúde mental, gestação, saúde do idoso, do bebê, hiperdia. Então são divididas durante a reunião de equipe e elas acontecem quinzenalmente, ou às vezes mensalmente. As reuniões de equipe elas são ditadas pela própria estrutura da prefeitura mesmo (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).

Constata-se a importância das reuniões de equipe para o planejamento da promoção da saúde. As reuniões de equipe possibilitam verificar os principais problemas que envolvem a comunidade, determinar qual estratégia será adotada para intervir nos problemas, bem como acompanhar e avaliar tal estratégia. Outro fator que tende a colaborar com o planejamento é a multidisciplinaridade da eSF, uma vez que cada profissional possui um saber científico que pode colaborar com o planejamento.

Embora as profissionais da AB tenham informado que exista o planejamento da promoção da saúde, também foram destacadas algumas ressalvas em relação ao mesmo.

Sim, existe um planejamento. Por exemplo, a gente desenvolve as primeiras ações baseadas no que a gente identifica, seja no acolhimento da unidade de saúde, ou seja, no que as equipes das unidades de saúde trazem para a gente em conversa. Então a gente planeja alguma atividade baseado nisso. Mas a gente sempre tem que replanejar ou refazer o nosso planejamento quando a gente começa a executar. Então às vezes a gente começa com um grupo com uma ideia inicial, mas no decorrer do grupo muda-se muita coisa porque a comunidade traz outra coisa. **Existe um pré-planejamento, mas não um planejamento participativo da comunidade. Isso é uma coisa que falta inclusive bastante.** Acho que é uma coisa bem falha que a gente faz. **A gente faz um planejamento baseado no perfil profissional, no que o profissional se identifica mais, o que a gente pode contribuir com aquela comunidade,** e no decorrer na execução do projeto, seja grupo, atividade, a gente sempre acaba refazendo esse planejamento, porque vão surgindo outras demandas, **a gente vai identificando ouvindo o que**

que a própria comunidade traz para gente e a gente refaz isso. Não é um planejamento fixo (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).

Conforme o relato da entrevistada 9, o planejamento proposto muitas vezes é modificado, o que está atrelado principalmente ao fato das profissionais executarem as ações baseadas na sua área de conhecimento específico, isto é, cada profissional contribui com o que é pertinente a sua área de atuação, não considerando as necessidades da comunidade. Outro fato apontado pela depoente é a ausência dos sujeitos no planejamento da promoção da saúde, ou seja, o planejamento é restrito aos profissionais que compõe a AB.

CATEGORIA 4: Intersetorialidade e promoção da saúde

As ações desenvolvidas pela a AB não estão vinculadas apenas a aspectos biológicos. Os territórios em que estão inseridas a ESF são permeados por uma diversidade e complexidade de situações, para desenvolver um atendimento integral para a comunidade torna-se necessário que as eSF ultrapassem os muros das USF e estabeleçam parcerias intersetoriais, isto é, com diferentes setores e segmentos sociais (BUSS, 2002).

Inojosa (2001, p. 105) define a intersetorialidade como uma “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”. Isto significa que a intersetorialidade não pretende apenas juntar diversos setores, mas sim atuar de maneira articulada com diferentes segmentos, objetivando resolver os problemas prevalentes nos territórios em que está inserida a população.

Neste contexto, a PNAB 2017 estabelece que é fundamental, no processo de trabalho da AB, o desenvolvimento de ações intersetoriais através da:

[...] interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral (BRASIL, 2017)

A PNAB 2017 salienta ainda que todos os profissionais que compõem a AB devem identificar parceiros e recursos na comunidade para o desenvolvimento de

ações intersetoriais (BRASIL, 2017). Neste sentido, todos os trabalhadores que atuam na AB possuem responsabilidade quanto ao desenvolvimento da intersetorialidade no território que estão inseridos.

Considerando a importância da intersetorialidade para a promoção da saúde, na quarta categoria discute-se as práticas intersetoriais e a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR. Para tanto, as entrevistadas foram questionadas se suas equipes utilizam parceiros e/ou recursos da comunidade para a execução de ações intersetoriais de promoção da saúde.

Observa-se que das 12 entrevistadas, 11 relataram que fazem uso de recursos e/ou parcerias com comunidade, sendo que apenas a depoente número 5 relatou não utilizar.

No momento não, no momento tudo é realizado na unidade mesmo. Se o nosso grupo de hiperdia vier a crescer, aumentar o público a gente vai fazer parceria com a Igreja ou com a associação de moradores, aí a gente vai mudar de lugar (ENTREVISTADA 05, grifo nosso).

Através do relato da entrevistada 5 foi possível perceber que existem eSF que atuam de maneira isolada. Neste cenário, observa-se que a intersetorialidade é um processo que ainda está em construção. Para tanto, torna-se fundamental que os profissionais da ESF sejam orientados sobre a importância de desenvolver parcerias intersetoriais que ultrapassem o setor da saúde, podendo assim proporcionar um atendimento integral a sua população.

Com relação às parcerias para a execução de ações intersetoriais, destacaram-se no relato das entrevistadas os conselhos locais de saúde, secretaria de educação, profissionais com formações distintas dos membros da ESF, NASF, residentes de saúde coletiva e a participação comunitária, conforme ilustrado nas falas a seguir:

Sim. A gente está sempre muito atrelado aos conselhos municipais, ao Conselho Municipal do Idoso, ao Conselho Municipal de Saúde, ontem a gente teve uma reunião com a Secretaria de Educação e a gente já percebeu que a aproximação é extremamente necessária, para fazer promoção e prevenção da saúde. Então, eu acho que é um processo lento, um crescimento lento, que a relação intersetorial não é muito simples, ainda existem uns nichos meio fechados, das diversas secretarias, então: Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência, e para você fazer um trabalho integrado a outros setores não é uma tarefa muito fácil, mas eu acredito que a saúde, neste quesito ela está amadurecendo agora com mais rapidez, no início foi

mais difícil, mas o hoje a gente percebe que o trabalho integrado com outros setores sempre nos traz resultados bons, sempre nos traz resultados maiores, atinge maiores camadas de população. Então eu acredito que sim, a gente tem feito isso, é um processo que talvez o resultado não seja muito objetivo, é mais subjetivo, mas pela minha caminhada, pelo tempo que eu trabalho na atenção primária, que eu trabalho na saúde eu vejo um progresso (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).

Muitos parceiros, utilizamos tanto da comunidade, quanto voluntários, do setor privados, terapeutas, terapeutas holísticos, fisioterapeutas, psicólogos, sempre a gente tem um convidado no grupo, além dos residentes que vieram como grandes parceiros, então cada um com a sua profissão sempre contribuem nos grupos (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).

*Sim, a gente **utiliza**. A gente tem a parceria com a igreja, que a gente utiliza o salão para os grupos de atividade física. E temos parceria com a associação de moradores também, que a gente utiliza para os grupos de diabetes e o grupo de coluna. A gente conta também com doação da **comunidade** para alguns grupos ou algumas atividades. Então quando a gente quer fazer algo diferente, ou até o próprio grupo de mulheres que é as oficinas de artesanato para trabalhar a questão de geração de renda a gente recebeu muita doação e se a gente precisar a gente pode contar com a comunidade, porque eles são bem participativos, eles doam e eles gostam de se envolver (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).*

Com a comunidade sim. Hoje mesmo veio uma moça que é da associação dos moradores falar sobre uma ideia que ela tem de gravidez na adolescência, fazer um grupo só de meninas de orientação, conversa (ENTREVISTADA 10, grifo nosso).

A gente utiliza o NASF. A gente tem o **SESC**, as **igrejas** e a **comunidade** que ajuda bastante (ENTREVISTADA 12, grifo nosso).

Ao analisar as afirmativas acima expostas, percebeu-se que as eSF planejam e executam ações compartilhadas com profissionais de diversas formações, com diferentes setores e com a comunidade. Entretanto, sabe-se que este é um processo em construção, conforme destacado na fala da entrevistada 1.

Quanto à utilização dos recursos da comunidade, destacaram-se nos relatos das entrevistadas locais como escolas, associações de moradores, ginásios, salões e quadras poliesportivas, centro de convivências e pastorais.

Sim. Os grupos atualmente são desenvolvidos em uma **igreja** que cedeu o salão de festas para a execução destes grupos. No grupo de exercícios físicos, é utilizada uma **quadra poliesportiva** para a execução das atividades também (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

Sim, utilizamos nos territórios espaços de **igrejas, escolas** (ENTREVISTADA 4, grifo nosso).

*Sim, utiliza. A gente faz parceria com a **pastoral, associação de moradores e também igreja, escola.** Então a gente acaba utilizando sim, dentro do no nosso território (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).*

*Sim. O salão da **igreja** para fazer atividade física. O **ginásio** também, quando está disponível para fazer algum grupo diferente ou alguma coisa. E a **associação do bairro** aqui também é utilizada (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).*

Constatou-se a partir dos relatos das entrevistadas que os territórios em que se encontram as ESF são repletos de equipamentos sociais que possibilitam o desenvolvimento da promoção da saúde e conseqüentemente contribuem para a melhora na qualidade de vida dos sujeitos que vivem nas comunidades.

Ainda com relação ao desenvolvimento de ações intersetoriais, as entrevistadas foram questionadas se integram-se a outros níveis de atenção para a realização de ações de promoção da saúde. Das 12 entrevistadas, 7 relataram que não se integram a outros níveis de atenção para realizar ações de promoção da saúde.

Não (ENTREVISTADA 2, grifo nosso).

