

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
EM SAÚDE - PPGPPS  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ - EGF  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Lorena Lima Magalhães

PROMOÇÃO DA SAÚDE: percepções dos profissionais de saúde da Atenção  
Primária à Saúde do Distrito Federal

Brasília  
2021

Lorena Lima Magalhães

**PROMOÇÃO DA SAÚDE:** percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas em Saúde. Área de concentração: Vigilância e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Dutra Fenner

Brasília  
2021

M188p Magalhães, Lorena Lima

PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL./ Lorena Lima Magalhães. – Brasília, DF: 2021.

156 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Escola de Governo Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas em Saúde, Brasília, 2021.

Orientador: Dr. André Luiz Dutra Fenner.

I.Promoção da Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Profissionais de Saúde. 5.Distrito Federal. I.Fenner, André Luiz Duntra. II Fundação Oswaldo Cruz. III. Título.

CDU: 351.778

Lorena Lima Magalhães

Promoção da Saúde: percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

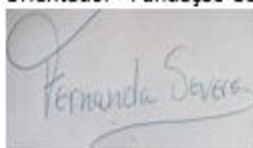
Aprovado em 23/08/2021.

BANCA EXAMINADORA



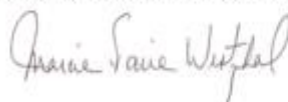
---

Dr. André Luiz Dutra Fenner. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília



---

Dra. Fernanda Maria Duarte Severo - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



---

Dra. Márcia Faria Westphal - Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo - USP



---

Dr. Nelson Filice de Barros - Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP



---

Dr. Fabio Fortunato Brasil de Carvalho - Instituto Nacional de Câncer - INCA

*Dedico este trabalho,*

*Para mainha e painho, com todo meu amor e gratidão!*

*Para vô Emiliano (in memoriam), muito obrigada por, mesmo sendo uma pessoa com pouco acesso ao universo das letras, ter lutado para que seus filhos concluíssem o 2º grau. Com certeza tem um pouco do senhor nesta Dissertação!*

*Para tio Dai (in memoriam), que nos deixou com o coração cheio de saudades após a sua partida!*

*Para os profissionais de saúde, especialmente aqueles que participaram desta pesquisa! Muito obrigada!*

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar até aqui foi um caminho longo... e sou imensamente grata por todo o aprendizado adquirido e compartilhado durante este período! Nas linhas a seguir registro os meus agradecimentos!

A Deus por tudo que já realizou na minha vida, por ter me sustentado em todos os momentos e por me permitir concluir esta Dissertação! Em diversos momentos pude perceber a Tua presença! Muito obrigada!

Mainha, muito obrigada pelo amor, pelas palavras de incentivo, por suas orações, e por tudo que eu não sou capaz de expressar através de palavras! Painho, muito obrigada por todo o carinho, incentivo e mensagens otimistas dedicados em todas as etapas da minha vida! Vocês dois, juntamente, com Lázaro são a melhor Rede de Apoio que eu poderia ter! Amo vocês!

Ao meu orientador André Fenner, muito obrigada por toda a paciência, compreensão e orientações durante a escrita da Dissertação! Agradeço, também, por me possibilitar conhecer melhor sobre a saúde da população do campo, sobre a importância dos serviços de saúde da Atenção Primária estarem presentes nos territórios rurais e por compartilharmos as reflexões a respeito da Promoção da Saúde nas 3 (três) Unidades Básicas em que esta pesquisa foi realizada!

Aos colegas do Ministério da Saúde, em especial, Cláudia, Danielle, Fabiana, Judite, Lucas, Ludimilla, Mariana, Paula e Sofia pela torcida e pelas palavras de incentivo!

Aos colegas e professores do Mestrado pelos aprendizados que dividimos no decorrer do curso!

Aos demais familiares, colegas e amigos que contribuíram na minha formação pessoal e profissional!

Aos profissionais de saúde que atuam na assistência prestada à população! O trabalho que vocês realizam, mesmo que as vezes permeados por contextos adversos, promove o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)!

À Escola de Governo Fiocruz Brasília pela oportunidade de aprender e compreender melhor sobre o SUS e a respeito de outras políticas, estratégias e programas que fazem parte desta importante política pública e social que contribui para o acesso da população brasileira aos serviços de saúde e que é promotora da equidade e da integralidade!

*“Nós não somos o que gostaríamos de ser.  
Nós não somos o que ainda iremos ser.  
Mas, graças a Deus,  
Não somos mais quem nós éramos”.*  
*(Martin Luther King)*



## RESUMO

O arcabouço teórico e prático da Promoção da Saúde é visto como um processo, ainda, em construção, permeado por uma variedade de conceitos, assim como por ações diversas. Com o objetivo de analisar as percepções que alguns profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal possuem sobre a Promoção da Saúde foi realizada esta pesquisa com abordagem qualitativa. Os participantes foram 12 profissionais de saúde que trabalham em 3 Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, sendo 1 localizada na zona urbana, cuja as práticas são voltadas para a Promoção da Saúde e para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, e 2 na zona rural, estas últimas são compostas, cada uma delas, por 1 Equipe de Saúde da Família. A coleta dos dados foi desenvolvida com base na aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada e na etapa de tratamento dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. Os resultados apontaram que existem variações nas percepções apresentadas pelos profissionais, em que algumas estão mais alinhadas à vertente crítica e outras à vertente conservadora da Promoção da Saúde, situação que é refletida nas ações descritas como promotoras de saúde pelos trabalhadores. Além das percepções e práticas desenvolvidas foi questionado aos entrevistados a respeito dos facilitadores e dificultadores para a realização destas ações e sugestões para o fortalecimento da Promoção na Atenção Primária. Esta pesquisa evidenciou imprecisões no conceito de Promoção da Saúde, com vinculações às 2 vertentes citadas anteriormente. Implementar estratégias promotoras de saúde na Atenção Primária é um desafio e um trabalho complexo, visto que a compreensão ampliada do significado da Promoção da Saúde difundido pela Carta de Ottawa e, posteriormente, incorporado pelo Sistema Único de Saúde ainda não conseguiu ser incluída na formação dos profissionais de modo que se promova uma transformação do trabalho em saúde, soma-se a isso as dificuldades existentes na rotina dos trabalhadores, a ausência de apoio por parte dos gestores e o espaço limitado para as ações de Promoção da Saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Profissionais de Saúde. Distrito Federal.

## **ABSTRACT**

The theoretical and practical framework of Health Promotion is seen as a process that is still under construction, permeated by a variety of concepts, as well as by several actions. With objective to analyze the perceptions that some health professionals working in the services of Primary Health Care in the Federal District have about Health Promotion, this research was carried out with a qualitative approach. The participants were 12 health professionals working in 3 Basic Health Units in the Federal District, 1 located in the urban area, whose practices are geared towards Health Promotion and Integrative and Complementary Practices in Health, and 2 in the area rural, the latter are composed, each of them, by 1 Family Health Team. Data collection was developed based on the application of a semi-structured interview script and in the data processing stage, Content Analysis proposed by Laurence Bardin was used. The results showed that there are variations in the perceptions presented by the professionals, in which some are more in line with the critical aspect and others with the conservative aspect of Health Promotion, a situation that is reflected in the actions described as promoting health by the workers. In addition to the perceptions and practices developed, respondents were asked about the facilitators and obstacles to carrying out these actions and suggestions for strengthening Promotion in Primary Care. This research showed inaccuracies in the concept of Health Promotion, with links to the 2 aspects mentioned above. Implementing health-promoting strategies in Primary Care is a challenge and a complex work, since the expanded understanding of the meaning of Health Promotion disseminated by the Ottawa Charter and later incorporated by the Unified Health System has not yet been included in the training of professionals in order to promote a transformation of work in health, in addition to the difficulties that exist in the routine of workers, the lack of support from managers and the limited space for Health Promotion actions.

**Keywords:** Health Promotion. Primary Health Care. Unified Health System. Health Professionals. Federal District.

## RESUMEN

El marco teórico y práctico de la Promoción de la Salud es visto como un proceso aún en construcción, permeado por una variedad de conceptos, así como por varias acciones. Con el fin de analizar las percepciones que algunos profesionales de la salud que laboran en los servicios de Atención Primaria de Salud del Distrito Federal tienen sobre la Promoción de la Salud, esta investigación se realizó con un enfoque cualitativo. Los participantes fueron 12 profesionales de la salud que laboran en 3 Unidades Básicas de Salud del Distrito Federal, 1 ubicada en el área urbana, cuyas prácticas están orientadas a la Promoción de la Salud y Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud, y 2 en el área rural, estas últimas están compuestas, cada uno de ellos, por 1 Equipo de Salud de la Familia. La recolección de datos se desarrolló a partir de la aplicación de un guión de entrevista semiestructurado y en la etapa de procesamiento de datos se utilizó el Análisis de Contenido propuesto por Laurence Bardin. Los resultados mostraron que existen variaciones en las percepciones presentadas por los profesionales, en las que unas están más en línea con el aspecto crítico y otras con el aspecto conservador de la Promoción de la Salud, situación que se refleja en las acciones calificadas como promotoras de la salud por parte de los trabajadores. Además de las percepciones y prácticas desarrolladas, se preguntó a los encuestados sobre los facilitadores y obstáculos para llevar a cabo estas acciones y sugerencias para fortalecer la Promoción en Atención Primaria. Esta investigación mostró inexactitudes en el concepto de Promoción de la Salud, con vínculos a los 2 aspectos mencionados anteriormente. Implementar estrategias de promoción de la salud en Atención Primaria es un desafío y un trabajo complejo, ya que la comprensión ampliada del significado de Promoción de la Salud difundida por la Carta de Ottawa y posteriormente incorporada por el Sistema Único de Salud aún no se ha incluido en la formación de profesionales en con el fin de promover una transformación del trabajo en salud, además de las dificultades que existen en la rutina de los trabajadores, la falta de apoyo de los directivos y el espacio limitado para las acciones de Promoción de la Salud.

Palabras-clave: Promoción de la Salud. Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Profesionales de la Salud. Distrito Federal.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.....	25
Figura 2 - Linha do tempo da Atenção Primária à Saúde brasileira.....	31
Figura 3 – Mapa do Distrito Federal com as 33 (trinta e três) Regiões Administrativas.....	39
Figura 4 – Mapa do DF dividido por Regiões de Saúde.....	40
Figura 5 - Trajetória da Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.....	47
Figura 6 – Nuvem de palavras sobre as percepções da Promoção da Saúde (UBS X).....	82
Figura 7 – Nuvem de palavras sobre as percepções da Promoção da Saúde alinhadas à vertente crítica (UBS Y e Z).....	82
Figura 8 – Nuvem de palavras sobre as percepções da Promoção da Saúde alinhadas à vertente conservadora ou comportamental (UBS Y e Z).....	83
Figura 9 – Síntese dos Resultados da Pesquisa.....	126

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças prevalentes nos conceitos de Promoção da Saúde versus Prevenção de Doenças.....	79
Quadro 2 – Percepções e ações de Promoção da Saúde dos profissionais da UBS X.....	93
Quadro 3 – Percepções e ações de Promoção da Saúde dos profissionais da UBS Y e da UBS Z (Vertente conservadora ou comportamental).....	107
Quadro 4 – Percepções e ações de Promoção da Saúde dos profissionais da UBS Y e da UBS Z (Vertente crítica).....	108

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Distribuição da população estimada do Distrito Federal, por Regiões Administrativas, em 2018.....	37
Tabela 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa.....	59

## LISTA DE SIGLAS

ACS Agente (s) Comunitário (s) de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CGPNPS Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

CF Constituição Federal

CESP Curso de Especialização em Saúde Pública

DRP Diagnóstico Rural Participativo

DF Distrito Federal

DCNTs Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EMATER Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

eAP Equipes de Atenção Primária

EGF Escola de Governo Fiocruz

ESF Estratégia Saúde da Família

FEPECS Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz

GM Gabinete do Ministro

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICS Instituto Candango de Solidariedade

MS Ministério da Saúde

NHS National Health System

NASF - AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS Organização Mundial de Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPS Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSIPCFA Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

PICS Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
PIS Práticas Integrativas em Saúde  
PBF Programa Bolsa Família  
PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PRMSFSPC Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo  
PFS Programa Família Saudável  
PSC Programa Saúde em Casa  
PSF Programa Saúde da Família  
PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PSE Programa Saúde na Escola  
PS Promoção da Saúde  
RA Região Administrativa  
RAS Rede de Atenção à Saúde  
SciELO Scientific Electronic Library Online  
SES/DF Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
SUS Sistema Único de Saúde  
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TRE Técnica de Redução de Estresse  
TCI Terapia Comunitária Integrativa  
UBS Unidade (s) Básica (s) de Saúde  
UISS Unidade Integral de Saúde de Sobradinho  
UnB Universidade de Brasília  
UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância  
VS Vigilância em Saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	24
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	29
3.3 O DISTRITO FEDERAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NESTE TERRITÓRIO: UMA BREVE APRESENTAÇÃO.....	36
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>49</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>59</b>
5.1 PERCEPÇÕES A RESPEITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	62
5.2 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	83
5.3 FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA A REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	108
5.4 SUGESTÕES PARA O FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	119
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE A</b> - Instrumento para coleta de dados.....	148
<b>APÊNDICE B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)...	149
<b>APÊNDICE C</b> - Termo de autorização para utilização do som da voz para fins de pesquisa.....	152
<b>APÊNDICE D</b> - Pôster apresentado na 1ª Conferência de Promoção da Saúde da Fiocruz (Rio de Janeiro/RJ).....	153

<b>APÊNDICE E - Certificado de apresentação de trabalho na 1ª Conferência de Promoção da Saúde da Fiocruz (Rio de Janeiro/RJ).....</b>	<b>156</b>
--	------------

# 1 INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS) é considerada um campo conceitual e de práticas, integrante da área da saúde pública, e que ao longo dos anos vem sendo objeto de estudo de diversos atores como, representantes de instituições nacionais e internacionais, profissionais e estudantes que atuam nos mais variados setores. Desta forma, o seu arcabouço teórico e prático é visto como um processo, ainda, em construção (1, 2).

No século XIX, um dos precursores da PS foi Rudolf Virchow, reconhecido, também, como o pai da medicina social e por ser um renomado sanitarista (3). Anos depois, em 1946, Sigerist foi um dos primeiros autores a utilizar o termo PS, quando elencou as atividades fundamentais da medicina, sendo elas: a PS, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação (4). Leavell e Clark, em 1965, também adotaram este termo ao apresentarem o modelo da história natural da doença, que consistiria em 3 (três) níveis de prevenção, distribuídos em 5 (cinco) etapas de medidas preventivas, sendo que a PS, associada com ações de proteção específica, estaria enquadrada na 1ª (primeira) etapa (4), onde os indivíduos deveriam receber orientações gerais destinadas a melhorar o seu estado de saúde, como informações referentes ao consumo de alimentos, realização de atividades físicas, uso de substâncias como o álcool e o tabaco, além de cuidados voltados para a limpeza dos locais de moradia, estudo e trabalho (3). Assim, é possível perceber que esta abordagem da PS estava fortemente vinculada às ideias de caráter, predominantemente, preventivo e focado nos comportamentos individuais. Em 1974, motivado pela ineficiência dos tratamentos, exclusivamente, médicos para as doenças crônicas e pelos gastos elevados com os cuidados em saúde, Lalonde, que estava no comando do Ministério da Saúde Canadense, publicou o relatório “A new perspective on the health of Canadians”, que ficou conhecido como Informe Lalonde e a qual é atribuído o surgimento do moderno movimento de PS (4). Este documento considerava

que os problemas sanitários estavam relacionados com os determinantes da saúde e que envolviam os campos da biologia humana, o estilo de vida das pessoas, o ambiente e a organização dos serviços de saúde. De acordo com este relatório, o país realizava grandes investimentos na área da assistência médica, mas a origem dos agravos estava concentrada nos 3 (três) primeiros campos citados anteriormente. Nesta mesma década, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizou no ano de 1978, em Alma – Ata, a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que teve como um dos seus legados a defesa da Atenção Primária à Saúde (APS), além de outros temas que possuem estreita vinculação com o ideário da PS, como a necessidade de reduzir as desigualdades, de estimular a participação popular nas decisões políticas e de ratificar a saúde como um direito social. Este evento fomentou as propostas apoiadas por aqueles que lutavam por uma nova forma de enxergar a saúde e contribuiu para a realização da I Conferência Internacional sobre PS, em 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá (1, 5). Um dos produtos desta Conferência, a Carta de Ottawa, é reconhecido como um documento modelo e essencial para a difusão das propostas de PS em escala mundial (6). Este documento preconiza 5 (cinco) áreas de atuação: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o incremento do poder técnico e político das comunidades, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (6). De acordo com Buss, a Carta de Ottawa (1986) representa um contraponto à forma como a PS vinha sendo formulada até aquele momento, ou seja, com estratégias direcionadas, principalmente, para a modificação dos estilos de vida dos indivíduos (1). A PS deve considerar o protagonismo que os determinantes sociais possuem sobre a situação de saúde das populações, visto que a saúde é algo em permanente construção e influenciada por fatores ambientais, culturais, econômicos, políticos e sociais, devendo, portanto, ser concebida dentro de um contexto ampliado em que os níveis de saúde estejam

associados aos modos de vida e não ser compreendido, apenas, como ausência de enfermidades (1,4,7).

No Brasil, o movimento de PS é contemporâneo à luta pela redemocratização do país nos anos 80 e, também, foi impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária, que em meio à crise vivenciada pelo setor saúde defendia a necessidade de reorganização dos serviços e ações assistenciais (8, 9). Dois importantes marcos deste período foram a realização da 8ª (oitava) Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, visto que ambos trazem em sua essência a noção ampliada de saúde (6, 10, 11). Este pensamento, também, é ratificado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (12), ao mencionar em seu artigo 3º (terceiro) e respectivo parágrafo único que:

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, 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. Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (12).

De acordo com Buss e Carvalho, o SUS contempla diversas propostas que fazem referência à PS (9) e uma das ações implementadas para a consolidação deste sistema foi a implantação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como objetivo reestruturar, ampliar e qualificar a assistência prestada pelos serviços de APS (13–15) e que é considerada como um fato importante para inclusão da PS na agenda de saúde brasileira (14). Para alguns autores, a ESF, por meio da atuação de profissionais de saúde de formações distintas, é vista como uma tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, biomédico e medicalizante, para um cujo o foco esteja na saúde da família (9,13).

Cabe ressaltar que a organização e reorientação dos serviços de saúde são proposições registradas tanto no Informe Lalonde (1974), quanto na Carta de Ottawa (1986),

sendo que neste último documento é destacado que as modificações esperadas que aconteçam na estrutura dos serviços assistenciais, também ocorram na formação dos trabalhadores da saúde (4, 6). Segundo Rabello, a PS não é priorizada durante a formação profissional, o que reforça a importância de um investimento que promova as modificações citadas, anteriormente, tanto no período da graduação, como capacitações para aqueles que já trabalham nas Unidades de Saúde (2).

Por tratar-se de uma política pública, como é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), no Brasil (16), Buss destaca o compromisso que os profissionais de saúde, gestores, movimentos sociais e as instituições devem ter sobre as políticas públicas que implementam, assim como as consequências que os seus respectivos desfechos podem trazer para a saúde e os modos de vida de uma coletividade (1). O envolvimento destes atores na construção social da saúde está na essência da Promoção, além disso a união entre a comunidade e os trabalhadores da saúde para debaterem os problemas sanitários do território e formularem possíveis medidas de intervenção, desperta nestes indivíduos o sentimento de responsabilidade pelo normativo, plano ou programa do qual se tornam autores (8). Westphal corrobora com esta ideia e acrescenta que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na APS, a partir da compreensão dos determinantes ambientais, culturais, educacionais, políticos e socioeconômicos, podem desempenhar a relevante tarefa de instituir ações promotoras de saúde no cotidiano dos serviços e de contribuir para o fortalecimento das mesmas (3).

Assim, mesmo sendo a APS considerada um ambiente que possibilita a realização de ações de PS, estas ações acontecem em menor frequência no cotidiano dos estabelecimentos assistenciais (17). Além disso não existe um discurso único sobre o significado da PS (18). Estes cenários justificam a realização desta pesquisa que tem como objetivo geral analisar as percepções que os profissionais de saúde que atuam nos serviços de APS do Distrito Federal (DF) possuem sobre a PS. Uma das motivações para a escolha deste território se deve ao fato

de que antes deste projeto, a autora já havia desenvolvido uma pesquisa durante o Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) onde analisou a situação de saúde do DF. O cenário descrito apresentou uma população que está envelhecendo e onde as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) foram as principais responsáveis pelos números de morbimortalidade durante o período pesquisado. Além disso, o DF construiu ao longo dos anos uma política de APS que seguia um caminho diferente daquele que estava sendo implementado nas demais unidades federativas do Brasil. Partindo destas análises, é essencial pensar em estratégias que considerem os diversos contextos existentes para propor ações destinadas a promover e melhorar os níveis de saúde de uma população. A PS por estar em consonância com os princípios do SUS e as propostas de um novo modelo assistencial mostra-se como uma aliada na consecução destes objetivos. Desta forma, faz-se necessário compreender as percepções que os profissionais de saúde da APS do DF possuem sobre a PS, sendo que estes trabalhadores podem contribuir para a mudança de um novo modelo de atenção à saúde, tanto no ambiente urbano, como no ambiente rural deste território.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar as percepções que os profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Primária do Distrito Federal possuem sobre a Promoção da Saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar os conceitos de Promoção da Saúde descritos pelos profissionais de saúde, comparando os relatos dos trabalhadores de 1 (uma) Unidade Básica de Saúde voltada para a Promoção da Saúde com os relatos dos trabalhadores de outras 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde compostas por Equipes de Saúde da Família;
- Mapear as ações de Promoção da Saúde realizadas pelos profissionais de saúde dos estabelecimentos de Atenção Primária participantes desta pesquisa;
- Identificar quais os elementos facilitam e quais dificultam a realização de estratégias promotoras de saúde dentro da rotina de trabalho destes profissionais de saúde; e
- Verificar quais as sugestões apresentadas pelos profissionais de saúde para o fortalecimento da Promoção da Saúde na Atenção Primária.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Quando falamos em Saúde e lembramos a definição formulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para este termo, em que afirma tratar-se de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade” (19), percebemos que estamos diante de um objeto que possui múltiplas determinações. De acordo com Scliar,

o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (20).

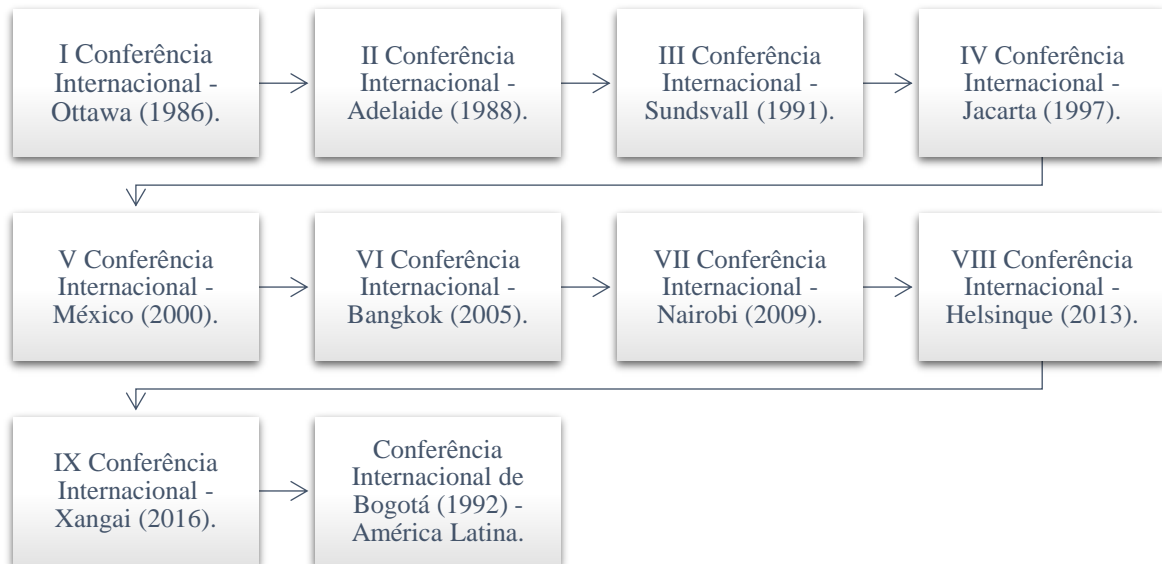
Estas abordagens sobre como a Saúde pode ser compreendida e influenciada, implicam, também, em diferentes visões sobre outros temas que fazem parte deste setor, como acontece com a Promoção da Saúde (PS), que é considerada um termo polissêmico (21) e um campo teórico-prático, ainda em construção, permeado por uma variedade de conceitos, assim como por ações diversas (22). Segundo a Carta de Ottawa (1986), documento resultante da I Conferência Internacional, a PS é definida como:

o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (7).