Até o momento não. Com atenção secundária e terciária, não (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

Atualmente não, atualmente tudo realizado ali na atenção primária então não tem. (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).

***Não.** As atividades que a gente realiza ficam restritas mesmo na atenção primária. A gente **não faz nenhuma atividade com outros níveis de atenção** secundária, terciária. Ela fica restrita mesmo a atenção primária (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).*

***Não tem.** Mas assim, se a gente precisar eu creio que a gente sempre vai ter o suporte (ENTREVISTADA 10, grifo nosso).*

***Não.** Então aqui por enquanto é só a gente mesmo. Atenção Básica com as pessoas que trabalham na unidade, então não tem relação do hospital, não tem relação ao outro setor. É só a gente mesmo (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).*

*Acredito que a outros níveis seria atenção secundária e terciária, **não** (ENTREVISTADA 12, grifo nosso).*

As entrevistadas 1, 7 e 9 relataram que desenvolvem ações compartilhadas com outros níveis de atenção à saúde e consideraram que essas ações são fragilizadas. Foi destacado, ainda, o NASF e a residência multiprofissional em saúde

coletiva como um apoio. Embora seja positivo o reconhecimento da importância do trabalho compartilhado com o NASF e a residência, ressalta-se que ambos estão inseridos na AB.

*As nossas equipes elas, se integram hoje muito mais que ontem, do que anteontem. Volto a dizer que é um processo, a rede que a saúde deve construir, ela não é muito fácil, a rede é muito complexa, então mesmo dentro de uma secretaria ou de uma fundação municipal de saúde, onde trabalham diversos níveis essa integração não é tão simples, que dirá com outros setores. **Existe a integração, mas eu não acredito que o nível de promoção da saúde seja destaque, não, nosso trabalho de integração ainda é no sentido de funcionar o atendimento clínico mesmo. Quando fala aqui em outros níveis de atenção à saúde, eu imagino que seja em relação aos hospitais, em relação aos especialistas a parte de promoção da saúde ainda é muito incipiente, muito frágil, é pelo histórico, que se apresenta, pelo fato de se inverter todo o fluxo dessa rede, porque a rede antes era uma pirâmide que ia só subindo, agora ela é uma rede, então ela ainda está bem frágil, bem inicial mesmo** (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).*

Quando existe a possibilidade, sim (ENTREVISTADA 4, grifo nosso).

Esporadicamente sim, realizamos alguns trabalhos em parceria (ENTREVISTADA 6, grifo nosso).

Principalmente o **NASF** é um apoio muito grande nosso, tem também o apoio da **residência**, que são dentro dos níveis de atenção que temos, creio que são o que temos mesmo (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).

Há essa integração quando são realizadas algumas ações pontuais. A questão do junho branco, setembro amarelo, outubro rosa que daí a gente acaba trabalhando com outros níveis de atenção. Fazendo alguma parceria, ou desenvolvendo atividades junto. Mas não que isso seja uma coisa que acontece sempre então são ações bem pontuais (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).

Nota-se através do discurso das entrevistadas que existe uma limitação quanto à integração da AB a outros níveis de atenção à saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Observa-se, ainda, que a fala das entrevistadas 1 e 9 são completares, ou seja, de acordo com o relato das profissionais as ações compartilhadas estão voltadas para as ações de prevenção de doenças.

O desenvolvimento de ações intersetoriais apresenta-se como um desafio para a ESF e conseqüentemente para a promoção da saúde. Conforme observa-se no decorrer desta categoria, embora existam avanços, a intersetorialidade é um

processo em construção, isto é, profissionais, usuários, setores e segmentos sociais ainda estão apreendendo a atuar de maneira intersetorial.

CATEGORIA 5: Resolutividade na promoção da saúde

Esta categoria discute a resolutividade da promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR. Para tanto, as entrevistadas foram questionadas se a promoção da saúde apresenta resolutividade em relação ao processo saúde-doença da população. Quanto ao resultado, das 12 entrevistadas, 10 consideraram que a promoção da saúde apresenta resolutividade no processo saúde-doença.

Eu acredito que sim, pelo menos as gestantes a gente vê que elas são bem participativas assim, interessadas e agora do hiperdia ainda não sei dizer assim se tem resultado, acredito que mais daqui um tempo, como começou agora a gente não conseguiu abordar muitos pacientes, porque eles vêm para a consulta, por exemplo, pegam medicamentos e vão retornar na unidade daqui quatro / seis meses, então a gente ainda está fazendo a busca ativa dessa população para poder ter algum resultado mais para frente né, mas eu acredito também , eu tenho esperança que vai ter resultado (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).

Sim, baseado no projeto que trabalho, em três anos já se observa o aumento da aderência ao programa, melhora na autoestima, diminuição do isolamento social, melhora na mobilidade articular e redução da pressão arterial (ENTREVISTADA 6, grifo nosso).

Sim, através de encontros periódicos ocorre o desenvolvimento de vínculos com a comunidade tanto com os funcionários esse vínculo ocorre, quanto da própria comunidade com ela mesmo em geral, das famílias que começam a participar, dos indivíduos, as dinâmicas que acontecem no grupo elas vão quebrando esse gelo e proporcionando uma reflexão dos temas que geralmente são complexos, e através das dinâmicas essas ações ficam mais simples e lúdicas e as reflexões ficam mais fáceis de serem feitas, e a comunidade consegue se expressar com maior desenvoltura e consegue entender um pouquinho melhor através das dinâmicas, das brincadeiras ou de alguma ação que a gente promove ela começa a entender melhor uma maneira de agir (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).

Os resultados destacados pelas entrevistadas demonstraram melhora tanto em aspectos sociais, quanto clínicos. Evidenciou-se no relato das profissionais, que muitas das ações realizadas pelas eSF são desenvolvidas para grupos selecionados, ou seja, não abrangem toda a população.

Mesmo considerando positivo, duas das entrevistadas destacaram que faltam ferramentas para categorizar os dados sobre a resolutividade da promoção da saúde:

Sim. A gente não tem dados quantitativos, mas pelo relato de pacientes e pelo relato de profissionais, pelo relato da própria comunidade, principalmente em relação a atividades físicas, atividades extra muro, a gente percebe sim um desenho dentro do processo saúde doença muito positivo. É muito difícil você fazer um registro de que promoção da saúde te trouxe um resultado positivo em alguma doença específica. Existe já alguns profissionais fazendo isso, registros de como o paciente estava antes de certas ações e depois, mas ainda não existe um instrumento, pelo menos da atenção primária em Ponta Grossa, que possa nos quantificar e possa nos mostrar isso, de forma assim bem objetiva. O trabalho de promoção e prevenção o próprio ministério entende que ainda é truncado, mas eu volto a dizer, pela experiência que eu tenho, trinta e poucos anos de saúde, é um processo lento, e isso vai aparecendo aos poucos, então ainda também é bem inicial essa situação (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).

Acredito que sim, porém faltam recursos para que possa mensurar esse impacto (ENTREVISTADA 4, grifo nosso).

A partir do relato das entrevistadas, constatou-se que o município não dispõe de ferramentas para avaliar a promoção da saúde, o que caracteriza na imperceptibilidade dos resultados. Entende-se que nem sempre os resultados da promoção da saúde são evidentes, contudo, é fundamental o município dispor de mecanismos que possam avaliar e comprovar a efetividade da promoção da saúde.

Akerman, Mendes e Bógus (*apud* OLIVEIRA et al., 2017, p. 3929) alertam que a avaliação da promoção da saúde não pode ser um procedimento exclusivamente técnico. É necessário um delineamento metodológico, objetivando a participação dos sujeitos, com poder de decisão, assegurando a inserção dos resultados da avaliação na gestão, “permitindo aos gestores conhecer situações-problema diferenciadas e contribuir para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida da população”.

Para algumas das entrevistadas, os resultados da promoção da saúde podem ser observados principalmente quanto ao aspecto clínico dos sujeitos.

Sim, existe. A gente consegue ter esse retorno e ver essa resolutividade, pelo menos uma melhora na **qualidade de saúde** dos pacientes, da população. Principalmente nos grupos que a gente acompanha a mais tempo, que eles estão a mais tempo, como é o caso do grupo de coluna, que eu falei, e o grupo de atividade física. A gente ali vê essa melhora física nos pacientes, a gente também tem esse

retorno da população. Isso é bem legal, porque hoje em dia esses grupos que a gente está acompanhando a mais tempo a gente sabe quem é o paciente, conhecemos o histórico familiar dele o histórico de saúde. As atividades em grupo, o atendimento em grupo e essa continuidade do atendimento é o principal responsável, porque embora as consultas médicas elas sejam bem importantes, elas são pontuais. Então o tratamento médico ele é importante, mas eu acredito que essa melhora que a gente vê é devido a essa continuidade no tratamento através dos grupos (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).

Ah, muito. Por exemplo, o grupo de Tai Chi, quando começou a maioria eram mulheres com problemas de saúde mental. Hoje a metade já não está mais utilizando remédios para dormir. Quando a gente trabalha com sala de espera também, por exemplo, a gente trabalhou com a vacina da gripe, muitos não queriam fazer a vacina, então a gente explica como é o procedimento. O que ela faz de melhora, a diferença entre uma gripe e um resfriado e eles acabam fazendo a vacina. Muitos dos idosos falavam que a vacina é para matar. Hoje eles fazem a vacina e agradecem a gente por estar sempre fazendo, desde que viram as orientações em uma sala de espera, escutaram e passaram a fazer a vacina, eles não tiveram mais gripe. Então assim, a parte de alimentação também que a gente consegue bastante, colocar eles em atividade física. A parte de diabetes, pressão alta, a gente consegue quando a gente trabalha isso, eles melhoram bastante. **A minha opinião é uma resolutividade excelente** (ENTREVISTADA 12, grifo nosso).

Verificou-se no relato das entrevistadas que a resolutividade da promoção da saúde está vinculada à recuperação da saúde e a prevenção das doenças. Entretanto, cabe ressaltar ainda a importância das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) destacada pela entrevistada 12. De acordo com Santos et al. (2018, p. 02) as PICS “contribuem para a superação do modelo de atenção biomédico, centrado na doença e fragmentado em especialidade médicas, propondo um cuidado holístico, contínuo e centrado na singularidade da pessoa”.

Uma das entrevistadas relatou acreditar que a promoção da saúde apresenta resolutividade no processo saúde-doença, porém destacou o insucesso em uma ação desenvolvida por sua equipe.

*Difícil mensurar, mas **acredito que por mais que seja pouco, sim**, porém tenho um exemplo ruim para citar. No dia da ação do combate à hipertensão, juntamente com minha equipe já divulgamos o dia do início do grupo do hiperdia, pois no dia em que fizemos essa ação pontual, era dia de renovação de receitas para este público alvo. No dia de início do grupo veio a decepção, onde somente 02 usuários compareceram. Então, é bem complicado você saber até que ponto a promoção da saúde consegue atingir a população e a que ponto isso acontece* (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

Observa-se no depoimento da profissional que ela não cita a participação dos usuários no planejamento da ação, o que pode ter sido um dos motivos da não adesão da comunidade. É fundamental a participação da população no planejamento e execução da promoção da saúde; é necessário dar voz aos indivíduos para que eles possam propor ações que de fato proporcionem melhora na sua qualidade de vida e da sua comunidade.

Duas das entrevistadas consideraram que as ações de promoção da saúde não são resolutivas. Evidenciou-se na fala das profissionais, novamente, que a não participação da comunidade nas ações desenvolvidas pelas eSF é um fator prejudicial no desenvolvimento da promoção da saúde.

Não. Porque eu vejo que o profissional que hoje trabalha na atenção primária é um profissional muito qualificado, é um profissional dedicado, que acredita na saúde pública, mas que não tem uma contrapartida, uma resposta da população. Ainda a população tem uma mentalidade voltada para o modelo biomédico e não entende a importância, a necessidade e o valor da prevenção da doença, da promoção da saúde em si. Você trabalha como, por exemplo, com o incentivo ao aleitamento materno e com a introdução alimentar correta das crianças. Mas isso não acontece, sabe. Então a população absorve muito pouco das informações que a gente passa. Você ainda vê uma elevada taxa de desmame precoce de introdução alimentar inadequada, de sedentarismo, do consumo inadequado. Isso eu vejo tanto a nível clínico, ambulatorial. Talvez as atividades que a gente desenvolve hoje, a gente possa colher os frutos no futuro, mas hoje eu acho que não é resolutivo (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).

Eu acredito que não, porque a gente tem uma cultura no Brasil que as pessoas, buscam mais o curativo do que o preventivo. Então resolutividade vai ser muito difícil de ter, porque eles não aderem, às vezes eles vem por obrigação. Porque o médico pediu. Então resolutividade a gente está muito longe de alcançar. E eu acredito que não (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).

Ambas as profissionais citaram que os sujeitos utilizam o serviço de saúde apenas quando acometidos de uma doença, isto é, para a comunidade o entendimento de saúde é associado ao atendimento clínico, ou seja, o modelo biomédico.

Observa-se ainda, uma fragilidade no vínculo entre a ESF e a comunidade, bem como verifica-se a responsabilização da população pelo não desenvolvimento e adesão à promoção da saúde, isto é, os profissionais são detentores do conhecimento e indicam o que os sujeitos precisam fazer e cabe aos mesmos acatar o que lhes é ordenado.

Para Bydlowski, Westphal e Pereira (2004, p. 20), a culpabilização do indivíduo se opõe ao processo de promoção da saúde. Os autores destacam que os indivíduos são responsabilizados caso não haja melhora na sua situação de saúde, uma vez, que “compreende-se” que o indivíduo não seguiu corretamente o que lhe foi prescrito. Segundo os autores, os indivíduos, na maioria das vezes, adotam essa culpa, uma vez que não conseguem enxergar o que é preciso ser feito, bem como de quem é a responsabilidade ou parte dela. Diante disso, é fundamental “o desenvolvimento de uma visão crítica e do empoderamento da população para que essa situação seja revertida e ações no sentido da Promoção da Saúde sejam realizadas”.

Por fim, destaca-se que nenhuma das entrevistadas apontou como resultados a diminuição das iniquidades sociais, a participação social e o fortalecimento da comunidade, elementos fundamentais para a promoção da saúde.

CATEGORIA 6: Condições e desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR

Nesta categoria analisa-se o entendimento quanto à política de AB e a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR. Para tanto, as entrevistadas foram questionadas quanto as condições e os desafios para a promoção da saúde. Das 12 entrevistadas, apenas duas consideraram que o município oferta condições para o desenvolvimento da promoção da saúde, através da autonomia para as eSF.

*Na verdade, eu acredito que uma das formas que a gente tem de fazer isso é a **autonomia que a gente acaba dando para algumas equipes**, e volto a falar, entendendo que a equipe, no território que ela estiver, de acordo com o perfil dos seus profissionais, com o perfil de sua comunidade, **ela tem autonomia para desenvolver ações de promoção, de prevenção.** [...] **essa autonomia é uma forma de proporcionar, é uma condição que a gente utiliza para que as equipes realizem a promoção e a prevenção** [...] (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).*

*Quem organiza na verdade as atividades de promoção da saúde **são as equipes na Unidade de Saúde e não a gestão**, então **cada unidade com a sua equipe que organiza as atividades de promoção da saúde** (ENTREVISTADA 2, grifo nosso).*

Conforme os relatos acima, pode-se compreender que as entrevistadas 1 e 2 reconheceram como positiva a autonomia por elas verificadas no desenvolvimento

de ações e atividades de promoção da saúde, sendo que a entrevistada 1 realizou tal destaque de forma expressa, enquanto a entrevistada 2 tratou da autonomia implicitamente em seu relato.

Observa-se na fala das depoentes que tal “autonomia” ocasiona um distanciamento da gestão da AB das eSF com relação ao desenvolvimento da promoção da saúde. A autonomia na forma proposta pela gestão prejudica o desenvolvimento da promoção da saúde, uma vez que fica a critério de cada eSF ou profissional decidir se irá ou não realizar ações de promoção da saúde.

Sobre os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, os relatos apresentados pelas entrevistadas, evidenciaram-se preocupações quanto a aspectos relacionados ao emprego de recursos financeiros e humanos, disponibilização de estrutura física, dificuldade da participação da população nas ações de educação em saúde, escassez de educação permanente, falta de visibilidade da resolutividade da promoção e sobrecarga de trabalho.

As entrevistadas 5, 6, 9, 10 e 11 relataram desafios vinculados à ausência e/ou insuficiência de recursos, sendo que a entrevistada 11 apontou dificuldades relacionadas à ausência e/ou insuficiência de estrutura física, o que deriva possivelmente também de questões decorridas de recursos.

*Talvez **recursos que é difícil**, a gente quer às vezes elaborar, com relação **até um lanchinho para eles** assim mais saudável, alguma coisa assim, **realmente não tem de onde tirar essa verba**, a gente faz uma contribuição entre os próprios funcionários assim pra poder fazer alguma coisa (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).*

*Existem sim desafios. **Falta de recursos**, investimentos, planejamentos (ENTREVISTADA 6, grifo nosso).*

*A unidade de saúde até tem boa vontade, até tenta fazer, mas **não tem os materiais necessários**. Tudo a gente tem que **investir ou gastar do próprio bolso** ou pedir doação, porque a gente não tem muito essa contrapartida da gestão. Também acho que isso é um desafio grande, porque a gente quer fazer atividade, mas **a gente precisa ter o material**. A gente quer fazer e a gente não tem ou **tem que comprar ou tem que tirar do próprio bolso** e isso também acaba desanimando as equipes. Uma coisa que eu já percebi bastantes equipes, em unidades que começaram alguns grupos e acabaram porque não tinham como continuar mantendo isso, se não tivesse uma alguma contrapartida, a população não ia também. Então, a população não aderiria aos grupos ou as ações. Então acho que também tem essa parte da gestão, de ajudar nem que seja com materiais (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).*

*Bom, eu acho que é mais em questão de **faltar alguns materiais**. Mas, geralmente quando tem essas ações, por exemplo, o município já se programa para nos enviar alguma coisa que nos ajude, sabe panfletos, igual Outubro Rosa, Novembro Azul, que eles mandam coisas específicas, pra ajudar no desenvolvimento das ações. Então eu creio que é mais **essa questão de falta de, às vezes, recurso material** (ENTREVISTADA 10, grifo nosso).*

*Assim, eu vejo que **uma das dificuldades e um desafio também é lugar** porque muitas vezes a gente tem a associação dos moradores, às vezes não está disponível, e a gente precisa daquele dia para fazer a ação. **Se a prefeitura se disponibiliza talvez um lugar, isso também seria melhor**. E também eu acho que podiam dar **mais treinamento** para os próprios funcionários, para fazer esse tipo de coisa, que a gente cria do jeito que a gente pode (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).*

Como pode-se verificar nos relatos acima, algumas entrevistadas mencionaram explicitamente a utilização de recursos próprios e de terceiros para a realização de atividades com a comunidade, evidenciando a ausência e/ou insuficiência de disponibilização de recursos públicos para tais atividades, sendo destacada inclusive a não ocorrência das mesmas por tais motivos.