Após esta 1ª (primeira) Conferência, outras 8 (oito) Conferências Internacionais sobre PS foram realizadas (23), além da Conferência Internacional de Bogotá que abordou a PS

na América Latina (7). O local e o ano em que estes eventos aconteceram estão descritos na imagem a seguir:

**Figura 1 - Conferências Internacionais de Promoção da Saúde**



Fonte: Elaboração própria, 2020.

Como foi mencionado na Introdução desta pesquisa, no Brasil a PS é contemporânea a redemocratização do país na década de 80. Na esfera institucional do governo federal brasileiro, a construção de uma política pública de PS começa a ganhar espaço entre 1998 e 1999, com o projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, desenvolvido por meio de uma parceria do Ministério da Saúde (MS) com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 2002, foi construído pelo MS o documento “Política Nacional de Promoção da Saúde”, que embora não tenha tido vigência é visto como um passo importante para a formalização de uma política pública a respeito do tema (9). O Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), responsável por propor a política, foi instituído em 2005 (16), sendo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) publicada por meio da Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006 (24). Esta 1ª (primeira) versão, foi redefinida em 2014, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro

(25), e que, posteriormente, foi incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (16). Tal normativo tem como objetivo geral, “promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (16). A referida política baseia-se em uma concepção ampliada de saúde conforme preconizado pelo SUS e nas Declarações das Conferências Internacionais (16) citadas anteriormente. No seu texto, a PS é descrita como:

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (16).

O conceito advogado pelo moderno movimento de PS, que segundo Buss tem sua origem após a publicação do Informe Lalonde (4), é visto como uma inversão à maneira como a PS vinha sendo formulada até aquele momento, onde o foco das ações promotoras estava direcionado aos hábitos e comportamentos das pessoas, delegando às mesmas a responsabilidade pelo seu estado de saúde (1). Esta abordagem reducionista, a princípio, foi pensada e instituída em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá e outros localizados na Europa ocidental, mas cabe salientar que tal abordagem teria uma contribuição limitada na melhoria das condições de vida das populações, sobretudo para aqueles países marcados por desigualdades sociais históricas, como é o caso do Brasil (4, 6, 26). Entretanto, em meados dos anos 70 começaram a ocorrer discussões a respeito de algumas questões relevantes que integrariam a denominada nova agenda da saúde pública, como o processo saúde-doença e quais os determinantes que o influenciariam; um conceito de saúde e de qualidade de vida que não estivesse associado, exclusivamente, à ocorrência ou não de doenças; as dificuldades vivenciadas pelos sistemas de saúde e suas particularidades nos países ricos e pobres; e, como promover uma articulação entre a agenda da saúde com as das esferas sociais e ambientais (26). Neste cenário de debates, o moderno movimento de PS começou a pautar os

problemas sanitários de forma diferenciada, onde os contextos que permeiam os modos de viver dos indivíduos teriam que ser considerados nas análises de situação de saúde (1, 4, 8).

Freitas afirma que as conceituações acerca da PS podem ser divididas em 2 (dois) grupos (6). Para um deles, as ações caracterizadas como PS seriam aquelas voltadas para a modificação dos comportamentos das pessoas, centradas nos seus estilos de vida e dos seus familiares, onde as estratégias seriam basicamente educativas e relacionadas ao controle ou limitação dos riscos a que estariam submetidos, como a realização de atividades físicas, o padrão alimentar, uso de álcool e tabaco e os cuidados ao dirigir. Não fariam parte deste grupo, as ações que não pudessem ser controladas pelos indivíduos por meio das mudanças nos seus hábitos de vida (1). Stachtchenko e Jenicek citados por Freitas (p. 153) (6) relatam que no segundo grupo, considerado mais amplo e que abrange este primeiro que foi citado, além do fortalecimento das capacidades individuais, deve existir o envolvimento de diversos atores no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais e com impacto positivo para a vidas das pessoas (6). Ações de promoção como estas teriam como objetivo a coletividade e a melhoria dos ambientes, visto de uma maneira abrangente e que abarquem as áreas culturais, econômicas, políticas e sociais (6).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, Carvalho, Cohen e Akerman, classificam as proposições voltadas, principalmente, para as mudanças comportamentais dos sujeitos, sem considerar os contextos em que estes estão inseridos, como a vertente conservadora da PS, enquanto que aquelas que visam promover, por meio de um leque variado de ações, modificações positivas nos modos de vida e melhorias no estado de saúde de uma população, fazem parte da vertente crítica da PS (27). Westphal sintetizou estes conceitos em 3 (três) grupos: biomédico, comportamental e socioambiental, sendo que os 2 (dois) primeiros teriam uma maior associação com as ações de prevenção de doenças, já o último compreenderia as ações de Promoção, por trabalhar com estratégias mais amplas, que envolveriam a construção

de políticas públicas saudáveis, empoderamento dos indivíduos e reorganização das práticas assistenciais (3).

Tal dicotomia entre a PS e a prevenção de doenças é atribuída, em parte, à confusão que é feita entre estas 2 (duas) práticas (4), visto que as distinções entre ambas estão ancoradas nas diferentes concepções de saúde e doença e, também, nas matrizes político-ideológicas a qual estão vinculadas (3). Cabe ressaltar que estas ações, tanto no cenário individual, como no coletivo, são consideradas como estratégias complementares no processo saúde-doença. Esta divisão entre a PS e a prevenção de doenças está mais sedimentada no campo das formulações teóricas do que nas suas respectivas práticas, lembrando que por ser uma área de conhecimento mais nova, as aplicações da primeira estão menos estruturadas do que as da segunda (4). O foco das ações de prevenção de doenças, baseiam-se no controle de doenças específicas e seus fatores de risco, para que diminua a ocorrência das mesmas na sociedade (8), sendo que algumas medidas preventivas costumam ser criticadas por culpabilizarem aqueles que não seguem as orientações repassadas, não levando em consideração que a adoção destas alternativas estão condicionadas a fatores culturais, econômicos, políticos e sociais que podem dificultar a ocorrência de desfechos favoráveis nos níveis de saúde dos indivíduos (27). Enquanto isso, a PS representa uma abordagem que trabalha com uma noção abrangente de saúde, buscando o enfrentamento dos seus múltiplos determinantes e a garantia de condições de vida satisfatórias, por meio da participação de atores dos vários segmentos sociais, visto que, muitas vezes, os problemas sanitários tem suas causas em setores externos aos da saúde (1, 4). As diferenças entre ambas reforçam a necessidade de refletir e modificar o trabalho em saúde (10), para que os projetos de Promoção, sejam concebidos, de uma forma que não se espelhem, unicamente, nas estratégias preventivas tradicionais (28). A PS, pensada dentro da ótica socioambiental, possibilitaria aglutinar e desenvolver ações destinadas à prevenção, tratamento, reabilitação e até mesmo o cuidado assistencial prestado por períodos mais longos (3).

Apesar da importante contribuição do modelo biomédico no desenvolvimento do diagnóstico e tratamento das doenças, este, geralmente, não considera os fatores físicos e sociais que influenciam as demandas sanitárias, assim a PS surge como uma estratégia para ocupar os vazios deixados pelas limitações deste modelo (5). De acordo com Carvalho, Cohen e Akerman, a PS configura-se como uma alternativa para modificar o modelo de organização dos serviços de saúde no SUS (27). Paim afirma que modelos assistenciais se referem a uma combinação de técnicas e tecnologias, com o intuito de organizar os processos de trabalho para agir sobre as demandas e necessidades sócio-sanitárias individuais e coletivas de uma determinada sociedade (10). Partindo do entendimento de que o processo saúde-doença é intermediado por determinantes diversos, o modelo de atenção à saúde a ser proposto deve considerar os problemas sanitários dentro de uma perspectiva ampla e que precisa ser constantemente revista (8).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Algumas evidências apontam que os países que possuem a Atenção Primária à Saúde (APS) como a base organizacional dos sistemas de saúde evoluem com resultados sanitários positivos, como a diminuição dos custos, melhor avaliação por parte dos usuários e maior alcance da equidade (29).

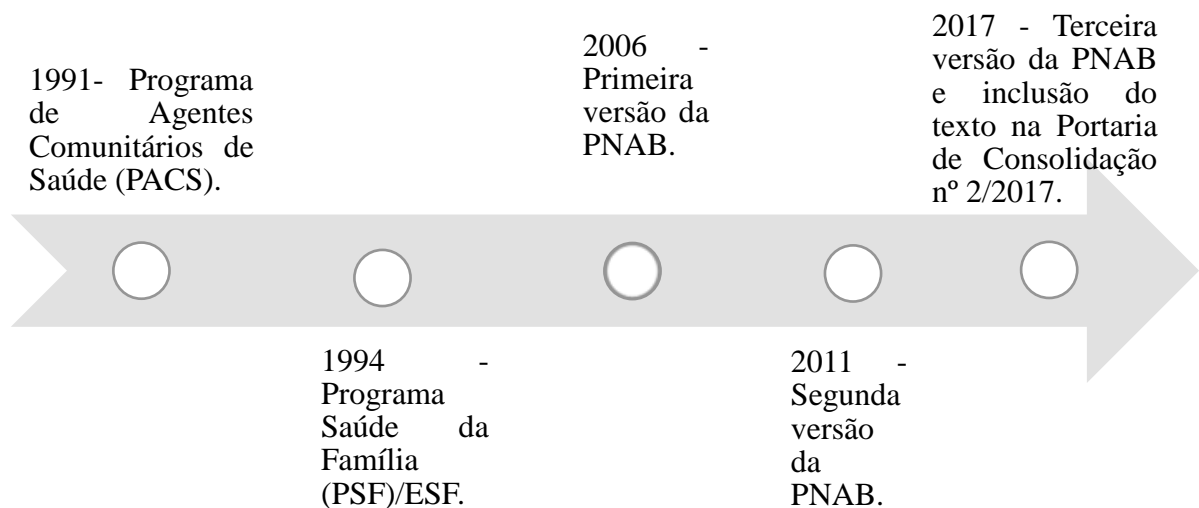
De acordo com Giovanella *et al.* (30), a Declaração de Alma-Ata, produto da I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, fez um apelo para que os governos dos países elaborassem políticas públicas, planos e estratégias com o objetivo de implementar a Atenção Primária, como componente de um sistema de saúde integral, que atuasse de forma articulada com os demais setores de uma sociedade, com o intuito de enfrentar os determinantes socioambientais da saúde. Tais aspectos abordados por esta Declaração fazem a defesa de uma

APS abrangente (31). Entretanto, no decorrer dos anos, distintas concepções de APS foram desenvolvidas ao redor do mundo (32). Nas décadas de 1980 e 1990, como um contraponto à noção abrangente de Atenção Primária, organismos internacionais, como o Banco Mundial, defendiam a implementação de uma APS seletiva para os países latino-americanos que compreendia o desenvolvimento de ações com foco no público materno-infantil e populações em extrema pobreza (30). Nos países em desenvolvimento, dentre as ações ofertadas, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estavam o aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a reidratação oral e a imunização. Além destas foram acrescentadas, em alguns programas, a suplementação alimentar, a alfabetização feminina e o planejamento familiar. Mesmo que estas estratégias tenham demonstrado ser efetivas, a cesta restrita de serviços ofertados por meio da APS seletiva foi criticada pelo fato de que suas ações eram pautadas por critérios de custo-efetividade, não considerando os determinantes que permeiam os contextos de vida das pessoas (31).

No Brasil, em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente desenvolvido nas zonas rurais e periferias urbanas das Regiões Norte e Nordeste, com o objetivo de controlar a epidemia do cólera, de realizar ações de reidratação oral e orientações quanto à vacinação. Com o passar do tempo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram incorporando outras funções como o cadastro dos moradores do território, o diagnóstico da comunidade, o mapeamento de áreas de risco e a promoção de estratégias voltadas para a saúde de mulheres e crianças. Devido ao pacote limitado de ações, este programa era considerado uma forma de APS seletiva (31). A existência do PACS contribuiu para a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), denominado nos dias atuais como Estratégia Saúde da Família (ESF). A princípio esta estratégia tinha como foco o atendimento de pessoas de baixa renda e possuía pouca integração com os demais pontos da

Rede de Atenção à Saúde (RAS), tais fatores faziam com que ela, também, fosse classificada como um tipo de APS seletiva (32, 34). Tanto o PACS, como a ESF são tidos como embriões da primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 (34,35), porém desta vez a Atenção Primária era concebida dentro de uma perspectiva abrangente, em concordância com a concepção ampliada de saúde defendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (29,36). Após esta 1ª (primeira) versão, mais 2 (duas) foram publicadas, uma em 2011 (37) e a outra em 2017 (38), sendo que o texto desta última foi incorporado na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (15).

**Figura 2 - Linha do tempo da Atenção Primária à Saúde brasileira**



Fonte: Elaboração própria, 2020.

No nosso país, as diferenças culturais, econômicas, regionais e políticas contribuem para que coexistam no SUS distintas concepções e práticas de APS implantadas nos mais de 5.000 (cinco mil) municípios (32, 33, 40). Cabe destacar que o governo brasileiro optou por adotar a expressão Atenção Básica no lugar de Atenção Primária para distanciar-se do caráter seletivo e focalizado que era vinculado à segunda e que estavam em desacordo com as proposições formuladas para o nosso sistema público de saúde na época da sua instituição (31), sendo que para a PNAB estes dois termos (Atenção Básica e APS) são considerados



equivalentes (15) Desta forma, o uso da expressão Atenção Básica, pelo governo federal, predominou no Brasil até a publicação do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que reestruturou o Ministério da Saúde (MS) e modificou o nome da unidade responsável pela gestão da política, sendo criada uma Secretaria de Atenção Primária à Saúde (40). Assim, nesta pesquisa será utilizada a denominação Atenção Primária ou Atenção Primária à Saúde (APS), com exceção das referências à PNAB.

De acordo com a referida política, a APS é definida como:

o 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 (15).

Esse nível assistencial é considerado o primeiro ponto da RAS e a principal porta de entrada para acesso a um sistema de saúde (15), fazendo com que a atenção à saúde esteja o mais próximo possível dos locais onde os indivíduos residem e trabalham (41). White, Williams, Greenberg citados por Alfradique *et al.* (42) afirmam que quando a APS apresenta um desempenho eficiente e resolutivo, possui a capacidade de equacionar até 80% (oitenta por cento) dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade.

A atenção à saúde prestada de maneira integral precisa contar com a participação de profissionais de formações diversas atuando em ações compartilhadas (15), promovendo o diálogo entre os distintos núcleos de saberes profissionais (43). Além disso, é essencial que estes trabalhadores se apropriem das muitas dimensões presentes no território em que atuam, visto que elas exercem influência sobre os modos de vida dos seus moradores (44).

A ESF é vista como uma peça importante na proposta de mudança do modelo de atenção à saúde (9). Em julho de 2020, o Brasil possuía 43.369 (quarenta e três mil, trezentos e sessenta e nove) equipes da ESF, sendo que a cobertura populacional estimada para estas equipes, considerando o mesmo período, era de 63,74% (sessenta e três vírgula setenta e quatro

por cento) (45). Tais equipes são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Além desses podem integrá-las o agente de combate a endemias e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Cada equipe possui uma população de 2.000 (2 mil) a 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas sob sua responsabilidade (15).

Apesar da saúde da família ser considerada a estratégia prioritária na APS, a PNAB possibilita a existência de outras configurações como as Equipes de Atenção Primária (eAP), que possuem 2 (duas) modalidades disponíveis. Estas equipes são formadas, minimamente, por médicos e enfermeiros registrados na mesma Unidade de Saúde. O número da população adstrita para as eAP irá depender do tipo de modalidade escolhida pela gestão municipal (15). Alguns autores criticam o modelo das eAP por acreditarem que ele fragmentará o processo de trabalho e fragilizará o vínculo entre os usuários e os profissionais, sendo que este tipo de equipe costuma ser solicitado por alguns gestores de municípios maiores localizados nas Regiões Sul e Sudeste que possuem baixa cobertura da ESF e optam por manter o modelo de APS tradicional (39).

Em 2008, com o objetivo de tornar as ações da Atenção Primária mais abrangentes e resolutivas foi criado o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB), com 3 (três) modalidades diferentes e compostos por profissionais de formações diversas para trabalharem em conjunto com os membros das Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (46). Entretanto, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, alguns normativos que tratam dos parâmetros e custos dos NASF - AB foram revogados (47). Desta forma, a conformação das equipes multiprofissionais não estaria mais associadas ao NASF – AB, ficando a cargo dos gestores municipais a decisão de a qual tipo de equipe manter vinculados estes profissionais, seja nas equipes da ESF, nas eAP, mantê-los registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como equipes NASF

– AB ou registrar os profissionais no CNES do estabelecimento de saúde da Atenção Primária sem associá-los a nenhuma equipe. Além disso, conforme informado por meio da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, a partir de janeiro de 2020, o credenciamento de novas equipes NASF – AB deixou de existir (48).

Como critérios que devem fundamentar os processos de trabalho neste nível de atenção, a APS possui os mesmos princípios e diretrizes do SUS, sendo os princípios: universalidade, equidade e integralidade; e as diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adstrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (15). Alguns desses princípios e diretrizes, também, fazem parte dos atributos da APS elencados por Starfield (49) e descritos a seguir: acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção/cuidado, orientação centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. A presença destes atributos contribui para a construção de práticas que busquem a integralidade da atenção (32). De acordo com Feuerwerker e Capozzolo (50), a integralidade deve ter nas necessidades em saúde dos usuários a referência para a organização do cuidado. Mendes (51) corrobora ao afirmar que a organização do sistema de saúde de uma sociedade deve ser planejada para responder às necessidades de saúde da sua população, demonstrando que os serviços disponibilizados estão em conformidade com a situação de saúde existente em um território. No âmbito da APS, a integralidade pressupõe reconhecer o contexto de vida das pessoas e as relações causais que permitam aproximar os profissionais de saúde dos determinantes envolvidos no processo saúde – doença de uma coletividade (32).

Para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual (49).

A APS brasileira, com sua concepção ampliada e plural, abrange a promoção, prevenção de agravos, proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (52). Tal afirmação é coerente com o que está descrito na PNAB que coloca as ações de PS como parte das atribuições dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária (15).

Tavares, Rocha e Magalhães (17) afirmam que a APS é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde (17), com a possibilidade de inovar nas práticas, com mais atividades coletivas e mais próximas do território e de suas necessidades de saúde (50). Além disso, destaca-se o seu potencial para a construção compartilhada, a formação de vínculos que possibilitem o acompanhamento longitudinal e a compreensão dos modos de viver de cada usuário (50).

Desenvolver estratégias que tenham como objetivo promover saúde são vistas como um desafio. Ainda hoje, tais estratégias acontecem com menor frequência nos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária (2). Cabe ressaltar que a área da saúde não conseguiu propor um modelo que auxilie os profissionais de saúde da APS na operacionalização da PS (21). Considerando a extensão territorial do nosso país e as diversas realidades em que as práticas são desenvolvidas (ambiente rural x urbano, formação dos profissionais e a infraestrutura oferecida para que esses profissionais realizem o seu trabalho), além das diferentes concepções de APS em que elas estão imersas, acreditamos não ser possível propor um modelo único para essa operacionalização.

A formação dos profissionais de saúde é reconhecida como uma questão fundamental na mudança para um novo modelo assistencial (44). Mesmo que o SUS promova discussões sobre a necessidade de incluir na formação dos profissionais de saúde outras questões, sobre o processo saúde – doença, que vão além dos fatores biológicos (50), de acordo com Rabello (2), ainda não há, na formação destes trabalhadores, uma priorização que

contemple as atuações voltadas para a PS. Cecílio e Reis (39) relatam que o SUS enfrenta um duplo desafio, o de construir-se enquanto política pública e o de ter atores que compreendam e atuem nesta política (39). É preciso salientar que o SUS é uma política que abarca várias outras que foram sendo publicadas desde a sua instituição. Desta forma, pode-se dizer que este trabalho de construção da(s) política (s) e de seus atores, como mencionado acima, é algo aplicável à PNAB e à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Uma APS integral e abrangente depende da promoção de políticas públicas intersetoriais que busquem enfrentar os determinantes ambientais, comerciais, econômicos, sociais e contribuam para a promoção da equidade e do direito universal à saúde (30). Para o alcance destes objetivos, é necessário contar com a participação de trabalhadores críticos e capazes de refletir sobre a realidade social (17).

### 3.3 O DISTRITO FEDERAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NESTE TERRITÓRIO: UMA BREVE APRESENTAÇÃO

O Brasil é um país com territórios de distintas realidades, dentre eles está o Distrito Federal (DF), que se configura como uma unidade federativa atípica. De acordo com Szklarowsky (53), o DF agrega funções de Estado e de Município e possui uma organização híbrida e peculiar, o que o torna diferente das demais entidades da federação brasileira. Constituem o seu território, o Plano Piloto de Brasília e mais 32 (trinta e duas) Regiões Administrativas, também conhecidas como cidades satélites, mas que não representam municípios, visto que a Constituição Federal (CF) de 1988 proíbe que essa divisão ocorra. Brasília (a Região Administrativa (RA) I) é a capital da federação brasileira e sede do governo local (11, 54, 55). Dados do último censo demográfico, realizado em 2010, contabilizaram que o DF possuía uma população de 2.570.160 (dois milhões, quinhentos e setenta mil e cento e sessenta) habitantes. A estimativa, para o ano de 2020, é que esse número alcance o total de

3.055.149 (três milhões, cinquenta e cinco mil e cento e quarenta e nove) pessoas, distribuídas em uma unidade territorial de aproximadamente 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) quilômetros quadrados (56). Embora pouco conhecida e em menor número, o DF possui uma população que reside na zona rural, em 2010 esse quantitativo era de 3,4% (três, quatro por cento) do total, o que representava 87.950 (oitenta e sete mil, novecentos e cinquenta) habitantes (57). A distribuição da população do DF, por Regiões Administrativas, com os totais estimados para o ano de 2018 (55), encontra-se na tabela abaixo. O censo demográfico de 2010 e a estimativa populacional para 2020, ambos produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não divulgam a informação do número de habitantes por Regiões Administrativas, por isso está sendo apresentado os totais estimados de habitantes das Regiões Administrativas para o ano de 2018.