Neste contexto, observa-se através do relato das profissionais, que a falta de materiais e ambientes adequados prejudicam desenvolvimento da promoção da saúde no município, principalmente para a realização de grupos de educação em saúde.

Dias et al. (2018, p. 110) considera importante a existência de estrutura física adequada e materiais de apoio para as ações de promoção da saúde, contudo, ressalta que tais recursos não são essenciais para o desenvolvimento da promoção, uma vez que “o espaço da promoção da saúde é o espaço onde a vida acontece, portanto, as ações devem ocorrer predominantemente no território”.

Constata-se, ainda, através do relato das entrevistadas, a necessidade de o poder público municipal oferecer educação permanente aos servidores. A educação permanente deve orientar e estimular os profissionais a como desenvolver promoção da saúde nos espaços que atuam, apresentando de forma crítica e reflexiva a importância do desenvolvimento da promoção da saúde e não apenas impondo a necessidade de os mesmos executarem-nas pelo fato de cumprir uma exigência do governo federal.

Corroborando com esta ideia, Silva et al. (2012, p. 186) afirma que para a efetivação da promoção da saúde é fundamental o desenvolvimento da “capacitação

e a formação dos profissionais nos aspectos políticos, conceituais e metodológicos da promoção da saúde”.

As entrevistadas 3, 5, 8 e 9 discorreram sobre a dificuldade da participação da população nas ações de educação em saúde. Ressalta-se ainda que as falas revelam o não entendimento de profissionais e usuários sobre a importância das ações de promoção da saúde.

*Outro ponto crucial, por exemplo, no grupo de gestante é a questão do atestado. Muitas gestantes alegam que não participam porque **tem que trabalhar e a unidade não fornece atestado**. Elas alegam ainda que somente declaração de comparecimento não é suficiente para os patrões. E com receio, **acabam não participando** (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).*

*Eu acredito que o principal desafio é trazer mesmo a população, que mesmo assim, levando em consideração a quantidade de pessoas que frequentam a Unidade de Saúde que precisariam, por exemplo, tem essa necessidade de participar do grupo, **a gente passa muita informação importante**, que poderia modificar o quadro deles de saúde, **principalmente na parte da alimentação** que é a minha área. Eu vejo que com a simples forma de se alimentar eles poderiam modificar muita coisa com relação ao estado deles, então o principal problema está na participação. Até pela questão do horário, então, às vezes isso dificulta um pouco, nem sempre são só idosos, às vezes **até as gestantes trabalham**, então, acho que **isso é um desafio** (ENTREVISTADA 5, grifo nosso).*

*Eu acho que **o mais difícil mesmo é você desenvolver uma estratégia de educação em saúde** que realmente faça sentido para o usuário porque aquela estratégia expositiva dialogada ela não dá um bom resultado (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).*

*[..] a própria equipe da unidade de saúde, e equipe como um todo, os técnicos de enfermagem, agentes comunitários, médicos, etc., entenderem que a unidade básica de saúde, ela é atenção primária. E que promoção da saúde é trabalhar com grupo, atendimento em grupo, sala de espera, tudo isso faz parte do trabalho da unidade de saúde. Então, eu vejo que para eles é como se fosse um trabalho a mais. Então eu acho que isso é uma grande dificuldade. Junto com **isso da população entender também que a unidade de saúde não é só atendimento médico**, que existem outras questões ali. Mas eu ainda acho que **primeiro a equipe deveria entender isso**, para daí tentar educar a população para que a população entenda também que grupo, atendimento em grupo não deixa de ser um atendimento (ENTREVISTADA 9, grifo nosso).*

Através dos relatos das profissionais constatou-se que para parte da população e dos profissionais da AB prevalece o entendimento da saúde centrado na figura do médico, vinculado à cura de doenças e a medicalização. Para mudar essa concepção, faz-se necessário que primeiramente as eSF reconheçam a

importância da promoção da saúde para além da prevenção de doenças. Neste sentido, é importante o planeamento e a avaliação das ações de promoção da saúde executadas pelos profissionais.

Com relação à ausência dos usuários nas ações de educação em saúde que são ofertadas pelos profissionais das eSF, destaca-se a necessidade de planejar e executar conjuntamente com a comunidade o desenvolvimento dessas ações, considerando os problemas de saúde que afetam os territórios.

Conforme observado pelas profissionais, a falta da participação das gestantes nas ações de promoção da saúde também foi evidenciada como um desafio a ser enfrentado, explicitando que estas mulheres muitas vezes precisam realizar suas atividades laborais e acabam por não comparecer nas atividades grupais, inclusive por questões burocráticas, tais como o não fornecimento de atestados. Para tanto, cabe a gestão do município e as eSF planejarem mecanismos e oferecerem condições para a participação das mulheres nas atividades ofertadas pela ESF.

Sugere-se, como uma alternativa, que as atividades grupais sejam realizadas nos dias das consultas médicas, em diferentes horários, ou ainda, que as ações de promoção da saúde sejam realizadas através de um atendimento compartilhado pelos diversos profissionais que compõe as ESF, isto é, médico, enfermeiro, ACS, etc.

Outra convergência verificada nas respostas das entrevistas diz respeito à preocupação quanto à percepção por parte da sociedade e dos próprios servidores em relação à visibilidade da resolutividade dos problemas. Três das entrevistas abordaram explicitamente o tema.

*[...] Então eu acredito que esse seja um dos maiores desafios que a gente tem na operacionalização, porque existem várias atividades, várias ações no município todo, mas a gente percebe assim que uns são positivos e uns se mostram indiferentes, não trazem resultado visível, e claro, **o entendimento da própria comunidade no sentido de que promoção da saúde é uma coisa positiva para eles, que vai muitas vezes sobrepor as doenças, ele vai ser um trabalho que vai dar resultados a pequeno, médio e longo prazo, esses são os maiores desafios, o entendimento do que é a promoção da saúde, e o entendimento do resultado disso para mim é o mais difícil** (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).*

*Eu acho que muitos desafios ainda são enfrentados, no sentido de que nós como funcionários aqui da ponta, **a gente tem que provar que está sendo resolutivo** [...]* (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).

[...] Então você tem essas duas questões, tanto do profissional, que é sobrecarregado, e que as vezes é desmotivado, **porque não vê o resultado do trabalho dele, como a população que ainda não entende o valor e fica difícil de você encontrar uma estratégia que seja resolutiva** (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).

As entrevistadas 1, 7 e 8 demonstraram comum preocupação quanto à resolutividade das demandas a serem enfrentadas, sendo que as depoentes 7 e 8 deram ênfase explicitamente à percepção dos profissionais quanto ao tema, enquanto a entrevistada 1 ressaltou a perspectiva da comunidade. Observa-se que a falta de dados que apresentem a efetividade das ações de promoção da saúde faz com que usuários e profissionais não consigam visualizar a importância da mesma, por mais que representem melhora na qualidade de vida da comunidade.

A sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais também foi evidenciada com um desafio para a promoção da saúde.

*Sim, infelizmente ainda temos muitas dificuldades em realizar ações de educação em saúde devido a burocratização da assistência, da grande demanda, **do número reduzido de profissionais, da sobrecarga de trabalho** entre outras dificuldades* (ENTREVISTADA 2, grifo nosso).

[...] É mais essa questão e eu como profissional eu me sinto desmotivada, eu vejo que **uma dificuldade muito grande na operacionalização é sobrecarga de trabalho da maior parte dos profissionais**. Então, por exemplo, um enfermeiro às vezes ele não consegue desenvolver uma atividade consistente de promoção da saúde por ele tem mil e uma tarefas mais urgentes do que trabalhar com promoção da Saúde [...] (ENTREVISTADA 08, grifo nosso).

As duas entrevistadas endossaram a sobrecarga de trabalho como uma adversidade a ser superada, relacionando a excessiva demanda laboral como uma das causas deste problema. A entrevistada 2 mencionou ainda o déficit de profissionais da área, o que é possivelmente uma das causas desta sobrecarga. Neste sentido, Roecker, Budó e Marcon (2012, p. 645) enfatizam que a falta de profissionais nas eSF ocasionam, além da sobrecarga, a “insatisfação e desmotivação com o trabalho”.

Com relação ao déficit de profissionais da área da saúde, salienta-se que em novembro de 2018, o município de Ponta Grossa – PR perdeu 75% dos médicos que atuavam na AB, devido ao corte do programa “Mais Médicos”. Dos 80

profissionais médicos que atendiam na AB, 60 eram cubanos oriundos do programa (SANTOS; GOYTACAZ, 2020).

Após a saída dos intercambistas, o município encontrou dificuldades para a contratação de novos médicos. Para que a população não ficasse sem atendimento médico, foi necessário um revezamento entre os profissionais que atendiam na área hospitalar (LUCINI, 2018). Atualmente, 78 profissionais atendem a AB do município, em média, um profissional por UBS (SANTOS; GOYTACAZ, 2020).

Outro ponto observado durante a análise dos dados coletados foi que as alterações ocorridas na PNAB 2017 se apresentam como um desafio para a operacionalização da promoção da saúde. Constatou-se tal fato a partir dos relatos das profissionais quando indagadas se a organização dos serviços da AB, em relação à promoção da saúde, está condizente com a PNAB 2017. Para as profissionais 1, 2, 4, 6, 11 e 12 a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR não condiz com a PNAB 2017.