**Tabela 1** – Distribuição da população estimada do Distrito Federal, por Regiões Administrativas, em 2018

Regiões Administrativas	Em números	
	absolutos	Em números percentuais (%)
RA I - Brasília/Plano Piloto	250.128	8,42
RA II - Gama	156.321	5,26
RA III - Taguatinga	239.315	8,05
RA IV - Brazlândia	65.814	2,21
RA V - Sobradinho	89.935	3,03
RA VI - Planaltina	195.027	6,56
RA VII - Paranoá	62.510	2,10
RA VIII - Núcleo Bandeirante	28.698	0,97
RA IX - Ceilândia*	461.057	15,51
RA X - Guará	126.829	4,27
RA XI - Cruzeiro	41.457	1,39
RA XII - Samambaia	226.355	7,62
RA XIII - Santa Maria	133.905	4,51
RA XIV - São Sebastião	95.199	3,20
RA XV - Recanto das Emas	141.218	4,75
RA XVI - Lago Sul	36.673	1,23
RA XVII - Riacho Fundo	41.347	1,39
RA XVIII - Lago Norte	39.152	1,32
RA XIX - Candangolândia	18.444	0,62
RA XX - Águas Claras**	117.834	3,96
RA XXI - Riacho Fundo II	40.694	1,37

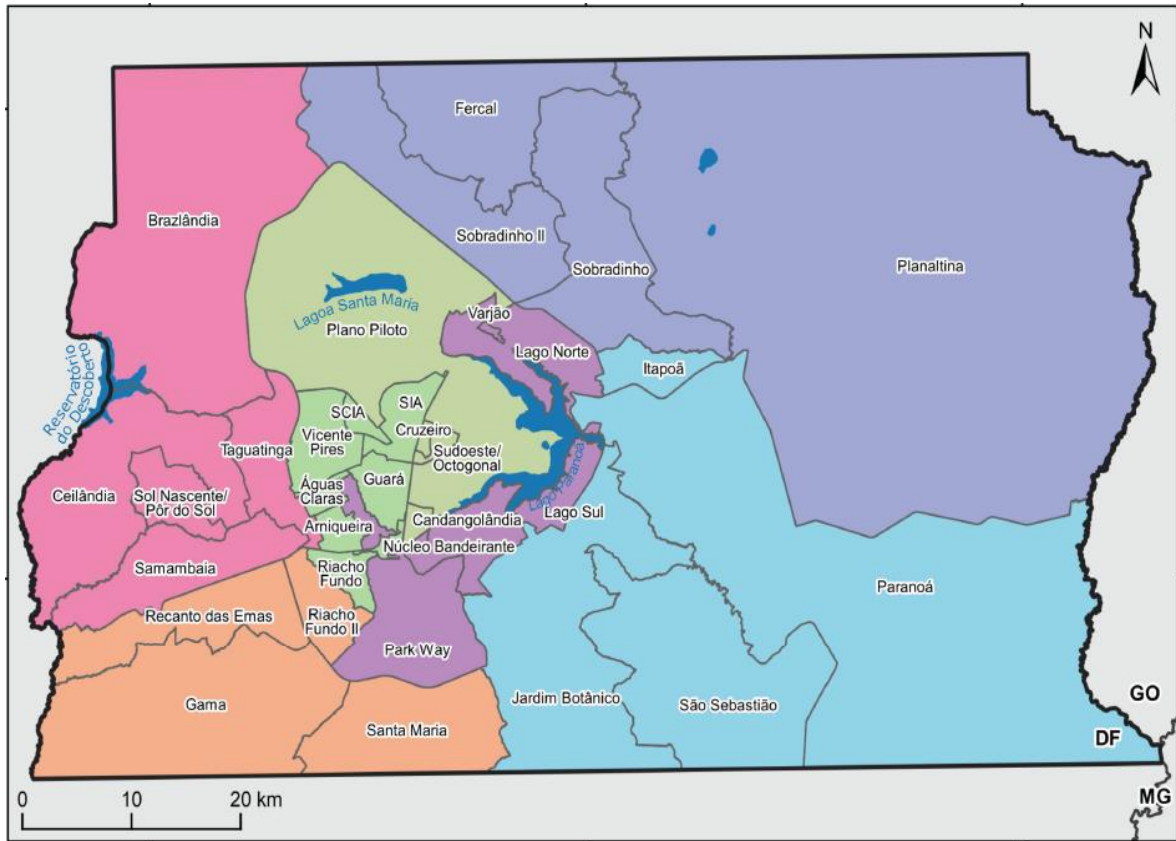
RA XXII - Sudoeste/Octogonal	59.117	1,99
RA XXIII - Varjão	10.385	0,35
RA XXIV - Park Way	23.064	0,78
RA XXV - SCIA (Estrutural)	33.494	1,13
RA XXVI - Sobradinho II	83.713	2,82
RA XXVII - Jardim Botânico	23.385	0,79
RA XXVIII - Itapoã	50.073	1,68
RA XXIX – SAI	2.772	0,09
RA XXX - Vicente Pires	68.240	2,30
RA XXXI - Fercal	10.054	0,34
Distrito Federal	2.972.209	100

Fonte: SES/DF, 2019 (55).

\* A população da RA XXXII - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada em 2019, era contabilizada junto com a população da RA IX – Ceilândia (55).

\*\* A população da RA XXXIII - Arniqueira, criada em 2019, era contabilizada junto com a população da RA XX - Águas Claras (55).

**Figura 3** – Mapa do Distrito Federal com as 33 (trinta e três) Regiões Administrativas



Fonte: CODEPLAN, 2020 (58).

No âmbito da saúde, as Regiões Administrativas do DF estão divididas e organizadas em 7 (sete) Regiões de Saúde, sendo elas: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste (55). A imagem a seguir mostra estas Regiões de Saúde no mapa do DF.



**Figura 4 – Mapa do DF dividido por Regiões de Saúde (\*) (\*\*)**



Fonte: SES/DF, 2019 (55).

(\*) A RA XXXII - Sol Nascente/Pôr do Sol, criada em 2019, fazia parte da RA IX – Ceilândia (55).

(\*\*) A RA XXXIII - Arniqueira, criada em 2019, fazia parte da RA XX - Águas Claras (55).

A organização híbrida do DF reflete em seu sistema de saúde. Diferente das demais unidades da federação que possuem Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, neste território as atribuições, no que diz respeito a este setor, são de competência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) (59).

Nos anos 1960, quando Brasília foi inaugurada, havia uma separação, no Brasil, entre as práticas curativas e as preventivas, bem como entre a assistência individual e a coletiva. Além disso, existia no país uma tendência à especialização do trabalho médico e a procura por novas tecnologias. Tais características são consideradas como dificultadores que, posteriormente, viriam a influenciar na formulação e execução de uma política de Atenção Primária à Saúde (APS) no DF (60). Nesse período foi desenvolvido o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar para o Distrito Federal (61), em 1960, conhecido como Plano Bandeira de Mello, e o Plano de Assistência à Saúde, em 1979 (62, 63). Este último, também, conhecido como Plano Jofran Frejat tinha como base o National Health System (NHS) do Reino Unido e

as ideias defendidas pela Declaração de Alma-Ata (1978), sendo a APS vista como uma estratégia para a ampliação da cobertura e do acesso da população à rede de saúde (62, 63). O Plano objetivava reduzir os altos custos com a atenção hospitalar e modificar o modelo assistencial com enfoque nas ações individuais e curativas, que apresentava baixa resolutividade diante dos problemas sanitários existentes, sendo apoiado em princípios que permitissem tirar o foco da doença passando a direcioná-lo para a saúde e a utilização das vigilâncias sanitária e epidemiológica na realização do trabalho junto às comunidades, que deveria levar em conta as necessidades dos indivíduos (62). O atendimento à população era prestado em Postos e Centros de Saúde localizados em áreas rurais e urbanas, respectivamente (63), por meio da oferta de cuidados primários em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia para cada 30.000 (trinta mil) pessoas (60).

Outras iniciativas tidas como sementes da Atenção Primária no DF foram a experiência realizada por uma Unidade de Saúde de Planaltina em parceria com o Grupo de Integração Comunitária, no período de 1974 a 1978, que consistia na prestação de cuidados médicos, sociais e de enfermagem para moradores de áreas rurais por meio de equipes multiprofissionais (60) e a experiência da Unidade Integral de Saúde de Sobradinho (UISS) implementada, no período de 1966 a 1980 (62), por meio de uma parceria entre a SES/DF, a Universidade de Brasília (UnB) e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, em que a UISS tornou-se um espaço de aprendizado para a formação dos profissionais de saúde da UnB. As atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no hospital e na comunidade eram coordenadas pelos professores universitários e pelos profissionais da assistência. Dentre as atividades realizadas, que depois foram expandidas para a Região Administrativa de Planaltina, incluem-se as ações de Promoção e prevenção, assim como o tratamento e a reabilitação destinados para uma população adstrita (62).

De acordo com Göttems (62), os investimentos na infraestrutura física, realizados pelo Plano Jofran Frejat, trouxeram avanços na assistência primária, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto, a formação dos profissionais foi considerada uma limitação para o desenvolvimento do plano proposto, tendo em vista que, além do modelo predominante com enfoque biomédico e hospitalocêntrico, a categoria médica fazia oposição ao referido plano, dificultando a provisão de médicos nos Centros de Saúde. Acrescenta-se a estes fatores a reduzida participação da sociedade na apresentação das demandas, a gestão centralizada e o aumento da população do DF, incentivada por uma política habitacional que promovia a distribuição de lotes. Este fluxo migratório elevado inviabilizava que os Centros de Saúde atingissem 100% (cem por cento) de cobertura populacional, o que reforçava a ideia de que os hospitais eram os principais locais para oferta da assistência à saúde (62).

Desde 1994 quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), a política de Atenção Primária no DF teve várias propostas de mudanças na sua forma de organização (63), com iniciativas descontinuadas, sem articulação com os serviços de média e alta complexidade e com baixa oferta de capacitação para os profissionais da APS, devido à necessidade de garantir a retaguarda da assistência hospitalar (64). Os cursos de Residência oferecidos tinham como público-alvo, a formação de médicos especialistas para atuarem no ambiente hospitalar. Apenas nos últimos anos, passaram a ser ofertados modalidades de Residência para outros profissionais de saúde e especialidades médicas voltadas para a APS (60). Assim, a partir de meados dos anos 1990, a implantação da ESF passou por diferentes configurações que eram modificadas com as trocas na gestão do Governo do DF (62).

Em 1997, com o objetivo de organizar a Atenção Primária, foi implantado o Programa Saúde em Casa (PSC) (60, 62). As ações e serviços seriam prestados por Equipes de Saúde da Família que atuavam, em casas alugadas, nas comunidades. O aluguel das casas e a

contratação dos profissionais era realizado por uma Organização Não Governamental, o Instituto Candango de Solidariedade (ICS) (62). Um estudo realizado com o objetivo de avaliar os efeitos da implementação da ESF no Brasil, apontou que dentre as 5 (cinco) capitais brasileiras mais populosas, Brasília foi a primeira a apresentar uma grande cobertura de pessoas cadastradas por meio do PSC, em 1998 (34). Embora tenha alcançado 70% (setenta por cento) de cobertura populacional (62), após a criação do mencionado programa, a Atenção Primária passou a contar com 2 (duas) estruturas diferentes na prestação dos atendimentos, uma vinculada ao modelo tradicional dos Centros e Postos de Saúde e outra executada pelas Equipes de Saúde da Família do PSC (60). Além disso, a remuneração dos profissionais do PSC era maior do que a dos servidores da SES/DF, o que fez com que o Programa fosse alvo de questionamentos por parte dos movimentos sindicais de enfermeiros, médicos e profissionais de carreira daquele órgão. Após a eleição que resultou na mudança do governo local, em 1999, houve a interrupção do convênio com o ICS, o PSC foi extinto e todos os seus trabalhadores foram demitidos (62).

A partir de 1999, o Governo Distrital decidiu implantar o Programa Saúde da Família (PSF) em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo MS. As equipes atuavam nos Centros de Saúde, sendo que os profissionais da SES/DF eram estimulados a aderirem ao programa por meio do repasse de incentivos financeiros. Entretanto, devido às dificuldades para a formação das equipes foi celebrado um novo convênio com o ICS para a contratação dos profissionais e, também, para o aluguel dos imóveis, assim como havia sido feito na época do PSC. Apesar destes pontos em comum com o programa anterior, o PSF evoluiu com redução no número de equipes e de cobertura populacional (62).

Uma nova tentativa de alterar o modelo assistencial, tendo como referência a ESF, foi apresentada em 2004, com o nome de Programa Família Saudável (PFS), implantada por meio da parceria com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, a Fundação

Zerbini. Um dos objetivos deste programa era desenvolver a ESF, porém, com adaptações à realidade do DF. No primeiro ano da sua implantação, o PFS atingiu 56% (cinquenta e seis por cento) de cobertura da população, mas esse número passou a declinar nos anos seguintes (62).

Em 2007, a expressão PFS foi sendo, aos poucos, substituída por ESF. A SES/DF assumiu a gestão da estratégia e os profissionais passaram a ser convocados dentre os aprovados em concurso público, não havendo mais a contratação por intermédio das organizações citadas neste capítulo. No entanto, alguns profissionais desistiam de tomar posse quando sabiam que seriam direcionados para a ESF, causando um déficit no quantitativo de trabalhadores para a APS (62).

Com exceção da última proposta e do Plano Jofran Frejat (1979), as demais tentaram desenvolver modelos, onde foi criado um sistema adjunto ao serviço público, que ao invés de promover o fortalecimento da APS, contribuiu para que a mesma fosse vista como algo provisório, com limitada capacidade resolutiva e de reduzida articulação com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (62). Esta fragilidade presente na rede assistencial foi abordada por um estudo que teve como objetivo verificar a demanda por serviços de Média Complexidade e sua relação com a Atenção Primária no DF e em municípios goianos localizados próximos à Brasília, onde demonstrou-se que as ações de APS, nos hospitais pesquisados, foram consideradas altas, sendo que em alguns deles a produção referente à Atenção Primária representou um quantitativo superior que as de Média Complexidade. As principais queixas dos usuários estavam relacionadas a afecções leves passíveis de serem solucionadas na APS. A partir destas constatações os autores do estudo relataram que a oferta de ações semelhantes em estabelecimentos de níveis assistenciais distintos (Hospitais e Centros de Saúde) aponta para uma organização incipiente da Atenção Primária no DF e nos municípios de Goiás participantes da pesquisa, reforçando o predomínio do modelo hospitalocêntrico e diminuindo a equidade no acesso da população ao sistema de saúde (65). Além disso, o

financiamento destinado à Atenção Primária, no intervalo de tempo entre 2004 e 2015, foi considerado insuficiente por uma pesquisa que analisou o comportamento dos gastos com este nível assistencial no DF. De acordo com o estudo, durante o período em questão, as despesas com Atenção Primária no DF foram equivalentes a menos da metade da média nacional. Apesar do DF ter tido uma elevação com os gastos em saúde, o mesmo não ocorreu com a APS, visto que o quantitativo aplicado em 2014 representou 88,58% (oitenta e oito vírgula cinquenta e oito por cento) do que havia sido desembolsado em 2005. Já com a atenção hospitalar e ambulatorial, o cenário foi o oposto, havendo um aumento de 65,38% (sessenta e cinco vírgula trinta e oito por cento), quando comparado o ano de 2005 com 2014. As situações relatadas apontam para uma divergência entre o discurso de qualificação da APS e o investimento realizado (64).

Mesmo com as várias tentativas de reorganização da APS, perpetuou-se ao longo dos anos a coexistência de 2 (dois) modelos distintos, um conhecido como modelo tradicional cujo processo de trabalho era organizado por meio de agendas programadas e serviços que contemplavam algumas especialidades médicas, com predomínio no Plano Piloto e em algumas Regiões Administrativas, e a ESF com atuação na maioria das Regiões Administrativas mais vulneráveis (63, 66).

Os Centros e Postos de Saúde do modelo tradicional possuíam diferentes arranjos organizativos e estruturas de funcionamento que eram moldados de acordo com os perfis dos seus profissionais. As ações não consideravam em seu planejamento as necessidades de cada comunidade, produzindo uma assistência à saúde fragmentada, com reduzido espaço para as práticas de enfermagem e de outros profissionais de saúde e desvinculadas dos atributos da ESF (66). Em alguns desses estabelecimentos existia uma Equipe de Saúde da Família, esse fato fazia com que a remuneração de todos os servidores lotados na unidade fosse acrescida em 30% (trinta por cento), independente de trabalharem ou não conforme preconizado pela ESF (59).

Além disso, alguns serviços prestados não eram referentes à Atenção Primária, visto que no DF parte dos ambulatórios de especialidades estavam localizados nos Centros e Postos de Saúde (59, 66).

A cobertura da ESF, em fevereiro de 2016, era de 28,16% (vinte e oito vírgula dezesseis por cento) (67), uma das menores do país (59). A população via nas emergências hospitalares a principal porta de acesso à RAS que contava com uma força de trabalho reduzida para o atendimento das demandas de saúde, uma atenção secundária e um sistema regulador desorganizados, modelo ultrapassado de gestão e a baixa resolutividade da APS que causava inúmeros e desnecessários encaminhamentos (59,68).

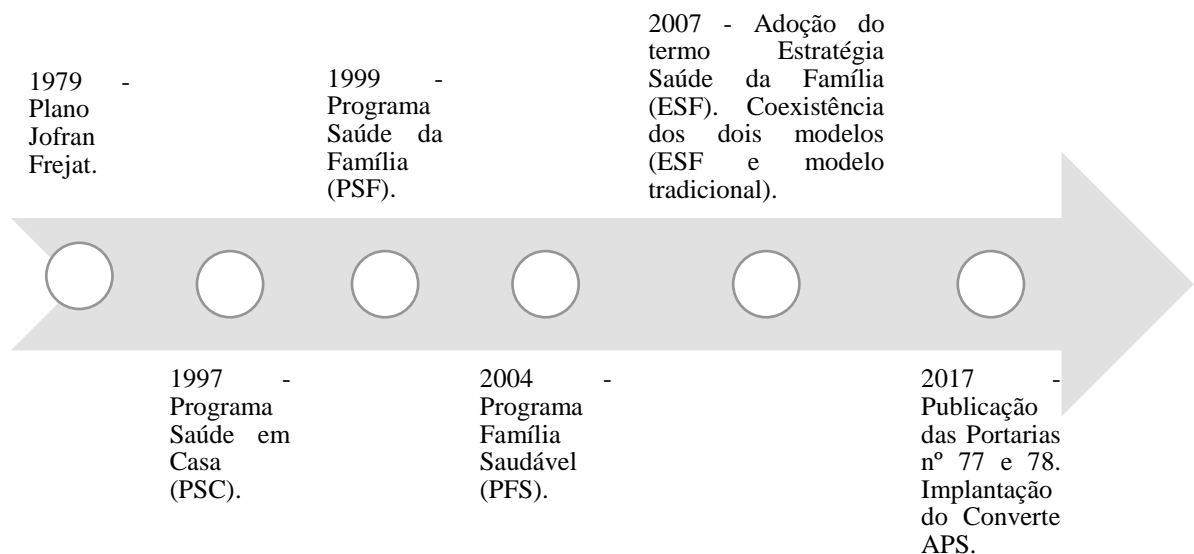
No período de 2016 a 2018, o DF estabeleceu algumas medidas para a conversão, definitiva, da ESF como forma de organização da Atenção Primária (66). Tais medidas incluíam a reconfiguração do processo de trabalho, a contratação e o aprimoramento dos profissionais e a ampliação dos dias e horários de funcionamento das UBS (63). Desta maneira, foi criado o Converte ou Converte APS, programa que tinha como objetivo converter todos os modelos de Atenção Primária existentes no DF em ESF (59).

Para a implantação do Converte APS era necessário qualificar os trabalhadores que atuavam no modelo tradicional (59). Aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que quiseram aderir ao referido programa foi oferecido uma capacitação com carga horária de 220 (duzentas e vinte) horas, que eram obrigatórias para os 2 (dois) primeiros, sendo que os médicos deveriam realizar, também, ao final da capacitação uma avaliação escrita (66). Os profissionais que decidiram não aderir ao Converte APS foram redistribuídos para outros pontos da RAS (59).

Foram publicadas, em 14 de fevereiro de 2017, 2 (duas) Portarias que tratam sobre as modificações na APS, a Portaria nº 77, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (69), e a Portaria nº 78, que regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, para

disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família (70). De acordo com a Portaria nº 77, as Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal deverão ser responsáveis por um território com até 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo constituídas por 1 (um) Médico de Família e Comunidade com 40 (quarenta) horas, 1 (um) Enfermeiro com 40 (quarenta) horas, Técnicos de Enfermagem com 40 (quarenta) a 80 (oitenta) horas (sendo no mínimo 1 (um) profissional de 40 (quarenta) horas) e até 6 (seis) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (69).

**Figura 5 -** Trajetória da Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal



Fonte: Elaboração própria, 2020.

De acordo com dados do MS, em julho de 2020, o DF possuía 176 (cento e setenta e seis) UBS, 544 (quinhentos e quarenta e quatro) Equipes de Saúde da Família e 62,24% (sessenta e dois vírgula vinte e quatro por cento) de cobertura populacional pela ESF (71). Segundo Côrrea *et al.* (66), no DF a quantidade de ACS disponíveis é uma questão que limita a constituição de outras equipes da ESF. Associado a isto, é observada uma dificuldade para a manutenção dos demais profissionais nas equipes, principalmente os médicos, o que provoca



alterações nos percentuais de cobertura (66). A expectativa do Plano Distrital de Saúde (2020/2023) é ampliar para 81% (oitenta e um por cento), em 2023, a cobertura populacional estimada pelas equipes da ESF (55).

Cabe destacar que com a conversão do modelo, as unidades da SES/DF podem ser campos de estágios para as instituições formadoras de profissionais de saúde, possibilitando a aproximação dos estudantes com o processo de trabalho na APS, algo considerado importante tendo em vista que um dos fatores para a manutenção do novo modelo dependerá da sua apropriação pelos profissionais de saúde e, também, pelos usuários do sistema (66).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

A primeira etapa deste estudo consistiu de uma revisão de literatura, onde foi realizada uma pesquisa com o intuito de captar publicações a respeito do tema, em livros, normativos, documentos disponibilizados em endereços eletrônicos do governo federal e do governo do Distrito Federal (DF) e artigos publicados nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Durante a busca foram utilizados os descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Estratégia Saúde da Família, Distrito Federal e Brasília.

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caráter qualitativo e exploratório. Segundo Piovesan e Temporini, as pesquisas exploratórias buscam se aproximar do objeto de estudo, dos seus significados, do contexto no qual se desenvolve e propicia a formulação de hipóteses (28).

As investigações qualitativas têm como foco principal o ser humano, análises como estas objetivam compreender a complexidade do comportamento dos sujeitos que são influenciados por fatores como a hereditariedade, o meio em que habitam, as vontades, os desejos, os impulsos, as memórias e a própria consciência (72). Minayo corrobora com a afirmação anteriormente descrita ao relatar que o método qualitativo apresenta como possibilidades de estudo a história, as percepções, as opiniões, as crenças, as representações e as leituras que os humanos fazem de todos os cenários em que vivem e das interações que constroem, sendo que as pesquisas de cunho qualitativo se adequam melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados e para análises de discurso e documentos. Com a aplicação deste método é possível reconhecer processos sociais, não tão evidentes, sobre determinados estratos da sociedade, além de contribuir para a geração de hipóteses e o surgimento de novos conhecimentos e categorias a respeito do fenômeno pesquisado (73). Aprofundando ainda mais o debate sobre este tipo de abordagem, a referida autora define

pesquisa social em saúde como sendo todas aquelas que abordam o processo saúde-doença e a forma como este é percebido e conduzido pelas instituições formuladoras de políticas públicas, serviços assistenciais, profissionais que trabalham no setor e usuários do sistema de saúde (73).

Nas investigações sobre saúde, faz-se necessário considerar o papel relevante da cultura existente na produção das formas de pensar, agir e de se expressar de um grupo de pessoas, visto que a posição ocupada por um indivíduo dentro de alguma esfera da sociedade moldará a maneira como o mesmo irá se posicionar diante dos acontecimentos vividos (73). Desta forma, o uso da metodologia qualitativa na área da saúde não pretende apenas compreender o objeto proposto, mas o significado e os sentidos individuais e coletivos que este carrega em si, pois, a importância deste objeto influenciará na organização dos modos de viver de uma população, assim como nos cuidados com a própria saúde (74). Os significados atribuídos às vivências, fatos, eventos, ideias, sentimentos, fenômenos e manifestações têm um papel organizador para os sujeitos e são culturalmente compartilhados pelos grupos sociais que se constituem em torno destes simbolismos e destas representações (74).

A construção teórica e prática sobre saúde e doença faz parte de um processo dinâmico permeado por histórias intermediadas pela participação da sociedade, de instituições, serviços e organizações. Nesta construção, os intelectuais, técnicos do setor e os cidadãos atuam como autores e atores. Assim, na área da saúde com a complexidade dos fenômenos estudados, o setor biomédico não pode ignorar a problemática social presente nas condições, situações e modos de vida dos indivíduos (73).

A carga cultural, histórica e política contidas nas categorias da saúde e da doença é algo que não pode ser apresentado em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico como é feito pelas pesquisas quantitativas. Cabe ressaltar que ao incluir o social e o subjetivo como objetos de estudo, a área da saúde não se torna menos científica, ela apenas busca se apropriar de outros contornos existentes na realidade pesquisada (73).

Uma das características da abordagem qualitativa trata-se da não generalização dos resultados, visto que a mesma não pretende encontrar resultados que sejam universais para uma determinada população e que possam ser comparados com outras (75). Assim como não é o objetivo deste tipo de estudo elencar ou mensurar a ocorrência de certos comportamentos na vida das pessoas (74). Para estes, o rigor na interpretação e análise dos resultados e a sua contextualização teórica é que garantem a cientificidade da pesquisa (76).

Outro aspecto importante da metodologia qualitativa diz respeito ao papel do pesquisador, ele não é visto como um ser humano genérico e sim como um ser social (77) que tem uma função essencial na discussão e interpretação da investigação (44). Desta maneira, ele é considerado um dos instrumentos da pesquisa. As análises que realiza são influenciadas pelo local sócio-histórico em que está situado (77), por seus valores e por sua visão de mundo (44).

No decorrer do processo de pesquisa, o investigador é submetido a novos aprendizados. Situação semelhante pode ocorrer, também, com o entrevistado que tem a possibilidade de refletir, aprender e ressignificar-se por meio da participação no estudo (77).

Mínayo denomina de “criatividade do pesquisador” um conjunto que contempla as suas experiências, seus interesses, sua memória, sua capacidade de condução e apresentação das análises e as suas reflexões teóricas. Em trabalhos distintos, esta criatividade é capaz de produzir resultados diferentes mesmo que os objetos e as hipóteses sejam iguais (73).

Ao investigador qualitativista, mais do que conhecer o que o sujeito entende por determinado fato ou evento, importa compreender como esse processo é vivenciado por esse indivíduo e seus pares e como os significados de um conceito ou de uma experiência são transformados em ações (44). Para o alcance destes objetivos, um dos elementos essenciais da abordagem qualitativa são as palavras, pronunciadas por meio das falas, que possuem a capacidade de transmitir os acontecimentos inerentes a um certo momento da história de uma sociedade e também por possibilitarem ao investigador uma aproximação com o fenômeno

estudado. Uma pesquisa qualitativa em sua completude deve permitir a interpretação do conteúdo daquilo que foi dito para conseguir captar os verdadeiros significados e sentidos que aquela mensagem representa para os indivíduos e dentro da realidade social onde foi produzida (78).

No âmbito desta pesquisa, as falas podem possibilitar a compreensão das práticas de Promoção da Saúde (PS) realizadas, os facilitadores e dificultadores existentes para a realização das mesmas, as sugestões para o fortalecimento da Promoção na APS e as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária do DF a respeito da PS.

De acordo com Chauí, a percepção é uma forma de conhecimento e também de comunicação que nós, enquanto sujeitos, estabelecemos com os outros seres humanos, com as coisas e o mundo que nos cerca. Está relacionada à vida social e às nossas experiências, de modo que o mundo percebido passa a ser carregado de sentidos e significados, a partir das histórias pessoais, da personalidade e das afetividades de cada indivíduo. A autora utiliza o termo campo perceptivo para abordar esta relação entre as pessoas e os ambientes em que vivem, sendo que o mundo é percebido por uma ótica que pode ser qualitativa, afetiva e valorativa. Essas diferentes leituras de mundo que a percepção nos permite ter, faz com que julgemos algo como positivo ou negativo, assim como as regras e valores existentes em uma sociedade podem não fazer sentido para outra. A percepção é vista como uma capacidade que orienta as nossas ações no cotidiano e a maneira como reagimos e interagimos com o mundo e com as demais pessoas (79).

A aplicação desta pesquisa ocorreu em 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fazem parte da Região Norte de Saúde do DF. Uma delas está localizada na área urbana, trata-se de uma Unidade Básica, onde os profissionais não são organizados em Equipes de Saúde da Família e as ações são voltadas para a PS e para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Apesar desta última característica ser um possível viés do

estudo, ao mesmo tempo julgou-se pertinente incluí-la pelo perfil dos atendimentos prestados, pelo tempo de funcionamento na rede de saúde do DF e pelo fato de integrar a mesma região de saúde que as outras unidades. Além disso, a referida unidade é um polo similar do Programa Academia da Saúde credenciado pelo Ministério da Saúde (MS) e que por ser a área em que a autora atua neste órgão já havia uma proximidade com este estabelecimento, o que também influenciou na sua escolha. As outras 2 (duas) são UBS tradicionais, sendo que cada uma possui 1 (uma) Equipe de Saúde da Família, e estão localizadas na zona rural de 2 (duas) Regiões Administrativas diferentes do DF. Mesmo que o território rural do DF seja menor do que o urbano e possua um número reduzido de pessoas residentes, a existência da Atenção Primária neste ambiente justifica a necessidade de compreender as percepções sobre a PS dos sujeitos que atuam nas Unidades Básicas que são os únicos serviços de saúde presentes nestes espaços e contribuem tanto para o acesso do usuário ao sistema, como são campos de formação para profissionais de saúde.

Segundo alguns autores, a APS representa um campo de forças, onde existe o desenvolvimento de práticas e a aplicação de conhecimentos (80). Tendo em vista o caráter multiprofissional e o fato de agregar indivíduos com formações diversas, onde se espera que existam trocas de saberes e considerando que os sujeitos se estabelecem no convívio com os demais seres humanos, os entrevistados que participaram deste estudo são profissionais de saúde de nível médio e superior que desempenham as suas atividades nas mencionadas unidades da Atenção Primária do DF. No total 12 (doze) profissionais fizeram parte do estudo. Nas unidades que possuem Equipes de Saúde da Família optou-se por entrevistar 1 (um) Técnico de Enfermagem, 1 Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 3 (três) profissionais de nível superior, sendo que 1 (um) deles era residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) da Escola de Governo Fiocruz (EGF) Brasília. Em uma das unidades foi possível contatar e entrevistar todos os

profissionais selecionados, na outra 1 (um) dos profissionais de nível superior estava trabalhando de forma remota e não foi possível agendar um horário para realizar a entrevista. Na 3ª (terceira) unidade, que não possui Equipe de Saúde da Família, optou-se por entrevistar 2 (dois) profissionais de nível superior e 1 (um) Técnico de Enfermagem, visto que no momento da realização das entrevistas não existiam ACS e profissionais residentes vinculados a este estabelecimento.

Para a coleta dos dados com estes profissionais foi utilizada a entrevista semiestruturada. Esta técnica consiste na combinação de questões abertas e fechadas, onde além dos questionamentos feitos pelo entrevistador, é permitido aos entrevistados falarem a respeito do tema abordado no estudo, sobretudo pela possibilidade que estes podem trazer novos assuntos e conteúdos que são relevantes para a construção da pesquisa. No decorrer da entrevista, o pesquisador utiliza um roteiro com o objetivo de orientá-lo na condução das questões. Entrevistas são tidas como conversas que possuem uma finalidade, ou seja, permitir o levantamento de informações referentes ao objeto pesquisado, contribuindo assim para o alcance dos objetivos propostos. De modo que os entrevistados consigam expressar as suas opiniões, percepções, ideias, crenças e os seus posicionamentos a respeito da realidade vivenciada, fatores que estão dentro do mundo subjetivo de cada participante e que para se tornarem conhecidos precisam ser transformados em mensagens faladas, sendo importante que nesta comunicação o interlocutor compreenda o cenário histórico, cultural e social em que a mesma é produzida (73). Além das perguntas referentes ao objeto de pesquisa, com o intuito de captar informações que permitissem fazer uma caracterização dos profissionais de saúde, os entrevistados, também, foram questionados sobre a formação, tempo de formado, tipo de instituição em que concluiu a formação (pública ou privada), tempo de atuação na APS e na UBS em que se encontrava no momento da entrevista, se realizou alguma especialização ou residência em saúde pública ou saúde da família e qual o vínculo do profissional com a unidade.

Conforme disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (81), as entrevistas foram iniciadas após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Fundação Oswaldo Cruz/Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do DF, sob o número CAAE 26398719.0.3001.5553. A garantia da preservação do anonimato foi assegurada aos participantes e os mesmos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um Termo de autorização para utilização do som da voz onde concordaram em participar do presente estudo.

As entrevistas totalizaram 7 (sete) horas, 34 (trinta e quatro) minutos e 57 (cinquenta e sete) segundos e foram realizadas no período de março a junho de 2020. Considerando que o início das mesmas coincidiu com o início da pandemia do novo Coronavírus no Brasil, apenas a 1ª (primeira) entrevista foi feita presencialmente, as demais foram previamente agendadas e realizadas por telefone, todas elas foram gravadas e depois transcritas, em sua integralidade, para a análise. O roteiro das entrevistas está disponível no APÊNDICE A.

A fase de análise dos dados busca compreender o que foi produzido, confirmar ou negar os pressupostos da investigação e ampliar o entendimento sobre a realidade pesquisada, indo além do que está visível no objeto de estudo (82). Nesta pesquisa, para o tratamento dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo.

De acordo com Bardin (83), a Análise de Conteúdo trata-se de:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (83).

Conforme dito no texto acima, esta modalidade de pesquisa tem como base a inferência, que deve ser realizada por meio da seleção de indicadores de frequência. Nos estudos qualitativos, a presença ou a ausência de uma característica ou de um grupo de características



contidas em um fragmento da mensagem é que deve ser observado no decorrer da análise do material. Cabe destacar que a metodologia qualitativa não rejeita todo e qualquer tipo de quantificação. No processo de análise, os índices são retidos de forma não frequencial, sendo possível ao investigador, caso necessário, utilizar testes quantitativos. Em resumo, o que representa a pesquisa qualitativa é o fato de que as inferências (sempre que são realizadas) são fundamentadas na presença ou ausência de determinados índices (temas, palavras, frases, etc) e não na frequência da ocorrência dos mesmos em cada mensagem individual (83).

A Análise de Conteúdo objetiva compreender o que está escondido nas palavras sobre as quais se debruça e quais outras realidades é possível descobrir. Ao lapidar o conteúdo que foi enunciado o analista pode conhecer sobre o emissor da mensagem e o meio em que vive. Na busca pela interpretação, esta modalidade perpassa por 2 (dois) polos, o rigor da objetividade e a riqueza da subjetividade, devendo o pesquisador questionar se o que ele julga ver está mesmo descrito no material e pode ser compartilhado por outras pessoas (83).

A técnica de Análise de Conteúdo parte de uma verificação, por meio da leitura, de primeiro plano das falas, para alcançar um nível mais profundo e ultrapassar os sentidos manifestos das mensagens (73). Assim, é importante considerar o contexto das análises, indo além dos aspectos superficiais e/ou manifestos das informações coletadas (84). Triviños citado por Mozzato e Grzybovski (p. 736) (84) corrobora com a afirmação anterior ao defender a necessidade de desvendar, também, os conteúdos latentes das comunicações produzidas.

Dentre as Análises de Conteúdo, a temática é a que mais se adequa às pesquisas qualitativas em saúde. A construção deste tipo de análise tem como intuito reconhecer os núcleos de sentido de um discurso, cuja presença ou frequência com que um termo aparece nas falas apresenta implicações para o objeto estudado (73). A Análise Temática é dividida em 3 (três) etapas que serão apresentadas a seguir.

A 1ª (primeira) delas diz respeito à pré-análise, que parte da seleção do material, sendo importante revisitar a pergunta de pesquisa e os objetivos iniciais. Além disso, é realizada uma leitura flutuante e exaustiva do material. Nesta fase, as hipóteses iniciais, as novas hipóteses e as teorias relacionadas ao objeto tornarão a leitura mais sugestiva, sendo elaborado alguns indicadores que contribuam na apreensão e interpretação das mensagens. Com a realização destes passos pode ocorrer a necessidade de reformular as hipóteses e de traçar outros caminhos para a investigação, diante dos questionamentos e apontamentos que podem surgir. Cabe ressaltar o cuidado que se deve ter para que não aconteça simplesmente a exposição das falas dos entrevistados acrescidas de comentários do investigador ou uma insensibilidade aos achados advindos da pesquisa de campo (73).

A 2ª (segunda) etapa refere-se à exploração do material que objetiva estabelecer o núcleo de compreensão do texto. Neste momento, o texto é recortado em unidades de registro que podem ser palavras, frases ou temas, considerados como relevantes durante a pré-análise (73). O tema diz respeito a uma afirmação sobre determinado assunto, pode ser representado por uma palavra, uma frase ou resumo (73), sendo considerado a unidade de significação que, naturalmente, se liberta durante a análise de um texto, segundo alguns critérios relacionados às teorias que serviram de base para a leitura (83). Enquanto unidades de registro, o tema, geralmente, é utilizado no estudo de opiniões, motivações, tendências, valores, atitudes e crenças (83). A escolha deste ou daquele tema parte do próprio pesquisador, é uma decisão que é mediada pelos objetivos do estudo, pela leitura dos materiais coletados, pelas teorias norteadoras e, também, pelas teorias pessoais e intuitivas do investigador (85).

Após esta etapa de recorte do material em temas/unidades de registro, o analista escolherá as regras de contagem (enumeração), tendo em vista que a compreensão das mensagens é produzida por meio de codificações e elaborações de índices. Em seguida, realiza-se a classificação e agregação dos dados em categorias empíricas ou analíticas (73).

A categorização é uma tarefa de classificação de elementos integrantes de um conjunto, por diferenciação e, depois por reagrupamento com base em critérios previamente estabelecidos. As categorias são reunidas em um grupo de elementos (a exemplo dos temas/unidades de registro), sob um título genérico, por meio dos caracteres em comum que esses elementos possuam uns com os outros (83). Existem 2 (dois) tipos de categorias: as analíticas, geralmente construídas desde o início da pesquisa, e as categorias empíricas, elaboradas a partir do trabalho de campo e expressam as relações e representações específicas do grupo estudado (73). Bardin destaca que são características de qualidade das categorias: a homogeneidade, a exclusividade, a exaustividade, a objetividade e a pertinência (83).

Estes 3 (três) momentos apresentados (recorte, enumeração e categorização) que fazem parte da 2ª (segunda) etapa da Análise Temática é conhecido como codificação, esta representa o processo onde os dados brutos são convertidos e agregados em unidades, permitindo uma descrição das características das comunicações (83).

Na 3ª (terceira) e última etapa, que diz respeito ao tratamento das informações, os resultados brutos são submetidos a operações matemáticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial), onde o investigador fará inferências e interpretações, correlacionando os achados do material com o referencial teórico do estudo, assim como o surgimento de outros temas e indagações podem exigir a necessidade de novos aportes teóricos ao trabalho (73).

Desta maneira, a trajetória analítica busca tornar possível a objetivação do conhecimento que possui como matéria prima os valores, as opiniões, as representações e as ações humanas e sociais vistos sob a perspectiva de determinados atores da sociedade (86). No caso desta pesquisa, as percepções a respeito da PS pelos profissionais de saúde da Atenção Primária do DF.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de abordar sobre as categorias empíricas, serão apresentadas algumas variáveis referentes à caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa.

**Tabela 2** - Caracterização dos participantes da pesquisa

<b>Variáveis</b>	<b>Números absolutos (n=12)</b>	<b>Percentuais (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	7	58,3
Masculino	5	41,7
<b>Profissão</b>		
Médico	3	25,0
Enfermeiro	1	8,3
Cirurgião Dentista	2	16,7
Fisioterapeuta	1	8,3
Técnico de Enfermagem	3	25,0
Agente Comunitário de Saúde	2	16,7
<b>Tipo de instituição em que concluiu a graduação</b>		
Pública	6	85,7
Privada	1	14,3
<b>Possui residência ou especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família?</b>		
Sim	2	16,7
Não	8	66,7
Residência em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (em andamento).	2	16,7
<b>Tempo de formado (em anos)</b>		
1 a 5	3	25,0
6 a 10	0	0,0
11 a 20	5	41,7
21 a 30	1	8,3
31 a 35	3	25,0

**Tempo de atuação na APS (em anos)**

< 1 a 5	5	41,7
6 a 10	2	16,7
11 a 15	3	25,0
16 a 20	2	16,7

**Tempo na UBS em que trabalha (em anos)**

< 1 a 5	6	50,0
6 a 10	3	25,0
11 a 15	2	16,7
16 a 19	1	8,3

**Tipo de vínculo**

Estatutário	10	83,3
Residente	2	16,7

**Na área da saúde já atuou em outro local?**

Sim	10	83,3
Não	2	16,7

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Entre os 12 (doze) profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa, a maioria era do sexo feminino (7 - sete). No que diz à categoria profissional, os Médicos e os Técnicos de Enfermagem estiveram presentes em maior número (3 – três), seguidos pelos Cirurgiões-Dentistas e Agentes Comunitários de Saúde (2 – dois).

Em relação à escolaridade, 5 (cinco) eram profissionais de nível médio e 7 (sete) possuíam nível superior. Dentre estes últimos, a maior parte dos respondentes (6 – seis) concluiu a graduação em uma universidade pública e, apenas, 2 (dois) possuíam residência ou especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família e outros 2 (dois) profissionais estavam cursando o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) da Escola de Governo Fiocruz (EGF) Brasília. A qualificação profissional é considerada essencial para o aprendizado dos trabalhadores e

aprimoramento dos serviços de saúde, assim como para as relações sociais firmadas tanto no aspecto intersetorial, como intrasetorial e com os usuários, o que possibilitaria uma melhoria na qualidade do cuidado prestado (87).

No que diz respeito ao tempo de formado, somente, 3 (três), considerando todos os participantes, estavam no intervalo de 1 (um) a 5 (cinco) anos, os demais tinham um período superior a 10 anos de formado. Sobre o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), a maioria (7 – sete) possuíam mais que 5 (cinco) anos trabalhando neste nível assistencial. Quanto ao tempo de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que este estudo foi realizado, 6 (seis) deles estavam no intervalo compreendido entre < 1 (um) a 5 (cinco) anos e os outros 6 (seis) possuíam um período maior que 5 (cinco) anos trabalhando na mesma unidade, sendo que do quantitativo total de trabalhadores (12 – doze), 10 (dez) já haviam atuado em outro local na área da saúde.

Quanto ao vínculo empregatício, 10 (dez) profissionais são estatutários e 2 (dois) são residentes do Programa de Residência citado acima. O fato de a maioria dos profissionais serem efetivos e fazerem parte do quadro de servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) representa um dado positivo visto que o tipo de contrato de trabalho influencia, diretamente, nos serviços executados, devendo este prover estabilidade e possibilitar a produção de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários (87).

A partir da análise das entrevistas com os profissionais de saúde e com base nos objetivos desta pesquisa, os trechos que mais se destacaram foram separados em unidades temáticas que, posteriormente, foram aglutinadas nas 4 (quatro) categorias empíricas descritas a seguir: percepções a respeito da Promoção da Saúde (PS); ações de PS no cotidiano dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS); facilitadores e dificultadores para a realização de ações de PS na APS; e, sugestões para o fortalecimento da PS na Atenção Primária, sendo que

algumas delas possuem subcategorias que serão citadas no momento em que cada uma das categorias for apresentada.

## 5.1 PERCEPÇÕES A RESPEITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nesta categoria, além das percepções dos profissionais de saúde sobre a Promoção da Saúde (PS) julgou-se pertinente ouvi-los, também, a respeito do conceito de Saúde, do significado da Atenção Primária à Saúde (APS) e qual a importância da PS para o trabalho desenvolvido neste nível de atenção, por entender que estas 3 (três) subcategorias estão associadas às percepções que eles possuem sobre a PS. De acordo com Lasmar (44), ao refletir sobre o conceito de PS é necessário pensar, também, sobre as concepções a respeito do que é Saúde (44), tendo em vista que cada indivíduo elabora as suas percepções sobre Saúde, doença e cuidado (88) e que as mesmas influenciam nas práticas dos profissionais de saúde (44). Caponi (89) em sintonia com estas 2 (duas) últimas referências, afirma que a aceitação de um determinado conceito de Saúde traz repercussões no direcionamento de algumas políticas e intervenções eficazes sobre a vida e o corpo dos indivíduos.

No tocante ao entendimento do que é Saúde, a maioria dos participantes deste estudo utilizou a definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que corrobora com a revisão sistemática feita na pesquisa desenvolvida por Cincurá (21) onde foi inferido que o discurso dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Primária brasileira já superou o enfoque exclusivo na ocorrência de doenças. A revisão bibliográfica realizada por Silva, Schraiber e Mota (90), que teve como objetivo compreender qual o conceito de Saúde dentro da Saúde Coletiva, também observou que na maioria dos trabalhos analisados foi apresentado o conceito de Saúde da OMS, o que reforça, segundo estes autores, a hegemonia do mesmo tanto no senso comum, como na Saúde Coletiva. Apesar de ter sofrido críticas por sua amplitude

e subjetividade (91), tal conceito é visto como avançado para a época em que foi formulado (92), por apresentar a saúde de uma forma positiva (93) e dinâmica, sendo um processo em constante transformação ao longo da vida dos sujeitos (94). Além de buscar superar a visão biomédica utilizada até aquele momento (90).

De acordo com Starfield (49), a assistência à saúde eficaz não está concentrada apenas no tratamento da enfermidade, mas deve considerar as realidades em que a doença acontece e onde o sujeito vive. A Carta de Ottawa (1986) defende que a melhoria nas condições de saúde depende de uma base sólida nos seguintes pré-requisitos: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, sendo que fatores ambientais, biológicos, comportamentais, culturais, econômicos, políticos e sociais tanto podem beneficiar quanto prejudicar a saúde (7). Seguindo esta abordagem de uma noção ampliada de saúde, as condições sociais e econômicas em que o indivíduo está inserido foram citadas por um dos entrevistados. Relato semelhante foi observado no trabalho de Cavalcanti e Cordeiro (95) que buscou analisar a percepção de atores sociais sobre o conceito de Saúde e a dinâmica das ações intersetoriais presentes na Estratégia Saúde da Família (ESF). Marcondes (93) aborda a relevância de uma compreensão de Saúde que vai além da prática clínica e incorpora as condições de vida, produzidas pelas estruturas sociais, como um elemento importante do processo saúde-doença, onde é possível reconhecer que o adoecimento e a vida saudável não estão vinculados, exclusivamente, a aspectos genéticos ou físicos, mas que também sofrem a influência dos pré-requisitos citados acima e que são elementos essenciais para a saúde e a qualidade de vida.

Outra questão apresentada por alguns entrevistados foi a associação entre a saúde, a percepção de realização pessoal e a felicidade, estando esta última compreendida nos valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (16) e no Relatório Lalonde (96). Neste último documento consta que indivíduos saudáveis podem realizar coisas que façam a vida



valer a pena e que o aumento nos níveis de saúde, eleva o potencial para a felicidade (96). Corroborando com este assunto, Feuerwerker e Capozzolo (50) afirmam que a saúde está relacionada ao acúmulo de recursos que possuímos para levar a vida da melhor maneira possível e que a melhor maneira possível tem a ver com um projeto de felicidade e com as maneiras de estar no mundo. A seguir é apresentada a fala de 2 (dois) profissionais em que os mesmos abordam a relação entre saúde, realização pessoal e felicidade:

“Saúde... é... eu... vou falar mais ou menos parecido com a Organização Mundial de Saúde né, um completo bem estar físico, emocional, psíquico né, é ambiental, mas eu acho que vai além disso, eu acho que é também uma realização é... vocacionada, assim se você tem uma espiritualidade forte, se você seguir um chamado, é... é... eu acho que é isso, a felicidade e a saúde elas andam juntas” (Técnica de Enfermagem, UBS X, 2020).

“Então saúde é... pela minha formação, minha história de vida, ela se relaciona muito com o estado de... alegria, principalmente, e de... felicidade então a saúde envolve as formas de obtenção que o indivíduo tem pra lutar pela própria felicidade” (Médico, UBS Z, 2020).

Marcondes (93) destaca que se aceitamos uma definição de Saúde numa abordagem distinta da história natural da doença e buscamos pela sua positividade, faz se necessário investir esforços para que as nossas intervenções sobre qualidade de vida contemplem elementos como a procura pela felicidade, a realização de potenciais individuais e coletivos, vida que faça sentido ser vivida, além de outras questões não solucionadas apenas pelas estratégias preventivistas.

Quanto ao significado da Atenção Primária, os profissionais de saúde destacaram a importância deste nível assistencial no sistema de saúde utilizando expressões como: “fundamental”, “de suma importância”, “nível de saúde muito mais completo” e “a parte mais importante do sistema de saúde”. Um dos entrevistados apontou que a APS possibilita aos usuários o direito à saúde quando permite que eles tenham acesso aos serviços ofertados:

“Pra mim é a porta de entrada né, então é a porta de entrada para os pacientes e os usuários do SUS e que é um direito, no caso direito a saúde na verdade né, então a... a Atenção Primária dá o direito a saúde a população e funciona como porta de entrada né, então significa é... é muito importante na verdade é isso” (Dentista, UBS Z, 2020).