Ainda não. A PNAB sugere sim, que você trabalhe com o perfil epidemiológica da sua população e, Ponta Grossa, apesar de todo o esforço do nosso quadro de profissionais, de todo o esforço de toda a gestão, de ter dados fieis, reais, que nos mostrassem esse perfil epidemiológico, as equipes ainda não usam esse instrumento para trabalhar. O que seria ideal é uma equipe pegar a sua comunidade, a sua área de abrangência e ter esse perfil já traçado, se na minha comunidade eu trabalho com pessoas mais idosas, se eu trabalho com pessoas mais jovens, qual seria a maior comorbidade que eu tenho dentro do meu território, o que eu posso trabalhar, qual seria o melhor aproveitamento dessa comunidade para eu trabalhar prevenção e promoção. Esses dados ainda são muito recentes, faltam dados, então eu não estou dizendo que esses dados não sejam reais, os dados que a gente tem são reais, mas não são suficientes, nós precisamos ainda construir um banco de dados, para nós termos o perfil de cada comunidade e aí sim o profissional avaliar e trabalhar em cima de um perfil real. Então a PNAB traz essa prerrogativa e deixa muito aberto, com muita autonomia para os municípios. Ponta Grossa está tentando fazer o acerto, mas como 2017 foi ontem a gente sabe que ainda vai levar um tempo para a coordenação se adaptar a isso (ENTREVISTADA 1, grifo nosso).

Na verdade, não. Porque a PNAB tem vários itens que ainda não estão sendo atendidos. Por exemplo, ainda no município a gente tem o distrito, a área. E na PNAB não. Lá você tem que atender os pacientes indiferente de onde moram, indiferente de onde trabalham. Esse tipo de coisa, ainda no município, não está sendo feito. Eu vejo até pela área dos medicamentos, porque aqui, eu só recebo o medicamento de hiperdia para os pacientes desta unidade. Mas tem muitas pessoas atrás dessa medicação aqui. Então porque que eu não posso disponibilizar para todo mundo, sendo que é um medicamento da relação básica do SUS. Então eu acredito que isso ainda está se ajustando. Mas ***ainda não está condizente com a situação que a gente tem hoje*** (ENTREVISTADA 11, grifo nosso).

Conforme consta no relato da entrevistada 1, a PNAB 2017 concede ampla autonomia aos gestores locais. De acordo Morosini, Fonseca e Lima (2018), a ampliação da liberdade concedida aos gestores municipais pode ser considerada um fator positivo visto à proximidade destes com as demandas locais, isto é, o processo de descentralização seria mais efetivo.

Contudo, considera-se preocupante o poder concedido aos gestores locais, no que se refere especificamente à promoção da saúde. Um dos fatores que pode ser prejudicial é a decisão pela composição das equipes de saúde, na qual o gestor local poderá optar pela eAB em detrimento da eSF. A opção pela eAB tradicional poderá ocorrer pelo menor custo se comparado a eSF, conforme já apontado no primeiro capítulo deste trabalho.

A PNAB 2017 reconhece a importância de dados epidemiológicos para o planejamento e desenvolvimento das ações da equipe de saúde. Neste contexto, tanto a gestão, quanto as equipes de saúde devem ter conhecimento do território, fato preocupante, uma vez que a própria coordenadora da AB reconhece que o município não dispõe de um perfil epidemiológico fidedigno.

Segundo a PNAB 2017, a AB deve possibilitar, considerando a necessidade do território, “que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência” (BRASIL, 2017). Desse modo, a entrevistada 11 destaca a necessidade das equipes de saúde em atender o usuário, independentemente de estar ou não inserido em seu território. Considera-se positiva a possibilidade de os usuários terem acesso a qualquer estabelecimento de saúde, mesmo fora da área de abrangência. Entretanto, sabe-se da importância do território para o estabelecimento de vínculo entre o serviço e o usuário.

A entrevistada 10 relatou que a organização das ações de promoção da saúde está condizente com a PNAB 2017. Contudo, nota-se no relato da profissional dificuldade para a execução, sendo o destaque a diminuição dos ACS.

*Eu **creio que sim**, claro que sempre vai existir dificuldades em vários aspectos, por exemplo, na nova PNAB, no que se refere principalmente na questão da presença dos agentes comunitários, onde fala que o que é prioridade, por exemplo, 750 pessoas por agente comunitário numa área de vulnerabilidade. O que eu vejo hoje em Ponta Grossa é uma defasagem muito grande. E eu creio que elas também fazem uma boa parte da promoção da saúde. São elas que são primeiro contato com a comunidade. São elas que vão estar fazendo as primeiras orientações.*

Realmente, a primeira promoção da saúde são elas fazem, com as orientações delas diárias. Então, se a gente tem a falta, por exemplo, dos agentes comunitários nesse momento, igual hoje: eu tenho somente uma agente comunitária, de uma área inteira, de quatro mil e poucas pessoas. Então é claro que ela não vai dar conta de fazer o serviço dela bem feito. E ela também não vai estar desenvolvendo essas ações. Então isso é uma das condições que a PNAB propõe, para questão até do desenvolvimento das promoções em saúde. Eu vejo que atenção básica, pelo menos aqui do município, tem tentado de outras formas, não a questão dos agentes comunitários, porque eu vi assim que existe um desligamento mesmo do ACS, até pelas brechas que ficam na questão da nova PNAB mesmo. Então assim, existem algumas coisas que eu vejo que a atenção básica tem corrido atrás para estar ali de acordo com a PNAB e existem outras coisas que a nova PNAB mesmo dá uma brecha para que não seja feito nada a mais por isso (ENTREVISTADA 10).

A PNAB 2017 possibilita a diminuição do número dos profissionais ACS's por eSF, onde “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local”. A Portaria ressalta ainda que “em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (BRASIL, 2017).

Observa-se através do relato da entrevistada 10 que as mudanças ocorridas na PNAB 2017 já estão sendo implementadas no município, considerando que a mesma afirmou que sua equipe se encontra com um número defasado de ACS's. Segundo a depoente, a ausência do ACS nas equipes prejudica especialmente as ações de promoção da saúde, uma vez que esse profissional contribui significativamente para o desenvolvimento de tais ações.

Para a entrevistada 3, algumas das ações de promoção da saúde condizem com a PNAB 2017 e outras não. Compreende-se na fala da profissional os desafios para a operacionalização da AB e para promoção da saúde.

*Acredito que **em partes**. A PNAB traz atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica, dentre eles aparece, o **acolhimento dos usuários**. O acolhimento na unidade que estou era realizado no balcão, até um mês atrás, sem nenhuma humanização, escuta qualificada ou empatia. Conseguimos mudar essa realidade e levamos o acolhimento à uma sala, com atendimento multiprofissional e valorização do usuário. Um município que busca a gestão plena, não consegue nem seguir um protocolo de acolhimento. **Outro ponto que a PNAB traz é articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada também aparece na PNAB, porém, quem realiza somos nós residentes e com esforço, trazemos as ACS com a gente para realizarmos algumas atividades em conjunto. Outro ponto é cadastrar e manter atualizado o***

cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, isso é extremamente difícil nas unidades, pois certo dia iríamos desempenhar determinada atividade e perguntamos na unidade quantos acamados o território possuía e eles não sabiam informar (ENTREVISTADA 3, grifo nosso).

A entrevistada 3 relatou a fragilidade quanto à execução das ações realizadas pela AB, principalmente com relação ao acolhimento dos sujeitos e também à ausência de dados epidemiológicos. Destacou ainda que a insuficiência de ACS's nas eSF interfere no desenvolvimento das ações de educação da saúde, sendo esta uma ferramenta para o desenvolvimento da promoção da saúde.

A entrevistada 7 relatou não possuir conhecimento sobre a PNAB 2017, enquanto a 8 destacou que não recorda as disposições da Portaria.

Eu desconheço a PNAB 2017, eu não tive tempo de estudar ela ainda, então eu não teria condições de dar essa resposta neste momento (ENTREVISTADA 7, grifo nosso).

Eu li a PNAB, já, várias vezes. Mas eu não lembro exatamente o que consta. Mas eu acredito que de certa maneira sim. Eu vejo que existe uma boa vontade da gestão em organizar, seguir as coisas adequadamente. Em se cumprir de acordo com a legislação (ENTREVISTADA 8, grifo nosso).

Considera-se preocupante que os profissionais que atuam na AB desconheçam as prerrogativas da PNAB, principalmente pelo fato de a Portaria ser a principal normatização para o funcionamento dos serviços. Da mesma forma, embora a entrevistada 8 tenha relatado esquecimento quanto as disposições da PNAB, a mesma destacou que confia na gestão para a organização da AB. Tal relato é alarmante, uma vez que os profissionais da saúde devem possuir conhecimento quanto as legislações que norteiam suas ações.

Através da presente categoria, observou-se que o município de Ponta Grossa – PR não oferta condições adequadas para que os profissionais da AB promovam a saúde da população. Verificou-se ainda que as profissionais encontram diversos obstáculos para a operacionalização da mesma. Por fim, destaca-se que as mudanças ocorridas na PNAB 2017 são consideradas um desafio para o desenvolvimento da promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo geral identificar os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a PNAB 2017. Para que fosse possível cumprir os objetivos da pesquisa, fez-se necessário dividir esta dissertação em três capítulos. Nos dois primeiros capítulos realizou-se o referencial teórico, através de uma revisão bibliográfica e documental, que fundamentou a pesquisa realizada, bem como possibilitou a aproximação da pesquisadora com o objeto investigado. No último capítulo apresentou-se os dados coletados na pesquisa de campo e a análise realizada.