O direito à saúde está previsto tanto na Constituição Federal de 1988, sendo considerado um direito social e garantido a todas as pessoas (11), como na Declaração de Alma-Ata (1978), onde a Saúde é classificada como um direito humano fundamental em que a população deve participar, individual e coletivamente, nas fases de planejamento e execução dos seus cuidados de saúde (41).

A APS enquanto porta de entrada e garantidora do acesso ao sistema de saúde esteve presente na fala de 7 (sete) dos 12 (doze) profissionais participantes desta pesquisa denotando a presença deste atributo nas concepções que estes trabalhadores possuem sobre a Atenção Primária e que está relacionado ao princípio da universalidade descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que prevê o acesso universal e contínuo aos serviços sanitários designando a APS como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (15), devendo ser buscada regularmente sempre que o paciente necessitar de assistência, no caso de alguma enfermidade, ou como parte da rotina para acompanhamento da sua saúde (31).

A associação da Atenção Primária com a prevenção de doenças foi lembrada por 5 (cinco) dos entrevistados, enquanto a PS foi referida por 2 (dois) deles, em uma delas a Promoção estava associada a uma ação que procura evitar a ocorrência de doenças, já na outra, transcrita a seguir, a fala estava voltada para a vertente crítica da PS:

“É eu acho que é um.... ela tem um significado fundamental que é de o contato com as pessoas né, e que da participação né, da... da valorização da cultura, então seja da promoção, dos tratamentos, das crenças né, dos hábitos, do território e é assim também essa possibilidade de você ter a longitudinalidade né (...) E essa questão fundamental da participação social e da emancipação da pessoa no próprio tratamento também emancipação e participação da pessoa no próprio tratamento é usando todos os recursos disponíveis né, que envolvem os condicionantes sociais da saúde né” (Médico, UBS X, 2020).

Mesmo que o termo Promoção da Saúde não tenha sido citado em outras falas, em alguns relatos quando os profissionais contextualizaram o que a APS representa para eles foi observado uma associação com o conceito ampliado de saúde, desvinculado da ideia de ser apenas ausência de doença, conforme apresentado anteriormente. Expressões como “construção

do coletivo em saúde”, “Atenção Primária, como o caminho da saúde, não o caminho da doença”, “visão do paciente como um todo, o ambiente, onde ele está inserido”, “contato mais próximo com as pessoas, com a vida das pessoas, com a casa delas” e “espaço para colocar os usuários como protagonistas da sua própria vida” são alguns exemplos que podem ser mencionados. Em algumas abordagens os entrevistados fizeram referência aos atributos da APS presentes na publicação da Starfield (49), como a longitudinalidade e a competência cultural, e às diretrizes da PNAB, como a participação da comunidade (15). Em outras, apesar de não citarem o nome do atributo, princípio ou diretriz foi possível inferir a presença do cuidado centrado na pessoa, da orientação comunitária, da integralidade e da territorialização nas falas dos participantes, como apresentado a seguir:

“Então, eu enxergo a Atenção Primária como... é um... é um vínculo, é um caminho pra gente ter... pra gente se discutir, mais aprofundada a saúde longe da doença, mas a saúde como saúde e não como o antônimo da doença e trazer essas pessoas pra elas serem protagonistas mesmo assim da sua vida, elas compreenderem que elas... é o agente principal em todos os aspectos da vida dela” (Fisioterapeuta, UBS Y, 2020).

A fala acima aponta para a necessidade de considerar os usuários nas discussões sobre Saúde, permitindo que eles sejam agentes da própria vida, reforçando a diretriz da PNAB sobre o cuidado centrado na pessoa (15). Segundo Cruz e Brutscher (97), é preciso deixar para trás a concepção de que Saúde é uma responsabilidade individual, mas sim uma responsabilidade coletiva pautada nas inter-relações dinâmicas dos processos saúde-doença de uma sociedade. Desta maneira, o cuidado em saúde não compete somente aos profissionais do setor (98), é necessário promover o protagonismo de outras pessoas, incluindo os usuários, de modo que eles assumam responsabilidades na execução dos processos (97). Dentro da rede de saúde, a APS é vista como um espaço fecundo para a geração deste trabalho compartilhado, pela proximidade com os muitos territórios que habitam um mesmo local, com os modos de vida de cada indivíduo e pelos vínculos que podem ser construídos. Porém, isso dependerá da forma e dos objetivos que permitirão a produção de tais vínculos (50).

O reconhecimento dos contextos em que vive a população adstrita à Unidade de Saúde, também, foi apontado por alguns dos profissionais ao falarem sobre a Atenção Primária:

“Pra mim é aquela que seria porta de entrada do paciente, que tem que ter uma abertura, um acesso facilitado né, a visão do paciente como um todo, o ambiente, onde ele está inserido, problemas sociais. É um nível primário é... mas seria em relação... em relação a saúde seria menos complexo, mas ele é muito mais completo, você vê o paciente, você não vê o paciente fragmentado, você vê o paciente ele... ele como um todo, então a Atenção Primária pra mim é isso aí” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

A possibilidade de fazer uma abordagem integral do indivíduo e de sua família está relacionada à integralidade, um atributo ou princípio que deve estar presente nas ações dos profissionais de saúde. As necessidades dos sujeitos e coletivos devem ser a base de qualquer intervenção, de modo que seja possível construir práticas de cuidado centradas no usuário (99).

No que diz respeito às percepções dos profissionais de saúde sobre a PS, dentre as 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS) que participaram desta pesquisa, 1 (uma) delas é um estabelecimento onde os profissionais não são organizados em equipes de saúde da família e as ações são voltadas para a PS e para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), e as outras 2 (duas) são UBS tradicionais, localizadas na área rural, compostas cada uma delas por 1 (uma) Equipe de Saúde da Família, sendo que as 3 (três) integram a Região Norte de Saúde do Distrito Federal (DF). Desta maneira, ao apresentar as percepções dos profissionais de saúde a respeito da PS julgou-se pertinente fazer de forma separada, comparando as falas dos trabalhadores da unidade com ações fundamentadas na Promoção com as falas dos profissionais das outras 2 (duas) UBS, por entender que apesar de terem a mesma tipologia (Unidades Básicas de Saúde), são organizadas de modo diferente o que pode refletir nas compreensões dos profissionais de saúde e na oferta das práticas. A Unidade de Saúde que trabalha com a oferta de ações promotoras de saúde foi denominada como UBS X e as outras 2 (duas) unidades foram denominadas de UBS Y e UBS Z.

Cabe salientar que esta pesquisa considerou a vertente crítica da Promoção, abordada no Referencial Teórico desta Dissertação, esta defende que a PS deve considerar o

protagonismo que os determinantes sociais possuem sobre a situação de saúde das populações, visto que a Saúde é algo em permanente construção e influenciada por fatores ambientais, culturais, econômicos, políticos e sociais, devendo, portanto, ser concebida dentro de um contexto ampliado em que os níveis de saúde estejam associados aos modos de vida e não ser compreendido, apenas, como ausência de enfermidades (1,4,8). Tal vertente é condizente com o conceito de PS apresentado na Carta de Ottawa (1986) (7), com o conceito descrito na PNPS (16) e com a concepção abrangente de Saúde defendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos dias atuais, abordar o conceito de PS se faz necessário pela complexidade dos problemas presentes no panorama sanitário, em que predominam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e os agravos decorrentes de situações causadas pela violência (44). A reflexão a respeito da PS nos leva a questionar como ela pode ser compreendida e de que forma ela pode nos ajudar na produção de diferentes tipos de atenção e gestão da saúde, assim como na construção de novas maneiras de viver e na compreensão das realidades sociais (100).

Trabalhar com ações que promovam a saúde da população é aceitar o grande desafio de desencadear um processo amplo que contemple estratégias intersetoriais, construção de parcerias e a participação da comunidade, buscando responder mais efetivamente e integralmente às demandas da sociedade (100). Além disso, o paradigma trazido pela PS representa um novo olhar para as necessidades e ações de saúde, não se detendo apenas numa perspectiva que seja, unicamente, individual, biológica e específica, mas a partir de uma abordagem ampliada, coletiva, contextual e histórica (101), sem deixar de considerar a importância das doenças e dos aspectos biológicos (102).

No processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, a PS, em conjunto com a Vigilância em Saúde (VS), se apresenta como elemento essencial para elencar a rede de causalidades que influenciam no processo saúde-doença, contribuindo na percepção dos problemas sanitários e no planejamento das ações de intervenção (15).

Pela análise dos relatos dos entrevistados da UBS X foi possível perceber o predomínio da vertente crítica da PS, com referências à definição de Saúde da OMS (19) e a alguns princípios e valores da PNPS, como a equidade, a intersetorialidade, a participação social, a corresponsabilidade e a justiça social (16). Esta aproximação com a vertente crítica da Promoção pode ter sido influenciada pelo perfil da referida UBS e pelo tempo que a mesma possui ofertando ações promotoras de saúde na rede assistencial do DF. A seguir são apresentadas as percepções de alguns dos profissionais de saúde, deste estabelecimento, sobre a PS:

“Promoção da Saúde... promover saúde pra mim é... cuidar do bem estar né, do bem estar tanto físico como mental, emocional você promover ações que... que favoreça o desenvolvimento humano como um todo né” (Técnica de Enfermagem, UBS X, 2020).

“Olha eu acho que é outra dimensão que a gente não está muito acostumado né, nem na formação da gente, nas universidades né, nem na proposta é... é... governamental de atuação do Sistema de Saúde, muito embora isso seja conhecido, seja é regulamentado por uma Política Nacional ainda o sistema fica muito fundamentado na doença né? Quando muito na sua prevenção, mas a Promoção é algo que a gente precisa realmente trazer de uma forma mais enfática né, e aí eu... eu louvo o Programa Academia da Saúde por causa disso né, porque é fruto dessa necessidade e dessa incoerência do Sistema de Saúde tá voltado pra doença e...e... esse método é muito caro e tudo isso, então eu acho que a Promoção de Saúde é... é uma coisa que realmente fundamental para a gente é conseguir dar conta dessa demanda da população que termina desaguando na doença porque não tem uma Promoção de Saúde” (Médico 1, UBS X, 2020).

A fala deste profissional de saúde de que tanto as universidades, como os serviços sanitários não estão acostumados com a operacionalização da PS está em concordância com a afirmação feita por Czeresnia (28) onde ressalta que o discurso científico, a especialidade e a organização dos serviços de saúde foram construídos a partir de conceitos objetivos pautados na doença e não na saúde (28). A PS na busca pela superação do paradigma biomédico (103) requer, conforme exposto na Carta de Ottawa (1986), o desenvolvimento de ações que envolvem a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o incremento do poder técnico e político das comunidades, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (7).

Por ser um processo dinâmico e complexo a realização de práticas promotoras de saúde demandam uma formação profissional com capacidades que facilitem colocar em prática seus princípios teóricos e metodológicos com base na reflexão contínua sobre os contextos e a necessidade de enfrentar os desafios e as expectativas das comunidades que vivem em cada território (103). Além disso, Tesser *et al.* (104) apontam que é necessário frisar que a quase ausência da valorização dos aspectos culturais, políticos e sociais pelos profissionais de saúde representa um problema significativo, visto que a participação e a mobilização social e política são temas importantes para a sustentabilidade e o aprimoramento da construção da APS e do SUS (104) e que implicam na realização e na sustentabilidade das práticas de PS. A formação e o perfil dos profissionais que atuam na APS foram citados pelos profissionais participantes desta pesquisa em outros momentos e serão abordados no tópico que tratará dos facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento de ações de PS na Atenção Primária.

Em um estudo desenvolvido por Horta *et al.* (105) que teve como objetivo analisar as ações de PS desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família foi observado por meio dos relatos dos participantes que a sobrecarga causada pelo excesso de demandas espontâneas no serviço, o número reduzido de profissionais e a hegemonia das práticas curativas, que muitas vezes não conseguiam atender as necessidades de saúde dos usuários, constituem-se como um desafio na implementação de ações de PS, o que vai ao encontro do que foi afirmado pelo profissional entrevistado quando aborda que uma parcela da população acaba desaguando na doença por não ter acesso a medidas que promovam a saúde da coletividade. Teixeira *et al.* (106) ressaltam que atuar sobre os determinantes mais gerais da saúde é potencialmente mais efetivo para a melhoria da saúde da população do que estratégias com foco na prevenção de riscos ou doenças específicas.

Questões relativas à distribuição mais equitativa de bens e à capacidade de escolha dos indivíduos também foram lembradas ao abordar as percepções sobre a PS e suas possíveis contribuições na melhoria das condições de vida de uma sociedade:

“Quando a gente entra na Promoção de Saúde a gente mexe também é... num esquema né, que lucra com a doença, que lucra com a pouca escolaridade da pessoa, o poder de escolha e que isso é me parece né ser umas das ferramentas de dominação é das classes, das empresas, de injustiça social e de manutenção de um sistema concentrador de riquezas né, e de conhecimento também. E que exclui é uma grande parte da população mundial, brasileira, das periferias, dos negros, dos escravizados, dos indígenas em favor de uma elite né, que se apropria dessa riqueza que deveria ser realmente distribuída para que houvesse saúde na população” (Médico 1, UBS X, 2020).

Segundo Cunha *et al.* (107), um dos grandes desafios da PS no cuidado, principalmente no contexto latino-americano, marcado por um desenvolvimento econômico excludente, desigualdades e condições de vida iníquas, é a transformação nas condições de vida. Assim, a luta por saúde é equivalente à melhoria nos modos de viver e deve integrar as principais estratégias de PS (107). De acordo com Buss, na América Latina e no Brasil, em particular, fica evidente a necessidade de trabalhar com uma noção mais ampliada da PS (4). Nesse cenário, a Promoção faz com que seja possível visualizar, com maior clareza, os fatores que contribuem para a ocorrência de agravos e doenças, respeitando e valorizando as diferenças presentes em cada território, com o objetivo de reduzir situações de vulnerabilidade, promover a equidade e a participação social nas decisões políticas (100).

A importância da participação social, da intersetorialidade e da corresponsabilidade como dimensões que fazem parte da PS foi pontuada no relato abaixo:

“A Promoção da Saúde ela é uma ação que envolve os profissionais de saúde, mas principalmente a população na medida em que ela se articula... os diversos atores da sociedade se articulam pra desenvolver práticas ou modos de.... funcionar na sociedade promovendo a saúde, promovendo um apoio mútuo entre os membros dessa sociedade e.... abarcando também o serviço de saúde” (Médico 2, UBS X, 2020).

Conforme está exposto na Carta de Ottawa (1986), a PS não é de responsabilidade exclusiva do setor sanitário (7), ela depende da articulação de vários atores sociais com o



objetivo de colocar em prática políticas públicas favoráveis à saúde e fortalecer estruturas e processos nos mais diversos setores (108). Corroborando com esta afirmativa Prado e Santos salientam que o processo de geração de conhecimento e de políticas públicas deve ocorrer por meio de uma gestão compartilhada em que exista diálogo, corresponsabilidade e cogestão entre as áreas envolvidas visando melhorias na qualidade de vida da sociedade (109). Desta forma, os serviços sanitários devem compreender que os usuários, profissionais do setor, gestores e demais membros da comunidade são portadores de uma existência compartilhada em que a construção de ações conjuntas são essenciais no processo de efetivação da saúde (95).

Para alguns dos profissionais entrevistados nesta pesquisa, a importância da PS para o trabalho desenvolvido na Atenção Primária está em modificar o foco do individual para o coletivo, dos profissionais para os usuários e da doença para a saúde:

“Talvez essa seja o principal passo né que a gente precisa dar que é exatamente é mudar o foco da doença pra saúde né, e mudar o foco do profissional para os usuários também né, mudar o foco do individual pro coletivo né, mudar o foco do hipotético para o território né? Então eu acho que essa é a grande importância do mudar o foco né, da questão da participação social e da emancipação do indivíduo e das coletividades” (Médico 1, UBS X, 2020).

Uma abordagem semelhante ao discurso deste entrevistado foi feita por Horta *et al.* (105) onde afirmam que a PS é construída na articulação entre o individual e o coletivo, entre o público e o privado, entre a área da saúde e os demais setores, entre o Estado e a sociedade, de maneira que seja possível superar a excessiva fragmentação presente na abordagem do processo saúde-doença.

Em concordância com a necessidade da mudança de foco apresentada acima, como um papel da PS no trabalho realizado na Atenção Primária, um outro profissional fez um relato que parece dar sequência a este primeiro, onde apontou como a modificação do individual para o coletivo possibilitou organizar o processo de trabalho de modo a garantir um melhor acesso da população aos serviços ofertados na unidade:

“Olha, é de maneira assim mais prática como um exemplo, existe uma demanda imensa por esse tipo de atendimento (Acupuntura) (...). Então, a

gente teve que organizar o serviço de maneira a poder atender da melhor forma possível a população e aí nós utilizamos grupos de Práticas Integrativas em Saúde, então existe, por exemplo, a Automassagem, então quando a pessoa chega na nossa unidade querendo um atendimento em Acupuntura e nós não temos, geralmente, como atender ela naquele momento, ela recebe orientação pra participar de outros grupos (...) e elas vão praticando a Automassagem com a gente, então a gente vai ensinando os pontos que devem ser massageados, as técnicas e vamos inserindo essa prática na realidade delas, no dia, na estação, então se ela tivesse acontecendo agora a gente estaria falando da mudança climática, das chuvas que estão chegando ao final, do frio que já vem, da maior incidência de doenças respiratórias e quais os pontos seriam interessantes de serem estimulados, que cuidados a pessoa deveria ter em casa pra manter uma higiene do ambiente com menos poeira, com mais ventilação. A gente... lá procura integrar essa assistência com a orientação das pessoas e essa atenção, essa mobilização do grupo para a atenção com a própria saúde eu acho que é um... uma coisa muito central na Promoção da Saúde” (Médico 2, UBS X, 2020).

Cabe destacar que esta forma de organização do trabalho pode ser útil para ser compartilhada com outros estabelecimentos da APS, visto que, como será apresentado no subcapítulo sobre facilitadores e dificultadores para a realização de práticas de PS, alguns profissionais abordaram o processo de trabalho estabelecido nas Unidades de Saúde voltado para o atendimento das demandas individuais e com pouco espaço para as atividades coletivas. Assim, promover tais atividades podem ser benéficas para a população, para os profissionais e para o serviço de saúde.

A partir deste ponto serão apresentadas as percepções a respeito da PS dos profissionais de saúde que atuam na UBS Y e na UBS Z. Mesmo que em ambas as unidades tenha sido identificado a existência de discursos alinhados tanto à vertente crítica, como à vertente conservadora da PS, nas 2 (duas) UBS foi observado uma prevalência das percepções sobre a Promoção com foco na vertente conservadora. Esta última vertente tem suas proposições fundamentadas nas mudanças comportamentais e no estilo de vida dos sujeitos, sem considerar os contextos em que estes estão inseridos (19), sendo que as suas estratégias seriam basicamente educativas e relacionadas ao controle ou limitação dos riscos a que os indivíduos estariam submetidos (6).

A PS parte de uma concepção abrangente do processo saúde-doença e seus determinantes, por meio da integração dos saberes técnicos e populares e da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados (110). Propõe uma combinação de estratégias que envolvem ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (incremento da ação comunitária), dos sujeitos (desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais), dos serviços de saúde (reorientação do sistema de saúde) e articulações intersetoriais, assim trabalha com a perspectiva de responsabilização múltipla, seja pelos problemas como pelas soluções apresentadas para os mesmos (110).

Em conformidade com Czeresnia e Freitas (18), o grande número de trabalhos que abordam o tema da PS mostram que ela contempla estratégias pautadas em perspectivas mais conservadoras como, também, aquelas que são mais progressistas. Melo e Mattos (98) relatam que no contexto de práticas da ESF acontece uma situação semelhante em que posturas mais conservadoras (que visam manter e reproduzir formas de cuidado predominantes na APS) convivem com posturas mais inovadoras, que procuram criar novas modalidades de práticas para a atuação dos profissionais deste nível assistencial.

De igual modo, como foi mencionado anteriormente, tanto na UBS Y, como na UBS Z foram percebidas algumas abordagens vinculadas à vertente crítica e outras mais associadas à vertente conservadora da PS. Gurgel *et al.* (111) afirmam que as concepções fundamentadas no paradigma tradicional têm suas ações limitadas à área da saúde e dedicadas à cura e à prevenção de enfermidades, enquanto que as concepções que são embasadas no modelo de PS aproximam-se do conceito de qualidade de vida, com apoio nas atividades interdisciplinares e intersetoriais. No estudo destas autoras foi observado que as percepções a respeito da PS, descritas pelas enfermeiras que participaram da pesquisa, perpassavam tanto pelo paradigma biomédico com foco na prevenção de doenças, como pelo de PS que é defendido na Carta de Ottawa (1986) (111). A seguir são apresentados os relatos dos

profissionais de saúde das 2 (duas) UBS onde são evidenciadas as percepções dos mesmos sobre a PS. As 2 (duas) primeiras estão associadas a uma visão crítica e mais ampliada da Promoção:

“Promoção da Saúde seriam todo o conjunto de políticas e de estratégias adotadas pela Atenção Primária e outras formas de... de saúde né, as benzedeiras, as raízeiras, a própria comunidade né, enquanto autonomia de saúde de... é promover saúde né” (Médico, UBS Z, 2020).

“Eu vejo a Promoção da Saúde nessa perspectiva assim, do...do... protagonismo do... processo saúde, de ter a população junto com a gente discutindo as melhorias sabe.... de ser o caminho pra eles pensarem na forma com que eles podem.... podem pensar a melhoria do espaço, a melhoria do... do território que eles vivem” (Fisioterapeuta, UBS Y, 2020).

Pelas falas destes entrevistados, é possível inferir que a PS depende da construção de parcerias com a comunidade e outros setores, além da saúde ser vista por uma lente positiva e da necessidade da participação ativa dos indivíduos juntos com os profissionais discutindo alternativas para a melhoria do ambiente em que residem. Tais elementos apontam para a importância de articulações intersetoriais, da autonomia, da corresponsabilidade no cuidado com a saúde e do respeito à diversidade de saberes e práticas no processo de promover a saúde de uma coletividade.

Já as 2 (duas) falas seguintes estão vinculadas à vertente conservadora ou comportamental da PS:

“É pra mim Promoção da Saúde é ... quando se realiza eventos é que leva, que faz com que o paciente, a comunidade é ... mude hábitos, hábitos de vida, estilos assim de... de alimentação, até mesmo a forma de olhar a sua própria saúde, de cuidar de si próprio, quando eu consigo promover uma ação que isso traz impacto na comunidade, no paciente, traz uma mudança, por exemplo, se eles se alimentava de tal forma e agora deu uma... mudada, deu uma melhorada na alimentação e isso trouxe uma saúde melhor pra ele eu acho que to promovendo é... saúde né” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

“Pra promover a saúde do indivíduo tem que saber como que ele tá vivendo agora, que condições que ele tem pra viver e dentro daquilo que ele tem, que ele pode fazer as coisas que ele precisa melhorar, que as vezes até dentro do que ele tem, mesmo que ele tenha alguma coisa, ele não usa tudo que ele tem pra melhorar a saúde dele, pra se pra prevenir mesmo de doenças, pra melhorar a qualidade de vida. (...) É e outra coisa, colocar ele como um agente principal da mudança da sua saúde, da sua situação de vida também, que muitas vezes

eles ficam esperando muita coisa é de governo, da gente mesmo e a gente começa... ele começa a entender que ele precisa mudar algumas coisas também” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

Ainda que as mudanças de comportamento e nos hábitos de vida dos sujeitos sejam necessárias e que incluam o indivíduo no cuidado com a saúde individual e coletiva, da forma como foram abordados nos discursos acima, parecem colocar os usuários como os principais responsáveis, senão os únicos pela sua própria saúde, o que caracteriza uma abordagem limitada da PS, principalmente quando se trata de pessoas que vivem em situações de vulnerabilidade social e econômica. Lasmar (44) ressalta a relevância dos profissionais envolverem de maneira mais concreta e participativa os indivíduos no processo de construção da sua saúde, mas não de uma forma exclusiva ou obsoleta e sim de modo a incentivar uma cultura de participação e reflexão crítica capaz de mobilizar e torná-los sujeitos ativos e construtores de cidadania. De acordo com Czeresnia (28), fomentar a autonomia de indivíduos e grupos sociais, representa um dos componentes da PS, mas deve-se questionar qual a concepção de autonomia está sendo proposta.