Através da elaboração do primeiro capítulo, constatou-se que no Brasil a garantia à saúde como um direito universal só se tornou possível após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS. A partir daquele momento, o Estado passou a ser o principal responsável pelo desenvolvimento da política de saúde brasileira. Neste contexto, para que toda a população pudesse ter acesso ao sistema público de saúde foram definidas atribuições aos entes federativos, ficando sob responsabilidade da gestão municipal o desenvolvimento da AB.

A AB ganhou destaque no cenário nacional a partir da década de 1990, quando passou a ser considerada a principal estratégia para expandir a cobertura do atendimento e o primeiro contato do usuário com sistema público de saúde. O atendimento na AB, o qual ocorre principalmente através da ESF, ultrapassa o modelo curativo e envolve a prevenção e a promoção da saúde, incorporando-se a outros níveis de atenção e envolvendo diversas categorias profissionais. Visando ampliar as ações da AB foi criado o NASF, o qual é formado por uma equipe multiprofissional que tem como intuito prestar apoio as equipes da AB. As diretrizes para a organização e o funcionamento da AB são estabelecidas pela PNAB, a qual foi criada em 2006 e revisada nos anos de 2011 e 2017.

A atual edição da PNAB, publicada em 2017, é um retrocesso para o sistema público de saúde e principalmente para a ESF. Dentre os principais motivos que a caracterizam como tal, pontuam-se: as alterações nas equipes de saúde e na carga horária; as modificações nas funções dos ACS's e o poder fornecido ao gestor local, o qual pode priorizar a eAB tradicional em detrimento da ESF.

No segundo capítulo, destacou-se que no Brasil a ESF foi adotada como a principal alternativa de superação do modelo hegemônico, o qual é baseado apenas na cura de doenças, para um modelo que tenha como foco a família e a comunidade e, conseqüentemente, o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Observou-se que os primeiros conceitos de promoção da saúde criados por Sigerist (1946) e Leavell e Clark (1965) estavam associados à prevenção de doenças. O conceito contemporâneo de promoção da saúde ocorreu após publicação da Carta de Ottawa, em 1986.

Segundo Buss (2000), o conceito vigente de promoção da saúde está vinculado à uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, isto é, a promoção da saúde requer mais do que assistência clínica, ela envolve a articulação de conhecimentos técnicos e populares e a mobilização de setores públicos e privados, institucionais e comunitários, para o enfrentamento e resolução dos diversos problemas que afetam a vida da população.

Ressaltou-se ainda que a PNAB 2017 considera importante a implementação da promoção da saúde na AB. A portaria elenca alguns temas para serem abordados no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, como, por exemplo, alimentação saudável, atividade física, enfrentamento do uso do tabaco e álcool, entre outros.

No final do segundo capítulo discorreu-se sobre a importância da articulação entre a AB, promoção e vigilância da saúde. Através da integração entre esses setores é possível identificar as vulnerabilidades presentes no território e propor alternativas para enfrentar os diversos problemas que afetam a comunidade.

Iniciou-se o último capítulo descrevendo a estrutura e a organização dos serviços da AB do município de Ponta Grossa – PR, uma vez que esta compõe o universo da pesquisa, atingindo assim o primeiro objetivo específico da mesma. Na sequência, apresentou-se os dados coletados a partir das entrevistas realizadas, os quais permitiram responder ao objetivo geral e aos demais objetivos específicos da dissertação. Dessa maneira, os dados foram traduzidos em seis categorias análise.

Através da primeira categoria “**O que é promoção da saúde?**”, foi possível identificar que o conceito de promoção da saúde é compreendido de maneira distinta pelas entrevistadas. Algumas das profissionais demonstraram familiaridade com o

tema, uma vez que consideraram que a promoção da saúde é formada por diversos fatores e não somente a ausência de doenças.

Observou-se também que algumas das profissionais confundiram o conceito de promoção da saúde com o de prevenção de doenças. A confusão entre os conceitos poder ser considerada um desafio para a promoção da saúde, uma vez que cabe aos profissionais inseridos nas equipes de AB o desenvolvimento de tais ações.

Através do relato das entrevistadas constatou-se, ainda, que para algumas delas, a promoção da saúde ocorre através de ações de educação em saúde. Deste modo, destacou-se que a educação em saúde é uma importante ferramenta para o desenvolvimento da promoção da saúde. Todavia, ressaltou-se que ao utiliza-la os profissionais devem ter cuidado para não desenvolver ações autoritárias, pelo contrário, as ações devem ser realizadas de maneira qualificada, priorizando a autonomia, a participação e o empoderamento dos indivíduos.

Na segunda categoria **“Ações de promoção da saúde desenvolvidas pela AB no município de Ponta Grossa – PR”**, constatou-se que o município não oferta nenhuma diretriz/norma para o desenvolvimento da promoção da saúde, isto é, fica a critério de cada eSF e/ou NASF-AB optar pelo desenvolvimento ou não de ações promoção da saúde, bem como a maneira que irá executá-la.

Observou-se que as equipes de AB desenvolvem ações de promoção da saúde, através de grupos e palestras, voltadas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabéticos, hipertensos), gestantes, idosos, combate ao tabagismo, saúde mental e atividades físicas. Foram citados ainda os grupos de mulheres, sala de espera, grupo de coluna, orientações, acolhimento, consultas e o Tai Chi Chuan.

Verificou-se que algumas profissionais relatam o desenvolvimento de ações de promoção da saúde para além do aspecto biológico, porém a maioria das equipes ainda desenvolve apenas ações de prevenção de doenças, contemplando algumas das temáticas e diretrizes propostas pela PNAB 2017, mas não os aspectos da promoção da saúde.

Por fim, percebeu-se a ausência dos usuários no processo decisório sobre a sua condição de saúde e de sua comunidade, ou seja, os indivíduos ficam dependentes das ações ofertadas pelas equipes da AB.

Na terceira categoria “**Planejamento e promoção da saúde**” verificou-se que a maioria das equipes realiza o planejamento das ações de promoção da saúde. Observou-se que o planejamento é realizado pelos profissionais durante as reuniões de equipe, bem como baseado nos agravos prevalentes no território.

Considerou-se positivo constatar que a maioria das equipes de saúde realiza o planejamento de suas ações, porém, percebeu-se que o planejamento não considera os determinantes sociais, políticos e econômicos que envolvem os indivíduos e as comunidades.

Outro ponto verificado foi a não participação dos indivíduos no processo de planejamento da promoção da saúde, ficando esse restrito aos profissionais da AB. Neste sentido, enfatiza-se que a ausência dos indivíduos no planejamento é um desafio para a promoção da saúde, pois para que a mesma seja efetiva, é fundamental a participação da sociedade tanto nas discussões, quanto na tomada de decisões sobre as ações que serão realizadas.

Na quarta categoria “**Intersetorialidade e promoção da saúde**” salientou-se que as ações desenvolvidas pela AB devem ultrapassar aspectos biológicos, uma vez que o território em que as ESF estão inseridas é complexo, isto é, permeado por determinantes e iniquidades em saúde. Neste sentido, verificou-se que a PNAB 2017 reconhece e considera como fundamental o desenvolvimento da intersetorialidade para resolver os problemas que afetam a comunidade.

Através dos dados coletados evidenciou-se que a maioria das equipes faz uso de recursos e/ou parcerias com comunidade para o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde. Notou-se, também, que a maioria das eSF e NASF-AB não se integram a outros níveis de atenção à saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Segundo o depoimento de algumas das entrevistadas, quando ocorre a articulação entre os níveis de atenção para o desenvolvimento de ações compartilhadas, essas estão voltadas apenas para a prevenção de doenças.

No decorrer da categoria, evidenciou-se que o desenvolvimento da intersetorialidade na AB do município de Ponta Grossa – PR encontra-se em processo de construção, já que ela requer mais do que o estabelecimento de parcerias e a utilização de recursos da comunidade. A prática intersetorial necessita da articulação entre diversos setores e um planejamento coletivo e participativo, uma

vez que o desenvolvimento da promoção da saúde não depende apenas do próprio setor.

Na categoria “**resolutividade na promoção da saúde**” verificou-se que para a maioria das profissionais entrevistadas a promoção da saúde é resolutiva. Contudo, observou-se que os resultados positivos são verificados através das vivências dos territórios, uma vez que o município não dispõe de instrumentos para categorizar os dados sobre a efetividade das ações de promoção da saúde, ocasionando na invisibilidade dos mesmos. Para tanto, ressaltou-se a necessidade de ferramentas para monitorar e avaliar o desenvolvimento da promoção da saúde.

A última categoria tratou das “**condições e desafios para a operacionalização da promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR**”. Através da mesma, observou-se que para a maioria das profissionais entrevistadas o município não oferta condições adequadas para o desenvolvimento da promoção da saúde. Em contraponto, verificou-se que são inúmeros os desafios para sua operacionalização, como: falta de recursos financeiros, humanos e estrutura física; dificuldade de adesão da população nas ações de educação em saúde; escassez de educação permanente; cultura curativa, falta de visibilidade da resolutividade da promoção; excessiva demanda laboral e conseqüentemente sobrecarga de trabalho; alterações ocorridas na PNAB 2017.