Cabe destacar que o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais é, somente, 1 (um) dos 5 (cinco) campos previstos na Carta de Ottawa (1986) (112) e que o enfoque exclusivo em recomendações prescritivas de mudanças de hábitos está associado a projetos de educação em saúde e de prevenção de doenças (28). Sem desconsiderar a importância da perspectiva individual para a saúde (26), Freitas destaca que o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais deve garantir, também, a formação de laços de solidariedade e incentivar o poder técnico e político da população nos processos decisórios (6). Além disso, Sícoli e Nascimento (113) chamam a atenção para o fato de que ao atribuir aos sujeitos a responsabilidade exclusiva pela sua saúde, os determinantes econômicos, políticos e sociais ficariam mascarados, assim como os governos e formuladores de políticas públicas seriam desresponsabilizados e a culpa pelo estado de saúde ficaria a cargo dos indivíduos. Desta forma,

os profissionais de saúde podem agir favorecendo a ampliação de escolhas mais saudáveis, por parte da população, e requisitar, junto com ela, que o Estado cumpra o seu papel, a fim de que os indivíduos se tornem verdadeiros protagonistas na organização do processo de construção da saúde (100).

O foco sobre o sujeito e nas modificações comportamentais tem suas raízes no paradigma biomédico, assim como o fato de alguns profissionais confundirem o termo prevenção de doenças com PS (114). O conceito de Promoção passou por transformações no decorrer dos anos (111), Leavell e Clark classificaram a PS como integrante da prevenção primária (4). Esta origem na área preventivista deve ser, também, uma das responsáveis para que, segundo Westphal, ainda hoje muitos profissionais de saúde compreendam a prevenção de doenças e a PS da mesma maneira como foi proposta por estes 2 (dois) autores (3).

Nesta pesquisa, considerando os trabalhadores das 2 (duas) UBS da área rural, a PS foi associada à prevenção de doenças por 4 (quatro) trabalhadores e à educação em saúde por 4 (quatro) dos entrevistados, tendo a expressão sido mencionada ou por meio dos exemplos que foram citados para explicar o entendimento destes profissionais do que seria PS. Nos textos abaixo, são apresentados 2 (dois) destes relatos:

“Promoção de Saúde é você tentar é... a palavra já diz né, promover na vida das pessoas é pra que elas tenham também entendimento de que elas também são capazes de conduzir uma melhora da vida delas, melhora do estado... do estado de saúde, do estado emocional, o poder de ser dono né, da saúde, que todos nós detemos o dever também de cuidar da gente né, então eu acho que esse promover que faz parte da nossa vida como Agente de Saúde é tentar mostrar pras pessoas o que faz bem, o que faz mal, mas que cada um tem o domínio da sua saúde, acho que isso é Promoção da Saúde” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

“Ah, eu acho que é, principalmente, a educação é a educação pra prevenção é... a gente vê tantos, tantas famílias ali, tantas mães que enche a criança de biscoito recheado, doce de... doce mesmo, então falta muita informação é... eu acho que nessas comunidades, então eu acho que promover saúde é educação pra saúde” (Dentista, UBS Z, 2020).

Esta evidência que mostra que a Promoção é compreendida como sinônimo de prevenção de doenças pelos trabalhadores de saúde que atuam na Atenção Primária brasileira

também foi apontada por outros estudos (22,100,104,105,111,112,114–116). Souza e Grundy acrescentam que o entendimento dos conceitos de prevenção de doenças, educação em saúde e de PS favorece a formulação de alternativas que viabilizem a efetivação das ações de Promoção (5).

No que diz respeito à PS e à prevenção de doenças, Buss destaca que ambas são estratégias complementares do processo saúde-doença, seja na esfera individual ou coletiva (4). Carvalho afirma que é possível pensar na prevenção de doenças como integrante de um campo mais amplo que seria a PS (102), sendo que de acordo com Sícoli e Nascimento citados por Westphal (p. 653) (3) os problemas associados à prevenção de enfermidades podem ter suas estratégias realizadas em conjunto com as de PS, de modo que as práticas sejam direcionadas para as principais causas dos agravos e não apenas para as consequências dos mesmos.

A Promoção e a prevenção de doenças possuem características e abordagens que as diferenciam uma da outra conforme proposto por Stachtchenko e Jenicek (117) no quadro a seguir que, também, foi citado em algumas publicações nacionais a respeito do tema (4,6).

**Quadro 1** - Diferenças prevalentes nos conceitos de Promoção da Saúde versus Prevenção de Doenças

<b>Promoção da Saúde</b>	<b>Prevenção de Doenças</b>
Saúde = conceito positivo e multidimensional.	Saúde = ausência de doença.
Modelo participativo de saúde.	Modelo médico.
Voltado para a população em seu ambiente total.	Destina-se, principalmente, aos grupos de alto risco da população.
Compreende uma rede de problemas de saúde.	Compreende patologias específicas.
Estratégias diversas e complementares.	Estratégia única.
Abordagens de facilitação e capacitação.	Estratégias diretivas e persuasivas.
Medidas de incentivo são oferecidas à população.	Medidas diretivas são aplicadas em grupos-alvo.
Mudanças no status dos homens e em seu ambiente são buscadas nos programas.	Programas focados, principalmente, em indivíduos e grupos.
Organizações não profissionais, grupos cívicos, governos locais, municipais, regionais e nacionais são necessários para atingir o objetivo de Promoção da Saúde.	Programas preventivos são assunto de grupos profissionais das disciplinas da saúde.

Fonte: Stachtchenko e Jenicek (117).

Quanto à educação em saúde, durante muito tempo ela foi uma das poucas práticas organizadas de PS no Brasil, chegando a ser confundida com o próprio campo (9), mas a educação em saúde é apenas uma das facetas da Promoção (8). Segundo Alves (118), a educação em saúde é uma ferramenta utilizada para que o conhecimento científico produzido na área da saúde, alcance a vida cotidiana dos indivíduos, visto que o entendimento dos condicionantes que permeiam o processo saúde-doença oferece subsídios para a construção de novos hábitos e ações de saúde. Fleites, Quintero e López (119) destacam que para ser vista como uma prática de PS, a educação em saúde precisa contar com a participação ativa dos sujeitos e não ser entendida somente como transmissão de informações, devendo estimular a importância de promover motivação, habilidades pessoais, autoestima e empoderamento, de modo que as pessoas participem de ações individuais, coletivas, intersetoriais e multiprofissionais que contribuam para a melhoria da saúde e do ambiente de todos.



No que diz respeito à importância da PS para o trabalho realizado na Atenção Primária, um profissional associou ao fato dos usuários se sentirem bem por conseguirem acesso a atendimentos médicos e odontológicos na unidade, demonstrando uma vinculação da Promoção aos atendimentos e as consultas individuais. Já outros entrevistados reforçaram a importância da PS para a realização de práticas preventivistas, que evitariam a ocorrência de doenças e a procura por outros serviços de saúde:

“Eu acho que é .... como é que eu posso dizer a palavra, quando você promove a saúde a Atenção Primária ela tem mais o papel dela bem definido né. Porque se você tem a Promoção da Saúde, você tá fazendo um trabalho específico da Atenção Primária né, que é evitar que as pessoas adoçam, seja de qualquer.... independente de que forma, então se eu tenho uma promoção mais efetiva, mais eficaz é eu vou exercer o trabalho da Atenção Primária né, efetivamente, então assim é prevenir né, prevenção, se eu promovo eu previno, então eu acho que esse é papel da... da... dessa questão... dessa ligação entre a Promoção e a Atenção Básica” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

“Eu acho que é fundamental né, a Promoção porque ... como eu te falei é.... é... tudo... é antes vem a promoção né assim a... prevenção e a Promoção né. Então eu acho que se você conseguir fazer essa parte da Promoção e prevenção, os hospitais vão ficar bem mais vazios, a parte secundária da saúde vai ficar bem mais tranquila pro cidadão” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Y, 2020).

A longitudinalidade, um dos atributos da APS, também foi lembrada devido à produção de vínculos que contribuem para a construção da autonomia e do empoderamento que ajudariam aos usuários a mudar hábitos de vida e gerir melhor a própria saúde:

“Eu acho que na Atenção Primária que a gente consegue isso, entendeu, esse empoderamento dele, esse conhecimento e é uma coisa, um trabalho do dia-a-dia, muitos pacientes eles não conseguem, da primeira vez que você tem contato com eles de entender. E a maneira, e a maneira da Atenção Primária também, a importância da maneira de se falar, da linguagem que o paciente entende também” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

“O trabalho desenvolvido na Atenção Primária é um trabalho longitudinal, a Promoção da Saúde ela gera a longo prazo uma diminuição da dependência dos indivíduos do sistema de saúde, que a partir do momento que o indivíduo compreende o processo de... construção de saúde, o próprio processo de adoecimento ele cria ferramentas pra gerir a própria saúde e depender menos de um serviço oferecido pelo governo, por exemplo. E a Promoção da Saúde vai nesse sentido né, de empoderar o indivíduo pra depender cada vez menos de um serviço, de uma Unidade de Saúde, de um Hospital, é no sentido de adoecer menos também” (Médico, UBS Z, 2020).

Um dos entrevistados pontuou que na APS pela proximidade com o território fica evidente a necessidade de promover saúde para a população adstrita à UBS, que vive em um ambiente rural, e da importância de entender todo o contexto de vida destas pessoas, que acaba por impactar no seu processo saúde/doença:

“A gente que tá inserido dentro do território do campo a gente vê a necessidade dessa Promoção em Saúde né, porque são pessoas totalmente vulneráveis que não tem acesso à saúde em si.... tem acesso à saúde, mas não tem acesso à saúde como devia ter. Então, quando a gente tem essa possibilidade de promover saúde pra essas pessoas que é... não tem tanto assim, tantos privilégios digamos assim comparada a uma UBS da zona urbana aí... eu acho que é muito importante nesse sentido de... trazer mais saúde pra essa população né, de... trazer um olhar diferenciado pra ela e promover saúde na Atenção Básica é bem isso né, essa questão de trazer isso tudo pra essas pessoas que... é normalmente não são tão vistas” (Dentista, UBS Z, 2020).

Assim, ao final das análises das percepções dos profissionais de saúde sobre a PS, nas 3 (três) unidades, foi verificado que na UBS que já trabalha com ações voltadas para a PS havia um predomínio da vertente crítica da Promoção nos relatos dos entrevistados, enquanto que nas 2 (duas) UBS, da área rural, ainda que alguns profissionais tivessem um discurso fundamentado na vertente crítica, foi observado uma prevalência nas falas da vertente conservadora da PS.

Nas imagens abaixo, são apresentadas 3 (três) Nuvens de Palavras construídas com base nas percepções a respeito da PS dos profissionais de saúde que atuam nas 3 (três) UBS participantes desta pesquisa. A Figura 6 é referente aos relatos dos trabalhadores da UBS X e as Figuras 7 e 8 são referentes aos discursos dos trabalhadores das UBS Y e Z, respectivamente, sendo na que Figura 7 estão as percepções alinhadas à vertente crítica e na Figura 8 aquelas vinculadas à vertente conservadora ou comportamental da PS.

**Figura 6** – Nuvem de palavras sobre as percepções da Promoção da Saúde (UBS X)

**População**  
**Território**  
 Mudar O Foco Do Individual Para O Coletivo  
**Mudar O Foco Da Doença Pra Saúde**  
 Sistema De Saúde Fundamentado Na Doença  
**Participação Social**  
**Bem Estar Físico Mental Emocional**  
**Desenvolvimento Humano**  
 Mudar O Foco Do Profissional Para Os Usuários  
**Profissionais De Saúde**  
 Apoio Mútuo

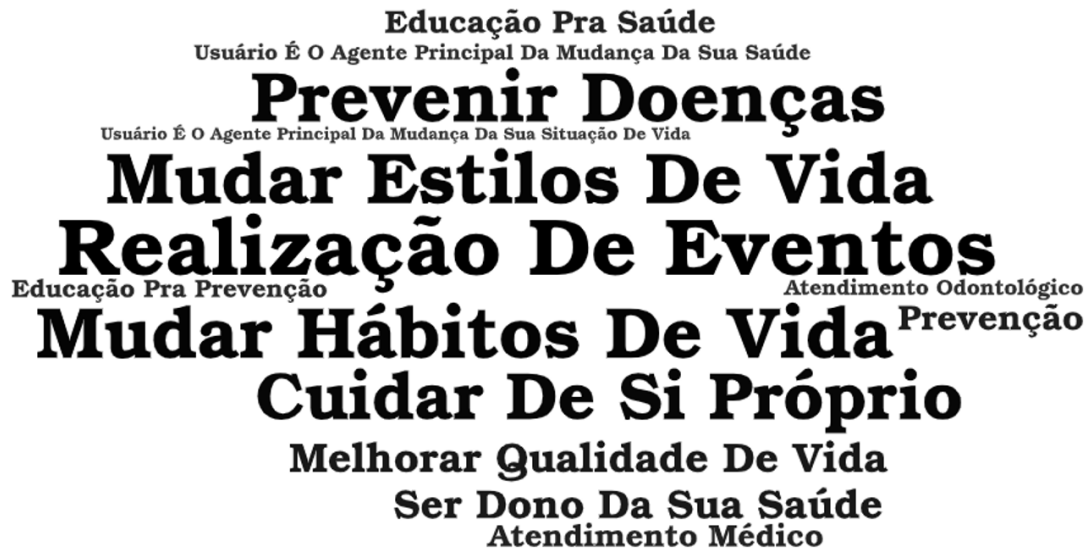
Fonte: Elaboração própria, 2021.

**Figura 7** – Nuvem de palavras sobre as percepções da Promoção da Saúde alinhadas à vertente crítica (UBS Y e Z)

**Protagonismo Do Processo Saúde**  
**Autonomia**  
**Participação Social**                      **Raízeiras**  
**Políticas E Estratégias Adotadas Pela Atenção Primária**  
**Autocuidado**  
**Produção De Felicidade**                      **Benzedeiras**  
**Comunidade**  
**Produção De Bem Estar**  
**Melhorias Do Território**

Fonte: Elaboração própria, 2021.

**Figura 8** – Nuvem de palavras sobre as percepções da Promoção da Saúde alinhadas à vertente conservadora ou comportamental (UBS Y e Z)



Fonte: Elaboração própria, 2021.

No próximo subcapítulo será abordado a respeito das ações que os profissionais classificaram como sendo promotoras de saúde nas UBS em que atuam.

## 5.2 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesta categoria serão abordadas as ações de Promoção da Saúde (PS) realizadas nas 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS), segundo os relatos dos seus respectivos profissionais. Integram, também, este subcapítulo, 2 (duas) subcategorias, a frequência com que as ações acontecem e a existência de articulações com outros setores da administração pública, organizações não governamentais, empresas privadas ou com a comunidade para a realização das mesmas.

A apresentação das ações classificadas como promotoras de saúde, também, será feita de forma separada, primeiro serão apresentadas as ações informadas pelos trabalhadores

da UBS X, um estabelecimento cuja a organização das atividades é voltada para a PS e para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), e em seguida serão apresentadas as ações relatadas pelos trabalhadores da UBS Y e da UBS Z compostas cada 1 (uma) delas por 1 (uma) Equipe de Saúde da Família.

De acordo com Westphal, as práticas de saúde representam as diversas maneiras como a sociedade estrutura e organiza as respostas para as demandas de saúde (3). A realização de práticas que tenham como objetivo promover a saúde de uma população implicam em uma compreensão ampliada, prudente e singular das necessidades e problemas de saúde, fazer o uso de receitas ou de medidas padronizadas não funcionam (120).

A PS requer um leque variado de estratégias destinadas a intervir na realidade de cada comunidade. Desta forma, o planejamento das ações deve ser pautado na Vigilância em Saúde (VS), no reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença e nas consequências que os modos de viver podem trazer para as condições de saúde da população (111). Lasmar (44) destaca que a rede social em que a saúde se encontra imersa possui diferentes atores, organizações e políticas, o que faz com que esta questão se torne um pouco mais complexa do que se poderia supor. São diversos os fatores que devem ser englobados, pensados, ponderados, refletidos e analisados. Assim, são muitas as maneiras de promover saúde, são muitos os locais, são muitos os sujeitos.

Carvalho (102) chama a atenção para o fato de que não é o tipo da ação que a classifica como promotora de saúde, mas sim a maneira como ela é operacionalizada e se a mesma contempla os princípios da PS. Madeira *et al.* (121) ressaltam que, no Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada em 2014, aborda a discussão dos princípios, valores e diretrizes que devem subsidiar as práticas de PS. Cincurá (21) complementa afirmando que mais do que o rótulo recebido pela prática, seja uma visita, uma atividade coletiva ou uma consulta, são os fundamentos nos quais ela se sustenta que a caracteriza como promotora de

saúde. Tais práticas necessitam contemplar os princípios da PS, possuírem estratégias diversificadas, serem direcionadas para mudanças abrangentes e agir sobre os determinantes mais gerais das condições de saúde (21). Entretanto, destaca-se que não é necessário que uma ação ou programa contemple todos os princípios e diretrizes, muito menos definir um pacote mínimo destes para que a ação seja classificada como promotora de saúde (102).

Nos relatos sobre as ações desenvolvidas, os profissionais de saúde da UBS X destacaram a realização de práticas integrativas como, Acupuntura, Automassagem, Dança circular, Fitoterapia/distribuição de plantas medicinais, Reiki, Thai chi chuan, Técnica de Redução de Estresse (TRE) e Yoga. As Práticas Integrativas trabalham com uma noção ampliada do processo saúde-doença, além da promoção global do cuidado humano, com um olhar especial voltado para o autocuidado (122). Tais práticas são constituídas por abordagens e recursos terapêuticos que possuem um relevante papel na saúde global, de modo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula a inclusão, reconhecimento e regulamentação destas modalidades nos serviços nacionais de saúde (123). No Brasil e no Distrito Federal (DF) elas são regulamentadas por políticas públicas sendo que na esfera federal foram denominadas como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) (122) e na esfera distrital são conhecidas como Práticas Integrativas em Saúde (PIS) (124).

Entretanto, apenas com base nas ações citadas acima, pelos profissionais de saúde, não seria possível compreender se as mesmas estariam de acordo com a percepção de PS que predominou na UBS X, no caso a vertente crítica. De acordo, com a fala de um dos participantes desta pesquisa, a PS representa o elo de ligação entre a referida Unidade de Saúde e a comunidade:

“Então todo o ambiente, toda oferta de serviços que a gente faz aqui a gente enfoca na saúde né, então todo encontro ele é um encontro voltado pra saúde, ele não tem um.... antes de qualquer coisa né, a saúde ele não tem uma especificidade se você tem essa ou aquela doença, se você tem essa ou aquela idade, se você tem esse ou aquela condição social, se você tem essa ou aquela escolaridade né, o que une as pessoas e a oferta de serviços daqui é exatamente a Promoção da Saúde, então a gente tem todas as Práticas Integrativas que são

feitas na Secretaria de Saúde que são 17 né e que são o fundamento do trabalho coletivo dentro da gente né” (Médico 1, UBS X, 2020).

O destaque para a Saúde como um fator que agrega os indivíduos independentemente da idade, da escolaridade ou da condição socioeconômica é algo diferente do que a literatura costuma mostrar no que diz respeito às atividades de PS, como é relatado por Rodrigues e Ribeiro, em que as autoras afirmam que na Atenção Primária à Saúde (APS) as práticas desenvolvidas no campo da PS, geralmente, são direcionadas para grupos de usuários que atendam as ações programáticas como os hipertensos, os idosos, os diabéticos e as gestantes (125). Conceber a Saúde de uma forma positiva, como foi apontado no discurso deste entrevistado, pode favorecer a construção de práticas que não visualizem os sujeitos, apenas, com base nas patologias ou condições que eles apresentam em um determinado momento.

Segundo Lima, Silva e Tesser (126), as PICS podem ser alternativas úteis para a PS, principalmente, por instituírem um novo entendimento sobre o processo saúde-doença, com destaque para a perspectiva holística e o empoderamento que produzem impacto na vida dos sujeitos. A visão holística estabelece que as iniciativas de PS devem fomentar a saúde física, mental, social e espiritual (127). As PICS por possuírem uma conceituação abrangente e positiva de saúde (126) proporcionam estratégias, saberes e práticas de PS que, por vezes, se associam a cuidados terapêuticos, incentivando potenciais de cura e de otimização da saúde (128).

Outras práticas mencionadas pelos profissionais foram a distribuição de plantas medicinais e a oficina de preparação de xarope caseiro de guapo, nesta última a produção do xarope pode incentivar nos sujeitos o autocuidado e a corresponsabilidade com a sua própria saúde, da sua família e da comunidade em que vive, além de estimular a autonomia e o empoderamento dos indivíduos:

“É temos também oficina de produção do xarope caseiro de guapo e temos.... temos canteiros de plantas medicinais e dentre essas plantas temos o guapo

que é bastante conhecido.... e as pessoas vão ao XXXX (entrevistado citou o nome da Unidade de Saúde) tanto buscar a planta in natura pra fazer o chá, como elas... em grupos elas participam de oficinas pra produção do xarope, então elas já aprendem a fazer o xarope em casa a partir da planta e com ingredientes caseiros mesmo” (Médico 2, UBS X, 2020).

A Fitoterapia/uso de plantas medicinais foi citada na pesquisa de Nagai e Queiroz (129) como um recurso de promoção do autocuidado e aumento da percepção do usuário sobre a própria saúde. Corroborando com estes 2 (dois) autores, o estudo de Lima, Silva e Tesser (126) que teve como objetivo analisar a organização das Práticas Integrativas desenvolvidas em um serviço de referência, na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como foco analítico sua relação com a PS e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), apontou que as ações estudadas contribuem para o empoderamento dos sujeitos, visto que os profissionais observaram que os indivíduos passaram a se empoderar, exercendo um controle maior sobre a sua vida, com aumento da autoestima e da responsabilidade pela sua saúde.

Apesar das PICS terem o foco voltado para a perspectiva da saúde individual, é comum que tais racionalidades ofertem ações, valores e estratégias de PS que podem ser realizados em pequenos grupos, onde exista o estímulo à solidariedade, à troca entre os participantes e ao empoderamento comunitário (128).

Ainda a respeito das plantas medicinais, os entrevistados falaram sobre a realização de rodas de conversa que abordam, a cada encontro, um tipo de planta. Estas conversas são conduzidas por uma profissional de saúde que atua na UBS X e pelos discursos a seguir pode-se observar que a comunidade tem uma participação ativa durante os encontros, o que pode ser atribuído, segundo os entrevistados, devido a Região Administrativa, em que a Unidade de Saúde está localizada, ainda possuir laços com a área rural e, também, pelo fato de que algumas pessoas que frequentam as rodas de conversa serem conhecedoras dos benefícios das plantas estabelecendo assim um resgate do saber popular e uma troca deste com o saber técnico, não sendo apenas um repasse de informações pela profissional, algo que estaria vinculado ao modelo tradicional ou autoritário da educação em saúde:



“É a oferta de plantas medicinais com toda essa roda de conversa sobre as plantas medicinais é... dando um valor assim, resgatando esse conhecimento que foi se perdendo ao longo do tempo, então as pessoas tão se voltando a... olhar mais pra si a partir do momento que ela começa também a lembrar de como era esse cuidado na infância, de quando era... eu tô... falando, por exemplo, na parte dos idosos né, de como agia seus pais, de como agia seus avós, de como era... então é.. um resgate muito bacana, porque eles também é... começam, também, a incentivar os filhos, os netos né, a passar esse conhecimento que estava meio fora de... não estava mais em voga né” (Técnica de Enfermagem, UBS X, 2020).

“Temos Rodas de Conversa conduzidas pela Farmacêutica então a cada quinzena a cada duas semanas é abordado uma planta. Então, em roda com a comunidade se conversa, como XXXX é uma cidade ainda bastante rural, então as pessoas ainda têm aquele conhecimento do interior de que tal planta é boa pra aquilo ou pra sei lá qual coisa e aí se estabelece uma conversa bastante interessante, produtiva” (Médico 2, UBS X, 2020).

Essas características próprias da referida Região Administrativa e de seus moradores são aspectos importantes a serem considerados pelos profissionais de saúde no planejamento e execução das atividades e que remetem ao respeito às diversidades e à territorialidade previstos na PNPS (16).

No que diz respeito à participação da comunidade durante as Rodas de Conversa que foram mencionadas, vale salientar que existem modalidades diferentes de educação em saúde a serem instituídas na APS, entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, sendo 1 (uma) vista como uma educação em saúde emancipatória (128), e que com base nos 2 (dois) relatos supracitados parecem estar mais adequados à abordagem realizada nas Rodas de Conversa. Neste tipo de educação em saúde são preconizadas ações pautadas no diálogo, de caráter empoderador e fundamentadas na vida e nas condições sociais e políticas dos sujeitos e comunidades, onde os saberes populares são reconhecidos, valorizados e enriquecidos com os saberes científicos, na formação de parcerias e autonomias responsáveis e solidárias, com incentivo à politização individual e coletiva (128). Já do outro lado está a educação em saúde tradicional, controlista ou autoritária que direciona o seu foco para o cumprimento das orientações, repassadas aos indivíduos, para que estes façam a adesão a estilos de vida considerados saudáveis. Tal característica, vista como algo típico da clínica biomédica, é

compreendida como uma instrução autoritária e prescritiva sobre as maneiras como as pessoas devem adaptar os seus comportamentos (128). A educação em saúde emancipatória estaria, portanto, mais vinculada à vertente crítica da PS.

Ademais, a UBS abre espaço para ações que são realizadas por pessoas da comunidade como o Reiki, a participação das Benzedeadas e o Forró Terapia que conta com a presença de um sanfoneiro voluntário.

A unidade de saúde, também, tem contribuído na formação no campo das PICS de outros profissionais que atuam em diferentes estabelecimentos pertencentes à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do DF, conforme apresentado no seguinte discurso:

“Assim como também aqui tem sido um polo formador de servidores da saúde né juntamente com a GERPIS, lá a nível central da Secretaria, da implantação dessas práticas e conseqüentemente da Promoção de Saúde em várias UBS, antigamente Centros de Saúde né, convencionais, nas UBS com Estratégia de Saúde da Família, mas também na Atenção Secundária, por exemplo, nos CAPS né, nas policlínicas né, sempre tem essa participação ativa né, das pessoas e da oferta das Práticas Integrativas que trazem na sua essência a Promoção da Saúde” (Médico 1, UBS X, 2020).

Esse compartilhamento do conhecimento a respeito de tais práticas é importante para que mais profissionais consigam desenvolver ações pautadas em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, alcançando assim um número maior de usuários. Alguns autores argumentam a necessidade de se refletir a respeito de ações de educação permanente que abordem as Práticas Integrativas para os profissionais da APS e até de estabelecimentos de outros níveis assistenciais, a justificativa é devido à impossibilidade de ampliar a oferta destas ações no SUS, apenas com profissionais especializados em PICS (126).

De acordo com as informações dos trabalhadores que atuam na Unidade de Saúde em questão, as práticas que foram citadas acontecem semanalmente ou quinzenalmente, ou seja, fazem parte do “cardápio” ofertado, o que indica que as mesmas não são ações pontuais, realizadas em determinados períodos ou apenas para atender alguma demanda da gestão. Contudo, existem outras atividades que são eventuais como as oficinas da Antroposofia e sobre

alimentação, meio ambiente, aniversário da Região Administrativa e as campanhas do Ministério da Saúde (MS) referentes à vacinação e à prevenção do tabagismo e do câncer de mama que acontecem nas datas estabelecidas.

Nesta categoria, além de questionar sobre as ações desenvolvidas que os profissionais classificavam como promotoras de saúde e a frequência em que as mesmas ocorriam, foi inquirido, também, se as unidades realizavam parcerias com outros setores da administração pública, organizações não governamentais, empresas privadas ou com a comunidade para a realização das mesmas com o intuito de aprimorar e/ou diversificar as práticas de PS disponibilizadas para a população. Um dos trabalhadores de saúde que foi entrevistado, antes de falar a respeito das parcerias, destacou sobre a relevância da intersetorialidade para a PS:

“E que é uma, um requisito pra Promoção de Saúde, ela não é do sistema de saúde ela é intersetorial por natureza. Então nós fazemos essa intersetorialidade, com escolas, com Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Cultura, da água, do esgoto, da casa, da coleta de lixo né, então tudo isso é tematizado nessas oficinas que ocorrem esporadicamente ao longo dos meses, ao longo do ano” (Médico 1, UBS X, 2020).

A intersetorialidade é definida na PNPS como:

processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 26).

No entanto, cabe destacar que a pesquisadora ao indagar os entrevistados sobre a questão aqui apresentada não buscou compreender o entendimento que eles tinham a respeito da intersetorialidade, mas se os profissionais conseguiam estabelecer parcerias com a comunidade, demais órgãos da gestão pública, empresas e organizações não governamentais para a realização das ações, visto que conforme relatado por Sícoli e Nascimento (113), a operacionalização da PS depende da cooperação entre setores diversos como: educação, habitação, serviço social, assistência primária à saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano, sistema tributário, medidas fiscais e legislativas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ressalta como atribuições dos profissionais que atuam neste nível assistencial, a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possibilitem potencializar as práticas intersetoriais (15). De acordo com Dias *et al.* (130), a concepção abrangente de saúde se torna uma incentivadora para o trabalho cooperativo entre os distintos setores, um esforço que precisa ser considerado ao reconhecer a complexidade da realidade sanitária e que estratégias fragmentadas e descontextualizadas não serão capazes de gerar os resultados almejados no sentido de promover melhorias nas condições de saúde da população.

Os profissionais de saúde da UBS X relataram parcerias e articulações com empresas públicas, instituições de ensino básico, técnico e superior, entidades, comerciantes, empresários locais e com a comunidade, esta última além das já citadas participações de voluntários na prática do Reiki, Roda de Benzimento e do Forró Terapia, realizava a doação de um adubo ecológico para os jardins da Unidade de Saúde:

“A Loja Maçônica que fica aqui adiante a gente usa o espaço, eles fazem doação a fundo perdido pra manter o laboratório de Fitoterapia, é... pessoas, por exemplo, da comunidade que fazem o processamento de um adubo muito interessante, ecológico chamado bokashi nos doa, a gente vai lá pede, vem meia tonelada de bokashi aqui pra gente usar nos jardins né, então é... a placa da Academia da Saúde foi feita por uma empresa que dobra o aço né, assim, quando a gente contou a história do que acontece aqui ele disse “olha entre aí que quem faz o corte do aço é essa pessoa, pode usar o que quiser, vocês não vão pagar nada.” (...). A gráfica também fez um desconto pra gente fazer os plásticos pra colocar nas placas, é... as vezes a gente já recebeu muita contribuição para os lanches das pessoas. Os produtores rurais também são muito parceiros, então o Conselho de Saúde, de Desenvolvimento Rural e Ecológico de XXXX (entrevistado citou o nome da Região Administrativa) faz as reuniões deles aqui, estamos vendo como eles produzirem plantas medicinais para serem distribuídas aqui né, uma troca de tecnologia” (Médico 1, UBS X, 2020).

“O comércio em si... os comerciantes também participam, ajudam a... divulgar né as atividades” (Técnica de Enfermagem, UBS X, 2020).

“Na região própria do XXXX (entrevistado citou o nome da unidade de saúde), na área dele nós temos os prédios onde tem o ambulatório, tem o laboratório de produção de fitoterápicos, mas existe uma outra área em que através de uma parceria com a Terracap foi feito uma pista de caminhada. Ela tem 600 metros é um percurso circular e as pessoas utilizam humildemente e fazem a sua caminhada lá. E aí tivemos, formamos uma parceria também com

o Instituto Federal, IFB pra utilização do espaço pra cultivo de plantas medicinais. É junto ao Hospital tem uma Escola de Formação de Profissionais de Saúde de nível médio. E aí há uma parceria com eles pra utilização do laboratório é... afim de fazer o processamento das plantas e a síntese do fitoterápico, é isso foi muito importante durante esse último ano em que houve uma reforma do nosso laboratório. O Rotary Club doou mudas de árvores pra serem plantadas ao longo da pista de caminhada” (Médico 2, UBS X, 2020).

As parcerias estabelecidas pela UBS X, mesmo que algumas delas tenham demonstrado ser pontuais, ampliaram a quantidade de serviços e ações que são oferecidos para a comunidade, a exemplo das doações de açúcar que possibilitaram a produção do xarope e da articulação com uma instituição de ensino para o cultivo de plantas medicinais. Além disso, foram citadas outras parcerias que otimizaram o ambiente físico da UBS, como a construção da pista de caminhada dentro do espaço da unidade e a doação de mudas de árvores para serem plantadas ao redor desta pista de caminhada. Estas duas últimas ações estão alinhadas à criação de ambientes favoráveis à saúde, 1 (um) dos campos de ação da Carta de Ottawa (1986). A construção de uma pista de caminhada possibilita que a comunidade tenha acesso a um espaço adequado e seguro para a prática de atividade física, além de proporcionar benefícios para a saúde física, mental e social. Esse exemplo nos leva a refletir que a decisão pessoal de ter uma atitude ou comportamento que favoreça a saúde é influenciado por outros fatores tais como a oferta de locais apropriados para a prática de atividade física perto de onde as pessoas residem e/ou trabalham. A respeito das articulações intersetoriais, Carvalho (102) relata que o setor saúde deve explorar, ainda mais, a sua capacidade indutora, apontando os programas e políticas de outros setores que podem ter impacto direto nas condições de saúde de cada sujeito e da coletividade e que nas ações de PS, nem sempre a área da saúde ocupará o lugar de protagonista, podendo em algumas delas ser, apenas, partícipe de estratégias capitaneadas por outros setores.

Desta forma, com base no que foi exposto, é possível observar que a maior parte das ações relatadas pelos profissionais de saúde que atuam na UBS X estão associadas com a vertente crítica da PS, como a realização das PICS, as Rodas de Conversa sobre as plantas medicinais, a distribuição das plantas medicinais, a oficina de preparação do xarope caseiro de

guapo, a participação da comunidade na oferta de algumas práticas e as parcerias que os profissionais realizam para manter e ampliar as ações oferecidas, assim como aquelas destinadas a tornar o espaço físico da unidade mais propício para a realização de atividades promotoras de saúde. Tais práticas estão associadas a uma noção holística e ampliada de saúde, ao incentivo à autonomia, ao autocuidado, ao empoderamento individual e coletivo, à corresponsabilidade, ao respeito às diversidades, à participação da comunidade e demais setores, à territorialidade e à sustentabilidade. No quadro abaixo é apresentado uma síntese das percepções e ações de PS relatadas pelos profissionais de saúde que atuam na UBS X:

**Quadro 2 – Percepções e ações de Promoção da Saúde dos profissionais da UBS X**

<b>Percepções a respeito da Promoção da Saúde</b>	<b>Ações de Promoção da Saúde</b>
A - A Promoção da Saúde (PS) é algo que a gente precisa trazer de uma forma mais enfática e que é capaz de alterar um esquema que lucra com a doença, com a baixa escolaridade e com o poder de escolha dos indivíduos.	- Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (Acupuntura, Automassagem, Dança circular, Thai chi chuan, Técnica de Redução de Estresse (TRE) e Yoga);  - Rodas de conversa sobre plantas medicinais;
B - A PS é uma ação que envolve os profissionais de saúde, a população e os diversos atores da sociedade no desenvolvimento de práticas que promovam a saúde, promovem um apoio mútuo entre os membros dessa sociedade.	- Distribuição de plantas medicinais;  - Oficina de preparação do xarope caseiro de guapo;
C - Promover saúde é cuidar do bem estar tanto físico, como mental, emocional, promover ações que favoreçam o desenvolvimento humano como um todo.	- Reiki, Roda de Benzimento e o Forró Terapia (ofertadas com a participação de pessoas da comunidade); e  - Formação de servidores da SES/DF em PICS.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

A partir deste momento serão apresentadas as ações classificadas como promotoras de saúde pelos profissionais de saúde que atuam na UBS Y e na UBS Z, a frequência com que as mesmas acontecem e a existência de articulações com outros setores.

Na análise dos relatos, foi observado que algumas das ações mencionadas pelos profissionais da UBS Y e da UBS Z estavam vinculadas à vertente crítica da PS, mas a maioria das práticas citadas como promotoras de saúde estavam associadas à vertente conservadora. Os

discursos evidenciaram um predomínio de ações cujo foco estava voltado para a prevenção de doenças e estratégias de educação em saúde realizadas por meio de palestras, repasses de informações e orientações individuais, como: acolhimento, atendimentos e consultas individuais, verificação da medicação de usuários portadores de diabetes, visitas domiciliares direcionadas a pessoas enfermas ou gestantes, prevenção dos casos de dengue nos acampamentos e em escolas próximas à UBS, prevenção do câncer de colo do útero, conversa com as gestantes sobre a prevenção de cárie e a respeito da importância da saúde bucal, aplicação de flúor na UBS para as crianças a partir dos 3 (três) anos, grupos com portadores de diabetes e hipertensão arterial, planejamento familiar e palestras com os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF):

“É... quando a gente... a gente conversa né com o paciente, ele chega aqui como usuário, por exemplo, agora tá tendo o... Covid 19, a gente tá esclarecendo ele sobre a doença, é quando tá tendo, não só no pico da dengue a gente faz orientação, os cuidados que tem que ter é... sobre higiene, acho que é isso, promover saúde” (Técnica de Enfermagem, UBS Y, 2020).

“Ó a gente faz, a gente... as ações de promoção... a gente não faz só assim, uma fala, uma orientação... um grupo, a gente faz no consultório também, entendeu? Aqui, principalmente, que aqui por ser uma área rural tem uma dificuldade de fazer grupos, mas a gente tem o contato no consultório e nesse consultório, no próprio consultório a gente faz muita orientação a esse respeito” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

“Quando a gente faz um... planejamento familiar com as mulheres né. Pra ver não só na questão dos anticoncepcionais, mas na questão de trabalhar a prevenção do colo de útero. (...) É... quando a gente procura é... ir atrás dos diabéticos pra ver se a medicação deles tá de forma correta (...) Bolsa Família que a gente trabalha também, a gente utiliza do Bolsa Família pra fazer palestra né, vai abordando vários temas aí esses beneficiários eles precisam passar pelo menos uma vez por semestre em uma palestra. Aí a gente reúne todos eles e faz uma palestra sobre acidente doméstico, a gente já fez também sobre é o... novembro azul com os esposos das mulheres beneficiárias” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

“Quando a gente reúne aquelas gestantes né e vai mostrando pra elas a importância da higiene bucal pra elas ter assim um gravidez assim mais tranquila sem... sem um problema de gengivite, sem um problema de cárie e essa informação ela já vai assimilando e depois vai passando pro seu bebê né, pra sua criança” (Dentista, UBS Z, 2020).

Alguns estudos que tiveram como objetivo analisar as concepções e/ou as ações a respeito da PS, também, encontraram resultados semelhantes, ou seja, as práticas classificadas como Promoção descritas pelos participantes de tais trabalhos envolviam, em grande parte, a realização de: consultas individuais, grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes, planejamento familiar, puericultura, visitas domiciliares, palestras educativas, gincanas, ações preventivas, campanhas e distribuição de preservativos (22,44,105,111,114,115,131).

Uma pesquisa que analisou as práticas de PS desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica participantes da etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no Brasil, em um determinado período, mostrou que as ações educativas referentes a planejamento familiar, rastreamento do câncer de colo do útero e do câncer de mama, aleitamento materno, prevenção e tratamento de hipertensão arterial e prevenção e tratamento de diabetes apresentaram números elevados com os percentuais de 79% (setenta e nove por cento), 82% (oitenta e dois por cento), 87% (oitenta e sete por cento), 89% (oitenta e nove por cento) e 90% (noventa por cento), respectivamente (132). De acordo com Kessler *et al.* (133), as estratégias de PS predominantes, no Brasil, são aquelas direcionadas à saúde da mulher, ao período reprodutivo e a grupos específicos de portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que são realizadas desde a implantação da APS no sistema de saúde brasileiro.

Além da referência ao Bolsa Família, um Programa do Governo Federal, os profissionais das 2 (duas) UBS, também, citaram as práticas desenvolvidas nas escolas como ações de PS, e mencionaram um outro Programa do Governo Federal, o Saúde na Escola:

“Então todo ano tem atividade nas escolas, tem o PSE né, de Saúde na Escola que é um programa, dentro desse programa tem vários objetivos e aí vai trabalhando aquilo que vai sendo mais importante que... que as professoras falam com a gente, pelas consultas que a gente vê aqui. Nas escolas a gente sempre teve, já teve demanda em relação a higiene, é pediculose é... nutrição, inclusive foi um trabalho que foi feito ano passado, ano retrasado, que até a Nutricionista também que a gente tinha no NASF né fez um trabalho lá na escola de nutrição, eles fizeram trabalhando a alimentação saudável e começaram em uma das escolas fazer um canteirinho de horta sabe? Teve um



trabalho de inclusão, deficiência, com o apoio da Fisioterapeuta, na época não tinha Residência, mas foi a do NASF também que fez um trabalho de inclusão é em relação ao paciente deficiente, com deficiência” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

“A gente tem uma escola aqui que tava com o índice grande de gravidez na adolescência. Então a gente é... foi feita aqui na equipe um planejamento e oferecemos isso lá na escola pra tá promovendo essa... ação de saúde é... na vida dessas adolescentes né, que estavam engravidando demais” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

“E também o trabalho que a gente faz nas escolas com é... distribuição do kit né de higiene bucal e o flúor a gente faz a cada semestre em todas escolas da... área” (Dentista, UBS Z, 2020).

Em concordância com os discursos destes profissionais de saúde, as informações apresentadas por Teixeira *et al.* (132) mostraram que 75% (setenta e cinco por cento) das equipes de Atenção Básica, do Brasil, participantes do PMAQ - AB, em um determinado ano, declararam ter realizado ações referentes ao Programa Saúde na Escola (PSE), sendo que as práticas de segurança alimentar e alimentação saudável, avaliação de saúde bucal e educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das IST/AIDS no ambiente escolar foram referidas por 68% (sessenta e oito por cento), 69% (sessenta e nove por cento) e 72% (setenta e dois por cento) das equipes, respectivamente.

Cabe ressaltar que as campanhas e as datas destinadas ao enfrentamento de alguns agravos, fatores de risco ou direcionadas ao incentivo de determinados comportamentos, estabelecidas pelo MS ou pelo governo local, foram abordadas pelos profissionais de saúde como práticas de PS que eles desenvolvem, a exemplo de: distribuição de preservativos nas estradas no período do carnaval, outubro rosa, novembro azul, aleitamento materno e vacinação. Essas campanhas, assim como o PBF e o PSE demonstram que as estratégias estimuladas pela gestão do sistema de saúde tanto a nível nacional, como a nível local, acabam por influenciar as “agendas” dos profissionais de saúde, de modo que além das necessidades dos usuários e do território, os trabalhadores precisam considerar o que é proposto por estas estratégias, quando a gestão local faz a adesão ao programa ou à política. Esta questão foi observada no trabalho de

Lopes *et al.* (22), onde algumas das práticas citadas pelos profissionais de saúde compreendiam os programas que eram preconizados pelo MS. Corroborando com este assunto, Gurgel *et al.* (111) relatam que em alguns Centros de Saúde, o planejamento das atividades de PS, na maior parte das vezes, busca atender as demandas repassadas pelas Secretarias Regionais ou Secretarias Municipais de Saúde. A seguir são apresentados os relatos de 2 (dois) profissionais de saúde:

“É... na época mais específica do carnaval, nós vamos pra BR distribuir preservativo (...). A gente faz, a gente faz bastante, muita coisa, outubro rosa, é... novembro azul, todas essas datas é... nós sempre fazemos e... a gente convida a comunidade eles vem é, por exemplo, na saúde do homem é... nesse ano foi, teve uma boa participação e... através de conversas mesmo, Rodas de Conversa (...) teve a participação da comunidade né, teve uma boa adesão e os homens tiraram muitas dúvidas né” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

“Teve a saúde do homem, teve no DF, HIV (...). Esse ano teve, por exemplo, novembro azul, câncer de mama, aleitamento materno. De acordo com os temas que vai surgindo também é... oficializados pela saúde né, a gente vai fazendo também esse trabalho” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

No que diz respeito aos grupos, os profissionais de saúde, de 1 (uma) das UBS, relataram a dificuldade para realizá-los devido às distâncias existentes na área rural, ao transporte público insuficiente para o deslocamento dos usuários, ao espaço físico inapropriado na UBS e em seu entorno que impedia, por exemplo, a criação de um grupo de caminhada com a comunidade, a equipe reduzida de profissionais e as demandas dos usuários que acabam por limitar o desenvolvimento deste tipo de prática. Um dos trabalhadores abordou que eles já haviam realizado grupos para falar sobre dengue, diabetes, hipertensão arterial e a respeito da importância da prática de atividade física e de ter uma alimentação saudável:

“Agora tá um pouco parado né, por causa do Corona, mas geralmente a gente fazia muito sobre Dengue né, que é uma situação que tá.... aqui no DF é bem né, é dengue, as vezes Diabetes pra discutir com as pessoas sobre alimentação, sobre qualidade de vida, atividade física, sabe? Pressão alta, assim tudo que... que vai fazer bem né, tipo atividade física que vai melhorar a pressão, vai melhorar a Diabetes, então são esses tipos de coisas que a gente faz. Geralmente quando tá bem cheio o Posto a gente fazia, né. Pra tipo conversar com eles, explicar porque, geralmente, o pessoal daqui é muito pobre né, são mais chacareiros que trabalham na região, são pessoas assim tipo que têm pouco estudo. Então, têm coisas que as vezes você pensa é tão simples pra

gente, assim saber que um...vamos supor, saber que uma atividade física vai ser bom pra Diabetes eles não sabem, então têm certas orientações que pra gente é... coisa simples e pra eles não” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Y, 2020).

A fala desta profissional demonstra que tais orientações e esclarecimentos, voltados para as modificações comportamentais e para evitar a ocorrência de certos agravos, são muito importantes no ambiente rural em que eles atuam. Diferente de um usuário que reside na zona urbana, um indivíduo que mora na área rural nem sempre possui acesso facilitado a algumas informações que possibilitariam o mesmo cuidar melhor da própria saúde, como aqueles que residem no contexto urbano. Além de, como relatado pelo profissional, serem pessoas com baixo nível de escolaridade e que vivem em situações de vulnerabilidade social e econômica. Assim estas ações que reforçam a autonomia, o autocuidado, a corresponsabilidade com a saúde e a territorialidade são muito necessárias, principalmente para a população da área rural, mas é preciso considerar o conhecimento que estes indivíduos trazem consigo, não realizando, apenas, como descrito por Rodrigues e Ribeiro (125) um depósito de informações nos sujeitos. Como já foi exposto nesta Dissertação, as ações de educação em saúde devem ser emancipatórias e dialógicas, possibilitando que profissionais de saúde e usuários construam vínculos fundamentados na escuta, no respeito e no valor a ser dado às experiências, histórias de vida e visões de mundo (125).

Mesmo reconhecendo a necessidade do enfrentamento das DCNTs que respondem por mais de 70% (setenta por cento) dos casos de óbitos no Brasil (134), de acordo com Carvalho, a PS precisa ter uma atuação mais abrangente, que considere as realidades em que vivem os sujeitos e coletividades, não focando apenas nos fatores de risco para a ocorrência de tais doenças (102). As ações focadas na dimensão individual associadas à prevenção de doenças específicas e seus fatores de risco, ainda que altamente desejáveis, parecem ter atuação restrita no campo da PS (128).