Durante a análise dos resultados evidenciou-se que as alterações ocorridas na PNAB 2017 também se apresentam como um desafio para a operacionalização da promoção da saúde. Fato evidenciado a partir dos depoimentos das entrevistadas, quando questionadas se a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR condiz com a PNAB 2017. Percebeu-se que para algumas das entrevistadas a promoção da saúde condiz com a PNAB 2017 e para outras não.

Os motivos elencados pelas profissionais que acreditam que a promoção da saúde no município não está condizente com a PNAB 2017 foram: falta de um perfil epidemiológico, amplo poder concedido ao gestor local e a impossibilidade do atendimento do usuário fora de sua área de cobertura. Aqui, destaca-se que a gestão municipal já possui conhecimento do amplo poder concedido ao gestor local estabelecido pela Portaria.

Através do relato das profissionais que acreditam que as ações de promoção da saúde condizem com a PNAB 2017, constatou-se que o município aderiu à prerrogativa da Portaria que possibilita a redução no número de ACS's.

Ainda com relação à PNAB 2017, observou-se que nem todas as profissionais entrevistadas possuem conhecimento sobre o teor da mesma, o que representa uma distância entre a legislação e a prática, isto é, uma divergência do que é prescrito pela Portaria e do que é executado pelas eSF, sendo esse também um desafio para a promoção da saúde. A falta de conhecimento de algumas das entrevistas sobre a PNAB 2017 dificultou a coleta e análise dos dados, principalmente na identificação das mudanças ocorridas no município de Ponta Grossa – PR após a aprovação da Portaria.

A análise dos dados coletados, através das seis categorias elencadas, possibilitou identificar os desafios para a promoção da saúde no município de Ponta Grossa – PR. Os desafios para a promoção da saúde estão presentes em todas as categorias elencadas, entre os quais destacam-se: confusão entre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças; ações destinadas apenas a prevenção de doenças; falta de recursos humanos e financeiros; falta de instrumentos para avaliar e monitorar a resolutividade da promoção da saúde; falta de participação dos indivíduos nos processos de planejamento e na execução de ações de promoção da saúde; sobrecarga de trabalho; e alterações realizadas na PNAB (2017).

Para superar os desafios encontrados, faz-se necessário: que profissionais e gestores compreendam o conceito de promoção da saúde e que a partir desse conhecimento sejam realizadas ações efetivas de promoção da saúde; que o município disponibilize recursos financeiros e humanos para o desenvolvimento da promoção da saúde; que o planejamento e a execução das ações de promoção da saúde considerem os determinantes sociais de saúde e que sejam realizados com a participação dos indivíduos; que ações intersetoriais de promoção da saúde sejam planejadas e executadas por todos os setores e indivíduos envolvidos; que existam ferramentas para monitorar e avaliar a promoção da saúde; e que os profissionais que atuam na AB tenham conhecimento sobre a PNAB.

Neste sentido, propõe-se que profissionais e gestores estejam em um constante processo de educação permanente; que a gestão da AB estimule o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, bem como tenham espaços de debates e conseqüentemente trocas de relatos de experiências entre profissionais e usuários.

Salienta-se que o presente estudo ampliou conhecimentos importantes, a esta pesquisadora, que contribuiram com a sua formação acadêmica, pessoal e

profissional, uma vez que, conforme já relatado, a mesma desenvolve suas atividades laborais na AB do município de Ponta Grossa – PR. Os resultados da pesquisa possibilitaram uma reflexão crítica e um novo olhar sobre o desenvolvimento da promoção da saúde no exercício profissional.

Por fim, destaca-se que a dissertação apresentou limitações por ter sido realizada apenas com profissionais da AB, isto é, considera-se importante, também, a realização de estudos voltados sobre a percepção dos usuários acerca da promoção da saúde. Neste contexto, entende-se que a promoção da saúde é uma temática ampla e que as discussões não serão esgotadas neste trabalho. Desta forma, este estudo visa contribuir e motivar novas discussões sobre o assunto abordado, fomentando a discussão sobre o tema e norteando futuramente aqueles que desejarem explorar o mesmo.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. n° 01, ano 01, janeiro a junho/2002.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO. I. C. H.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W.S. et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-836.

BALESTRINI, M. F; BARROS, S. A. B. A política de saúde no município de Ponta Grossa-PR a partir da constitucionalização do SUS. **Emancipação**, Ponta Grossa, 8(1), p. 105-117, 2008. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/118/116>. Acesso em: 06 abr. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2006. (Obra original publicada em 1977).

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 213 p.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth**. Dev. 26(1), p. 11-20, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/pt_02.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BOSCHETTI, I. A política da seguridade social no Brasil. *In*: **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 323-338.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm; Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 09 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2009. 84 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 09 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**. Brasília – DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_avaliacao_implantacao_de_z_grandes_centros_urbanos.pdf. Acesso em: 05 mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009. 152. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 25 mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2009. 60 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Brasília: Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/guia_pnab.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Cobertura da Atenção Básica**. E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social. In: CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.

BRIXNER, B. *et al.* Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18 (Supl. 1), dez. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.11182>. ISSN: 2177-4005. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/11182/7153>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, 2 (6), p. 50-63, 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. p. 19-42.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1): p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BYDLOWSKI, C. R. Promoção da saúde. Por que sim e porque ainda não!. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1. p, 14-24, jan-abr 2004. Disponível em: [scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf). Acesso em: 20 mai. 2020.

CARVALHO, A. M. Políticas sociais: afinal do que se trata? Agenda Social. **Revista do PPGPS/UENF**, Campos dos Goytacazes. v. 1, n. 3, p. 73-86, set-dez/2007. Disponível em: http://www.uenf.br/Uenf/Downloads/Agenda_Social_5075_1204236093.pdf. Acesso em: 01 jun. 2019

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 2. p. 19-38, 2013. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019

CARVALHO, A. I; BUSS, P. M.; Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p.141-166.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. p. 43-57.

CONASEMS. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. **Conselho Nacional e Secretarias Municipais de Saúde**, 06 mar. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 13 abr. 2020

DIAS, M. S. A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1), p. 103-114, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24682015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0103.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2019

DOMINGUEZ, B. O que o plano de governo e o discurso de Bolsonaro apontam para o futuro do SUS. **Radis**, Rio de Janeiro, n 195, p. 36, dez. 2018. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis195_web.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. 21(2), p. 164-176. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>. Acesso em: 11 mar. 2019.

FERTONANI, H. P. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6), p. 1869-1878, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa** (Trad. Joice Elias Costa). 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. p. 145-164.

GIL, C.R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6), p. 1171-1181, jun, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2017.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5), p. 1407-1416, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33202016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1407.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 15(2), p. 352-358. abr-jun 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: População Estimada**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html>. Acesso em: 05 de fev. 2019.

IGLESIAS, A; ARAUJO, M. D. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 19 (3), p. 291-298, 2011. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf. Acesso em: 18 mai. 2020.

JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface**, Botucatu, 19(53), p. 265-274, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0331. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140331.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Artigos, 2005. 476 p.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. [S.l.: s.n.]. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004, 154p.

LOBATO, L. V. C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 87-97, dez. 2016. DOI: 10.1590/0103-11042016S08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0087.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2020.

LUCINI, P. PG pode perder 75% dos médicos das unidades de saúde. **Diário dos Campos**. Ponta Grossa, 14 nov. 2018. Disponível em: <https://www.diariodoscamos.com.br/noticia/pg-pode-perder-75-dos-medicos-das-unidades-basicas-de-saude>. Acesso em: 08. mai. 2020.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2), p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

MAEYAMA, M. A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais – RBTS**, v.2, n.2, p129-143, 2015. DOI: 10.14210. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/viewFile/9224/5130>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MARX, K. **Contribuição para a Crítica da Economia Política**. (Trad. Florestan Fernandes). 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 288 p. Disponível em: <http://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/06/MARX-Karl.-Contribui%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-cr%C3%ADtica-da-economia-pol%C3%ADtica.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Rev. Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MENDES. E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019

MINAYO, M. C. S.; **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019

MOROSINI, M. V. G.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional da Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MPPR. **Regionais de Saúde**: Informações. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/5_informacoes.htm. Acesso em: 31 mar. 2020.

MUNHOZ, D. E. N. Entre a universalidade da teoria e a singularidade dos fenômenos: enfrentando o desafio de conhecer a realidade. *Emancipação*, Ponta

Grossa, 6(1), p. 25-40, 2006. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/70/68>. Acesso em: 09 abr. 2018.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1.ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64 p. ISBN 978-85-7743-182-3. Disponível em: <http://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/livros-diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil***. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, C.M; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3), p. 929-936, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/29.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

OLIVEIRA, R. T. Q. et al. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(12), p. 3915-3932, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.24912017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3915.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66(esp), p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.

OMS. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

OMS. Carta de Ottawa. *In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 13 fev. 2019.

OMS. **Carta da Bangkok**. Bangkok, 2005. Disponível em: http://www.iasaude.pt/attachments/article/154/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_de_Jacarta_Julho_1997.pdf. Acesso em: 21 jul. 2019.

OMS. **Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI**. Jacarta, 1997. Disponível em: http://www.iasaude.pt/attachments/article/154/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_de_Jacarta_Julho_1997.pdf. Acesso em: 13 fev. 2019.

PAIM. J. S. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 18 mar. 2019.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009. p. 165-181.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: In: GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p.547-573.

PARANÁ, Secretaria da Saúde. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>. Acesso em: 05 de fev. 2019

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109 p. ISBN 978-85-89734-13-4. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/59/52/247-1>. Acesso em: 05 jun. 2019

PIANA, MC. As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento. In: PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Ponta Grossa 2018/2021**. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf> Acesso em: 14 de abr. 2018.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, setembro 2018, p. 379-395. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0379.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 228 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

ROECKER, S; BUDÓ; M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm USP**, 46(3), p. 641-649, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>. Acesso em: 19 de mai. 2018.

SANTOS. M. S. et al. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **REME – Rev. Min. Enferm.** 22:e-1125, 2018.

DOI: 10.5935/1415-2762.20180048. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1256>. Acesso em: 25 de abr. 2018.

SANTOS, A.; GOYTACAZ, C. Após o corte do programa “mais médicos” Ponta Grossa enfrenta dificuldades para contratar novos profissionais. **Periódico redação de mídia integrada, Ponta Grossa**, 07 jan. 2020. Disponível em: <https://periodico.sites.uepg.br/index.php/todas-as-noticias/232-politica/1807-apos-o-corte-do-programa-mais-medicos-ponta-grossa-enfrenta-dificuldades-para-contratar-novos-profissionais>. Acesso em: 08 mai. 2020.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007. 307 p.

SILVA, J. G. et al. Promoção da saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 16(3), 421-425, 2008 jul/set. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a21.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019

SILVA, K. L. et al. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **REME – Rev. Min. Enferm.**, 16(2), p. 178-187, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/517>. Acesso em: 25 de abr. 2018.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; YONEKURA, T. Marxismo como referencial teórico metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 47(6), 1403-1409, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000600022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2020.

SODRÉ, F. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n117/05.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019

TAVARES, M. F. L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6), p. 1799-1808, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07622016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019

TEIXEIRA, M. J. O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002, p. 235-254.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 52-68, out 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, Sala de aula series, nº3, p. 129-167, 2006. ISBN 978-85-232-0920-9. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 49-60, 2000. ISBN 978-85-7541-325-8. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

TESSER, C. D. et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da grande Florianópolis. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. ISSN: 2175-1323. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/68/111>. Acesso em: 19 de abr. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. 21 reimp. São Paulo: Atlas, 2012. 173 p.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 635-667.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Sexo: M () F ()

Faixa etária: () 20 a 30 () 30 a 40 () 40 a 50 () 50 a 60

Profissão: _____

Possui pós-graduação: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de atuação na área da saúde pública: _____

Local de Trabalho/Setor: _____

ENTREVISTA SEMIESTRURADA

1 – Para você o que significa promoção da saúde?

2 – No espaço em que você atua são desenvolvidas atividades de promoção da saúde? Justifique sua resposta

3 – Sobre a promoção da saúde, existe algum planejamento? Se existe como ocorreu?

4 - Em Ponta Grossa, as atividades de promoção da saúde são planejadas através das doenças e agravos que são prevalentes no território? Justifique sua resposta

5 – Sua equipe de trabalho utiliza parceiros e/ou recursos da comunidade para a execução de atividades intersetoriais em promoção da saúde?

6 – A sua equipe se integra a outros níveis de atenção a saúde para a realização de atividades de promoção da saúde?

7 – Em sua opinião, o trabalho de promoção da saúde apresenta resolutividade em relação ao processo saúde-doença da população?

8 – Existem desafios na operacionalização da Atenção Básica no município de Ponta Grossa – PR, no que se refere a promoção da saúde? Quais seriam? Você pode citá-los?

9 – No seu entendimento, como a Política de Atenção Básica no Município de Ponta Grossa – PR atende as condições para promoção da saúde através da organização e funcionamento dos seus serviços?

10 – No seu entendimento, no município de PG, a organização dos serviços da Atenção Básica em relação a promoção está condizente/está de acordo com a PNAB 2017

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO E
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE

IDENTIFICAÇÃO

Título da Pesquisa: Desafios para a Promoção da Saúde no município de Ponta Grossa – PR.

Pesquisador Responsável: Sherryl Cristina carvalho

Pelo presente instrumento, **eu**

Nome do participante/entrevistado: _____

Órgão/instituição: _____

Cargo/função: _____

CPF: _____

Aceito participar da pesquisa/entrevista; e sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, **cedo a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento** de caráter histórico e documental que prestei à pesquisadora, na cidade de Ponta Grossa/PR, **como subsídio à construção da pesquisa em epígrafe**. A pesquisadora fica, conseqüentemente, autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento/resultado/entrevista, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo. **A pesquisadora se compromete a preservar meu depoimento no anonimato**, perfazendo a entrevista de maneira apócrifa, ou com nome fictício, ou símbolo não relacionado à minha identidade, e divulgando apenas, se for o caso, os números obtidos, a instituição ou outro elemento público, que não mencione diretamente o meu nome.

Ponta Grossa, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante/depoente

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os desafios para a promoção em saúde no município de Ponta Grossa - PR, tendo como referência a Política de Atenção Básica (2017).

Pesquisador: SHERRYL CRISTINA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08766119.8.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.184.339

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

Os desafios para a promoção em saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política de Atenção Básica (2017).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os desafios para a promoção em saúde tendo como referência a Política de Atenção Básica no município de Ponta Grossa – PR.

Objetivo Secundário: Contextualizar a Política Pública de Saúde no contexto brasileiro.

Conceituar promoção de acordo com a Política Pública de Saúde.

Analisar se a Política Nacional da Atenção Básica no Município de Ponta Grossa – PR atende as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde;

Identificar junto à gestão da Secretaria Municipal de Saúde, as mudanças que ocorreram no município de Ponta Grossa – PR após a aprovação da PNAB (2017).

Caracterizar a estrutura de serviços da Atenção Básica no município de Ponta Grossa – PR, para a promoção da saúde.

Verificar juntos aos gestores e servidores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 3.184.339

município de Ponta Grossa – PR os avanços e dificuldades para a execução da PNAB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Levando em consideração que todo procedimento de pesquisa não está protegido de possíveis riscos agregados e que a presente pesquisa aborda a proteção em saúde na atenção básica no município de Ponta Grossa – PR, a presente pesquisa abordará a visão dos gestores e servidores sobre os desafios para a promoção em saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política de Atenção Básica (2017). Cabe destacar que todos os sujeitos entrevistados serão maiores de idade e com capacidade de exprimir suas convicções. Será aplicada uma entrevista semiestruturada junto aos sujeitos de pesquisa, sendo a mesma gravada e aplicada pela pesquisadora. Visando não haver constrangimentos aos sujeitos de pesquisa, a entrevista será realizada em local que assegure condições de sigilo e privacidade. Também será assegurado aos sujeitos entrevistados direito à liberdade de expressão, ou seja, o entrevistado poderá decidir responder ou não as perguntas que serão realizadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Dessa maneira, os riscos intrínsecos à pesquisa se restringirão a equívocos de interpretação de seu conteúdo e resultados após a publicação. Entretanto, salienta-se que serão tomados os devidos cuidados para que a pesquisa seja realizada em condições éticas e técnicas apropriadas ao zelo pela liberdade, integridade física, moral e psicológica dos sujeitos nela envolvidos.

Benefícios:

A presente pesquisa apresenta benefícios principalmente aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, mas especificamente os usuários da atenção básica de saúde do município de Ponta Grossa – PR. A pesquisa trará elementos para a gestão municipal de saúde, em relação aos desafios para a promoção em saúde no município de Ponta Grossa – PR, apresentando possíveis falhas, e se necessário a necessidade de melhorias. Já em relação aos benefícios para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, considera que a pesquisa amplia os

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.184.339

debates a cerca da Política Pública de Saúde, especificamente a promoção em saúde na atenção básica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desenho: Será avaliado os desafios para a promoção em saúde no município de Ponta Grossa – PR, tendo como referência a Política de Atenção

Básica (Portaria nº2.436/2017). Para tanto, o universo dessa pesquisa será a Secretaria Municipal de Saúde, mas especificamente a Atenção Básica

de Saúde. Dessa maneira, os sujeitos da pesquisa serão gestores e servidores da atenção básica da SMS, sendo eles: a coordenadora da atenção

básica de saúde, apoiadores dos distritos sanitários e 05 servidores que atuam com promoção em saúde, os quais passarão por entrevistas

semiestruturadas visando verificar como ocorre a promoção em saúde no município de Ponta Grossa – PR através da PNAB/2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar relatório final ao termino do projeto por notificação via plataforma brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1274561.pdf	20/02/2019 16:13:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/02/2019 16:11:56	SHERRYL CRISTINA CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	06/02/2019 09:51:05	SHERRYL CRISTINA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado	Pre_Projeto.pdf	06/02/2019	SHERRYL CRISTINA	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.184.339

/ Brochura Investigador	Pre_Projeto.pdf	09:50:37	CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	CartaUEPG.pdf	06/02/2019 09:48:38	SHERRYL CRISTINA CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 07 de Março de 2019

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

**ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE**

10/01/2019

SEI/PMPG - 0057981 - Carta de Autorização-NEP



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, CARLOS EDUARDO CORADASSI, coordenador do NEP-SMS, autorizo a realização do projeto **OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA-PR, TENDO COMO REFERÊNCIA A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA**, realizado pela UEPG, que será desenvolvido pela pesquisadora **SHERRYL CRISTINA CARVALHO**.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 09 janeiro
de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **CARLOS EDUARDO CORADASSI, Coordenador**, em 09/01/2019, às 13:03, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de 03/05/2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.pontagrossa.pr.gov.br/validar> informando o código verificador **0057981** e o código CRC **30F89C1D**.

Link de acesso externo: SEI00273/2019

https://sei.pontagrossa.pr.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=72365&inf... 1/2