Uma das profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) da Escola de Governo Fiocruz (EGF) Brasília abordou sobre a mudança ocorrida em um dos grupos que existia na UBS, conduzido por uma profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) e que após a saída desta profissional, a residente acabou por assumir a condução do mesmo. O grupo, a princípio, era direcionado para indivíduos com queixas de dor na região da coluna e existia um limite de dias para a permanência dos usuários. Segundo o relato, a profissional residente observou que os participantes enxergavam o grupo como um espaço de socialização e optou por torná-lo um grupo de atividade física, aberto para a toda a comunidade, onde as pessoas não precisariam mais de um requisito para participar e a sua permanência não estaria vinculada a um número estipulado de dias:

“A nossa unidade tem assistência do NASF né, e aí tinha uma Fisioterapeuta nesse NASF, depois ela precisou sair de licença e aí ela tinha um Grupo da Coluna que ela atendia, e aí quando ela saiu eu acabei assumindo, mas aí a gente foi mudando, um pouco assim, a cara do grupo né. Antes era só pessoas que tinham alguma queixa de coluna e aí aos poucos a gente mudou o nome do grupo, não ficou Grupo da Coluna passou a ser Bem Viver e... ele ficou de portas abertas assim, então os próprios participantes chamavam outras pessoas pra participarem também né, só que continua sendo um grupo de exercício físico porque era o que eles, as pessoas queriam, gostaram e a gente continuou fazendo só a prática de exercício, de fortalecimento e alongamento né, mas aí já passou a ser um grupo aberto, um grupo de acolhimento assim, antes as pessoas tinham um tempo máximo pra ficar no grupo, agora já não tem mais, é participação livre, é aberta, então eu comecei a ver que muitas pessoas que faziam parte do grupo além de sentir dor na coluna, elas enxergavam o grupo como um espaço de socialização, pensei então não cabia a mim dizer que em quatro encontros ou oito que fosse eles até estariam reabilitados da coluna, mas eles voltariam pra casa, voltariam na rotina, poderiam continuar fazendo os exercícios, mas que seria uma forma de enxergar a saúde muito específica voltada só pra coluna né” (Fisioterapeuta, UBS Y, 2020).

Essa forma de conceber a saúde por uma ótica positiva pode expandir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, fazendo com que indivíduos com ou sem queixas possam ser beneficiados com as atividades que são ofertadas na UBS.

Um outro profissional residente comentou a respeito da realização do Diagnóstico Rural Participativo (DRP) em um território compreendido na área de abrangência da UBS. De

acordo com este profissional, esta ação tinha como objetivo conhecer as demandas e desenvolver estratégias que contassem com a participação dos moradores do local. Pelo relato apresentado abaixo, foi possível observar a presença de princípios como a participação social, a autonomia, o empoderamento e a territorialidade. Além disso, esta ação buscou otimizar a qualidade de vida dos moradores por meio de intervenções que melhoraram alguns aspectos do ambiente físico do território, ou seja, com referência a 1 (um) dos campos de ação da Carta de Ottawa (1986), o espaço foi transformado em um ambiente mais favorável à saúde da população. Tais características apontam que essa ação está mais associada à vertente crítica da PS:

“A gente teve um projeto que eu não cheguei a mencionar que é o DRP, que é Diagnóstico Rural Participativo, a gente começou a fazer ele numa microrregião lá na Vila XXXX e o propósito do DRP era entender a demanda do território e a gente desenvolver ações que beneficiassem o próprio território que partissem dele. Aí a gente começou a tentar é desenvolver alguns projetos lá dentro que fossem benéficos para a população e que eles participassem, um exemplo, foi a questão da poeira porque eles reclamavam muito da poeira e que quando vinha época de chuva era muita lama também, então a gente acabou empoderando algumas pessoas lá pra se mobilizarem e eles conseguiram a petrolagem lá pra essa Vila, então já foi um avanço que eles fizeram lá. Outra coisa que a gente conseguiu fazer também foi se organizar pra melhorar a questão visual da Vila, porque era muita, só era poeira mesmo, não tinha muita planta, então todo mundo se organizou, aí fez uma plantaçãozinha assim de árvores, de plantas. Eles queriam também um Posto de Saúde e a gente acabou entrando nessa temática do que é Saúde né, porque não podia ficar um Posto de Saúde dentro da Vila ali sabendo que eles já eram referenciados por uma UBS e eles queriam Academia também saúde, então a gente fez lá um trabalho de desenvolver caminhadas e de fazer alguns materiais que dê pra se exercitar e reciclado” (Dentista, UBS Z, 2020).

Uma consideração a ser feita é a importância dos profissionais do NASF e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) da Escola de Governo Fiocruz (EGF) Brasília no desenvolvimento de atividades coletivas e naquelas realizadas em ambientes externos às Unidades de Saúde. Isso foi observado, principalmente, em uma das UBS cuja a equipe é composta por 1 (um) Médico, 1 (uma) Enfermeira, 1 (uma) Técnica de Enfermagem e 1 (uma) Agente Comunitário de Saúde. Segundo os profissionais desta unidade, a equipe reduzida

restringe o trabalho dos mesmos ao atendimento das demandas que chegam até a UBS, limitando as idas ao território. A equipe reduzida foi um dos fatores apresentados pelos trabalhadores que dificultam a realização de ações de PS e que será abordado no próximo subcapítulo.

Outras ações mais amplas foram citadas pelos profissionais de saúde que atuam em 1 (uma) das unidades, como a Terapia Comunitária, a Horta Comunitária, o Ponto de Apoio, a distribuição de cestas básicas, em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e a realização de Automassagem, esta última, conforme foi informado, costuma ocorrer em alguns eventos ou antes do acolhimento dos usuários na UBS. Tais ações não tinham como alvo a prevenção de agravos ou a mudança de comportamento, voltada para a redução dos fatores de riscos associados a ocorrência de determinadas DCNTs, e foi observado que elas podem favorecer a presença de alguns princípios e valores da PNPS como a autonomia, o empoderamento, a equidade, a territorialidade, a integralidade, a solidariedade, a humanização, a justiça social e o respeito à diversidade. Assim, estas práticas demonstram estar mais alinhadas à vertente crítica da PS. A seguir são apresentados os relatos dos profissionais a respeito de algumas destas ações:

“Outro espaço também de muita potência é o espaço da Terapia Comunitária que também é conduzido por mim lá na Unidade, era né, antes dessa pandemia, mas é um espaço de muita potência, de muitos encontros é... importante né, de empoderamento, também, pra comunidade e ao meu ver é um dos espaços mais potentes de Promoção e de construção de saúde. A Terapia ela funciona em... em encontros semanais é organizado em roda né, em círculo. Ela é aberta a todos os públicos, criança, idosos, mulheres e inclusive a usuários que não sejam vinculados a nossa área de adscrição, todos são convidados” (Médico, UBS Z, 2020).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática que está presente tanto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (122), como na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (124). Esta prática constitui-se em um espaço onde se busca acolher e partilhar os sentimentos e as experiências vividas. Por meio dos recursos e competências dos indivíduos é estimulado a construção de uma rede social solidária para

enfrentar os problemas existentes no cotidiano (135). A TCI promove a realização de encontros interpessoais e intercomunitários, visando o resgate da identificação cultural dos indivíduos e suas comunidades, da valorização das histórias de vida de todos os participantes, da autoestima e da confiança de cada pessoa em si mesma e o aumento da capacidade de percepção dos problemas, permitindo a resolução dos mesmos a partir das competências locais, fazendo com que os indivíduos se tornem mais independentes e autônomos (135,136). Nesta técnica é explorado o conhecimento pluridimensional, em que se articulam as experiências de vida trazidas pelos sujeitos e coletividades com os saberes acadêmicos e científicos, estabelecendo, assim, relações horizontais entre os mediadores e os participantes da TCI (135). Desta forma, esta terapia é considerada uma prática intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Ao possibilitar que o indivíduo escute a si mesmo e aos outros participantes, ele pode ressignificar os seus sofrimentos, reduzindo o processo de somatização e complicações clínicas (123). De acordo com Fernandes *et al.* citado por Moraes (p. 30) (136), a TCI está em consonância com a PNPS por incentivar o desenvolvimento da autonomia e do senso de corresponsabilidade nos sujeitos. Além de favorecer o empoderamento individual e comunitário (137).

O compartilhamento de saberes, também, foi referido por 1 (um) dos profissionais ao citar a criação de uma Horta Comunitária na Unidade de Saúde, um projeto em fase inicial de construção. Segundo o profissional, o espaço da Horta Comunitária promove a troca de conhecimentos entre os usuários e os trabalhadores. Como a UBS está localizada em uma área rural, algumas mulheres conhecem sobre os benefícios das plantas e raízes e ensinam para os profissionais da equipe, assim como para os demais membros da comunidade. Relato semelhante foi realizado pelos profissionais da UBS X ao falarem sobre as rodas de conversa das plantas medicinais, onde apesar da referida unidade está situada na área urbana, a Região Administrativa da qual a mesma faz parte ainda possui vínculos com a zona rural. Com base no relato apresentado a seguir, é possível observar que a iniciativa da criação de uma Horta

Comunitária pode fomentar a presença de alguns princípios e valores que estão presentes na PNPS como, a construção de parcerias com a comunidade e com outros setores, a territorialidade, o incentivo à autonomia, ao empoderamento e o respeito às diversidades (16). Além de possibilitar a existência de um espaço que pode ser promotor de saúde e de cuidado, onde os usuários possam sentir-se corresponsáveis e atores participativos no desenvolvimento de tais ações:

“Então lá na unidade a gente tem uma Horta Comunitária que é um espaço em construção interessante porque a gente horizontaliza né os saberes e tem muita troca com a comunidade. A gente tem na região, por ser uma zona rural a gente tem muitas mulheres mais é... conhecedoras né das raízes, dos chás, dos xaropes e elas sempre tão por lá na unidade apoiando as atividades que a gente faz por lá e nos ensinam a usar as ervas que a gente tem lá na horta e, ensinam, também, alguns usuários que, eventualmente, tão por lá, aguardando algum atendimento. Então é uma área de bastante troca da unidade né, inclusive de empoderamento, é uma área que não depende exclusivamente da unidade pra funcionar, como era o objetivo desde o começo” (Médico, UBS Z, 2020).

Além de ações como a que acabou de ser mencionada que acontecem na UBS, os profissionais, de 1 (uma) das Unidades, citaram a criação de Pontos de Apoio. De acordo com a PNAB, as UBS poderão ter Pontos de Apoio para prestar assistência às populações dispersas, a exemplo das rurais, das ribeirinhas, das que vivem em assentamentos, nas áreas pantaneiras, etc (15). O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) deve contar com ações que se expandam para fora dos muros dos estabelecimentos de saúde e alcancem as dimensões culturais, históricas políticas e socioeconômicas dos sujeitos e coletividades com o objetivo de promover a saúde destes indivíduos (100). Como relatado no discurso abaixo, os Pontos de Apoio aproximam os serviços de saúde da comunidade, fazendo com que os usuários não precisem se deslocar até a UBS com tanta frequência. Além do Agente Comunitário de Saúde (ACS), outros profissionais da Equipe de Saúde da Família se intercalam na prestação de serviços nestes Pontos de Apoio. Considerando as características do território onde a UBS está situada como as distâncias existentes na área rural, a indisponibilidade de transporte público suficiente e as condições socioeconômicas dos usuários, esta iniciativa ao oportunizar o acesso



dos indivíduos as ações e serviços da unidade, pode ser vista como uma ação solidária, humanizada e promotora de equidade e da integralidade (16):

“A gente tem os Pontos de Apoio né, que a gente vai e fica uma vez por semana, ficava até a pandemia né, agora tá meio diferente, mas a gente ficava uma vez por semana nesses Pontos de Apoio que são espalhados em todas as nossas áreas, e nesse Ponto de Apoio o Agente de Saúde ele oferece pra comunidade o acesso mais fácil né, como é uma área rural e é muito distante pra que eles não se desloquem lá pro Posto. A gente vai lá uma vez por semana pra ter esse lugar que fica mais próximo pra comunidade e pra é organizar coisas pontuais que ele podem ir até lá procurar, é troca de receitas a gente pega e leva até o médico, pra evitar que eles se desloquem né. Por causa aqui das condições de transporte público também, acho que isso, também, é uma forma de promover a saúde deles” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

No que diz respeito à frequência das ações, os profissionais referiram algumas que acontecem de forma pontual como as palestras com os beneficiários do Programa Bolsa Família, as campanhas e eventos realizados em alusão a alguma data prevista no calendário da saúde, a prevenção aos casos de dengue, a prática de automassagem, a distribuição de cestas básicas, as ações nas escolas e as atividades coletivas desenvolvidas pelos profissionais do NASF. Já outras são realizadas mais frequentemente como as orientações, os atendimentos, as consultas individuais, os Pontos de Apoio e as Rodas de Terapia Comunitária, estas executadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da família, e os grupos que são desenvolvidos pelos profissionais residentes. Sícoli e Nascimento destacam que a permanência das práticas de PS é fundamental, considerando a complexidade envolvida no desenvolvimento de iniciativas promotoras de saúde e que os seus impactos poderão ser percebidos a médio e longo prazo (113). Ademais, a frequência e sustentabilidade destas ações é dependente do apoio que a gestão oferece aos profissionais que atuam nos serviços e se as mesmas são importantes para o cumprimento de metas estabelecidas para cada unidade, não sendo apenas uma decisão das equipes de saúde.

Quanto às parcerias, além das já tradicionais com as escolas, os profissionais de saúde da UBS Y e da UBS Z apontaram articulações com entidades como as igrejas, o CRAS,

o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), outra UBS e aquelas que buscavam atender as especificidades da área rural como as parcerias com a comunidade, a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) e a Secretaria de Populações Vulneráveis do DF. Os trabalhadores, também, citaram como parceira a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pelo fato das Unidades de Saúde serem campos para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC). A seguir são apresentadas algumas falas dos profissionais a respeito das parcerias:

“Por enquanto a horta tá num projeto assim mais inicial, (...) as mudas que têm lá elas foram oferecidas por uma entidade agrícola que tem parceria com uma universidade que a gente também tem vínculo lá em Planaltina, que é a EMATER. E ela fornece mudas pra gente e a gente também contou com as doações que vieram do XXXX (entrevistado citou o nome de uma Unidade Básica de Saúde)” (Médico, UBS Z, 2020).

“É o pessoal da EMATER é outra ação também que a gente realiza aqui é... eles vem, a gente faz, convida o pessoal que trabalha com veneno. É... o uso, o descarte, o uso e o descarte das embalagens que os agricultores usam nas fazendas, é aí vem.... eles trazem até laboratório, faz laboratório pra saber se essa comunidade tá intoxicada com esses venenos e levam todas as embalagens que eles tem em casa” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

As escolas, as igrejas e a comunidade foram mencionadas como parceiras para a implantação dos Pontos de Apoio, como é apresentado, a seguir, no relato do profissional:

“É... nós temos como parceria também algumas lideranças políticas da própria comunidade que inclusive recebem os serviços, recebem e auxiliam né, em alguns Pontos de Apoio, que a gente tem, a gente descentraliza alguns atendimentos pra regiões mais próximas dos aglomerados urbanos como é uma zona rural as distâncias são muito grandes e a gente faz é... atendimentos em Pontos de Apoio também e aí a gente conta com o apoio de Igreja, Escola, de Associação de Moradores que inclusive de... moradores que não são líderes comunitários, mas que nos recebem em algum espaço do seu terreno, da sua granja, da sua chácara pra gente prestar algum serviço ou prestar algum encontro junto à comunidade (...). Enfim é... é um ponto muito importante também de troca” (Médico, UBS Z, 2020).

Os profissionais, de 1 (uma) das UBS, relataram o apoio da Igreja que cede o local onde a Unidade de Saúde funciona. Como este espaço não pertence a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), os trabalhadores contam com a ajuda da comunidade para pequenas reformas no imóvel e pagamento da conta de energia. Mesmo que não esteja diretamente

relacionada a uma ação de PS, a questão da infraestrutura da UBS pode influenciar no processo de trabalho e na prestação dos serviços para a população:

“E assim a população, as vezes, quando a gente precisa de alguma coisa como aqui aconteceu uma época de ficar sem luz, até o pessoal da população se reúne pra a ajudar a pagar, sabe? Porque aqui como não é do GDF aqui a gente que arca com algumas coisas né, aí a luz aqui eles não pagam. Aí então assim muitas vezes a população ajuda muito, as vezes precisa de alguma coisa, uma reforminha, os próprios moradores que tem mais condições que oferecem, ou com mão de obra ou com dinheiro né quem pode. Precisava fazer uma pintura, alguém doava uma tinta, outro vinha e pintava de graça” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Y, 2020).

No tocante à Fiocruz, os profissionais destacaram a importância dos residentes na ampliação do leque de parcerias e na realização de ações externas ao ambiente da UBS:

“Com a chegada da Fiocruz a gente teve um maior acesso a essa rede né, hoje a gente tem parcerias com... o Ministério da Cidadania, eles... os residentes eles procuram muito esse link né. Essas ações com os outros órgãos, então com a chegada dos residentes a gente teve mais esse braço né, pra nos ajudar e eles conseguiram fazer essa interligação entre esses parceiros” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

“Com a Residência aqui a gente tem esse braço, essa Residência é nosso braço ali na comunidade, por exemplo, elas chegaram, quando elas chegaram pra fazer o trabalho dentro do acampamento e levantaram as demandas e com esse levantamento a gente começou a fazer os trabalhos do acampamento” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

Na análise destas parcerias, ainda que a maioria delas tenham demonstrado ser pontuais, ficou evidenciado que em 1 (uma) das UBS onde foram relatadas um número maior de articulações com outros setores, a quantidade de ações ofertadas para a população, também, era maior, sendo que algumas delas não eram executadas, diretamente, pelos profissionais da UBS, mas que podia trazer repercussões para a saúde da população, como a verificação de indivíduos intoxicados por agrotóxicos realizada pela EMATER e a distribuição de cestas básicas pelo CRAS. Assim como os seus trabalhadores conseguiam sair com mais frequência da Unidade de Saúde, aproximando os profissionais e os serviços da comunidade, o que favorece o reconhecimento das necessidades do território. Desta forma, cabe reforçar a essencialidade das parcerias e ações intersetoriais para a PS, visto que o agir sanitário depende da construção de uma rede de compromissos e corresponsabilidades em favor da vida (108).

Lasmar (44) complementa afirmando que talvez um dos “segredos” para o sucesso de uma prática promotora de saúde e bem-estar, é que não bastam saberes isolados e ações isoladas, se o objeto em questão é multifatorial e multicausal.

Com a finalização da análise sobre as ações relatadas pelos profissionais da UBS Y e da UBS Z, observou-se a presença de práticas vinculadas à vertente crítica e à vertente conservadora da PS, com predomínio desta última, em que as ações incentivavam a mudança de hábitos, de comportamentos individuais e direcionadas à prevenção de alguns agravos e fatores de risco. As ações destes profissionais estão de acordo com as percepções de PS que os mesmos apresentaram e que foram relatadas no primeiro subcapítulo desta Dissertação. Esta pesquisa apresentou algumas semelhanças com a revisão sistemática realizada por Cincurá (21) em que foi demonstrado que as práticas de PS dos indivíduos investigados ainda permanecem direcionadas para a modificação dos comportamentos dos sujeitos, sendo desenvolvida, principalmente, por meio de estratégias de educação em saúde. Nos quadros a seguir é apresentada uma síntese das percepções e ações de PS relatadas pelos profissionais de saúde que atuam na UBS Y e na UBS Z, de acordo com a vertente da Promoção a qual estão alinhadas:

**Quadro 3** – Percepções e ações de Promoção da Saúde dos profissionais da UBS Y e da UBS Z (Vertente conservadora ou comportamental)

<b>Percepções a respeito da Promoção da Saúde</b>	<b>Ações de Promoção da Saúde</b>
A - Antes de tudo vem a Promoção da Saúde (PS) e a prevenção. Se você conseguir fazer essa parte da PS e da prevenção, os hospitais vão ficar bem mais vazios.	- Acolhimento, orientações, atendimentos e consultas individuais;  - Visitas domiciliares;
B - Para promover saúde é preciso saber as condições que o indivíduo tem pra viver e dentro daquilo que ele tem, o que ele pode fazer para melhorar a sua situação, pra prevenir de doenças, pra melhorar a qualidade de vida. E colocar o sujeito como um agente principal da mudança da sua saúde, da sua situação de vida também, que muitas vezes eles ficam esperando muita coisa do governo, da gente mesmo.	- Prevenção dos casos de dengue;  - Prevenção do câncer de colo do útero;  - Prevenção de cárie e sobre a importância da saúde bucal;  - Grupos com portadores de diabetes e hipertensão arterial;

C – Fazer com que as pessoas tenham entendimento de que elas também são capazes de conduzir uma melhora da vida delas, melhora do estado de saúde, que todos nós detemos o dever de cuidar da gente. E tentar mostrar o que faz bem, o que faz mal, mas que cada um tem o domínio da sua saúde.	- Palestras com gestantes e beneficiários do Programa Bolsa Família;  - Planejamento familiar;  - Ações nas escolas; e
D - PS é a educação pra prevenção.	
E - Quando se realiza eventos que faz com que o paciente, a comunidade mude hábitos de vida, estilos de alimentação, até mesmo a forma de olhar a sua própria saúde, de cuidar de si próprio.	- Campanhas previstas no calendário da saúde (distribuição de preservativos nas estradas no período do carnaval, outubro rosa, novembro azul, aleitamento materno e vacinação).

Fonte; Elaboração própria, 2021.

**Quadro 4** – Percepções e ações de Promoção da Saúde dos profissionais da UBS Y e da UBS Z (Vertente crítica)

<b>Percepções a respeito da Promoção da Saúde</b>	<b>Ações de Promoção da Saúde</b>
PS é algo que vai além do que só a própria assistência. A pessoa não precisa estar sintomática pra você poder promover a saúde dela.	- Terapia Comunitária Integrativa;  - Horta Comunitária;
PS seriam todo o conjunto de políticas e de estratégias adotadas pela Atenção Primária e outras formas de saúde, as benzedadeiras, as raizeiras, a própria comunidade. É produção de bem-estar e produção de felicidade também.	- Pontos de Apoio;  - Distribuição de cestas básicas (em parceria com o CRAS); e  - Diagnóstico Rural Participativo (DRP) e Grupo de Atividade Física (realizados pelos profissionais residentes).
PS numa perspectiva do protagonismo do processo saúde, de ter a população junto com a gente discutindo as melhorias do território que eles vivem.	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

### 5.3 FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA A REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste subcapítulo serão apresentados os fatores que facilitam e aqueles que dificultam a realização de ações promotoras de saúde relatados pelos profissionais das 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS). De acordo com os discursos, tais fatores estão relacionados

ao perfil e à formação dos profissionais, ao processo de trabalho, às características do território, às questões relativas à infraestrutura da Unidade de Saúde e à ausência de itens necessários para que eles prestem um trabalho melhor para a população.

A respeito dos facilitadores, alguns profissionais indicaram o comprometimento dos membros da equipe de saúde em ofertar um bom trabalho para a população:

“Hoje na minha equipe os fatores que facilitam é o fator humano. As pessoas elas são muito comprometidas em fazer o trabalho, não há empecilhos né, elas colocam os bem materiais, elas colocam o carro delas, elas compram com o dinheiro delas o que tá faltando, é um pouco clichê falar isso que todo mundo faz né, que todo mundo tá vivenciando isso, mas lá na equipe é isso mesmo” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

O perfil e a formação dos profissionais foram mencionados tanto como um facilitador, como um dificultador, desta forma este assunto será, novamente, abordado quando for apresentado os elementos que constituem este último.

Outros trabalhadores destacaram o fato de estarem próximos da comunidade e o vínculo construído com os usuários como questões importantes para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde (PS):

“Aqui a facilidade que eu acho que nós estamos pertos da comunidade. E a comunidade já tem um vínculo assim, a maioria tem vínculo já com a equipe” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

“É justamente esse tempo que você tem pra poder dialogar né, você aproximar da comunidade e... dialogar com ela, saber, também, quais são seus anseios, o que as incomoda né, e estar atento a isso, a ouvir, porque aí você vai fazer um apanhado do que a comunidade espera que vocês, que o serviço ofereça” (Técnica de Enfermagem, UBS X, 2020).

A construção de vínculos favorece a presença do atributo da longitudinalidade que pressupõe a existência de uma fonte regular de assistência e sua utilização no decorrer do tempo, independente da presença ou ausência de um problema de saúde. A longitudinalidade está relacionada a vários benefícios como menor uso dos serviços sanitários, atenção mais adequada e satisfatória, diminuição da ocorrência de doenças preveníveis, melhor compreensão dos problemas dos usuários, menor número de hospitalizações e redução de custos (49).

O vínculo entre profissional de saúde e usuário ou equipe de saúde e usuário é construído com base na confiança depositada pelo usuário no profissional e pela responsabilização deste ou da equipe com o cuidado e a realização de práticas promotoras de saúde destinadas aos sujeitos e a coletividade (31). Este vínculo estabelecido entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e os usuários pode fortalecer um outro facilitador que foi citado pelos profissionais, a participação e adesão da comunidade nas atividades desenvolvidas na UBS devido aos benefícios que a população recebe por meio das ações realizadas:

“E eu acho que o que mais empodera a Promoção da Saúde é realmente a participação da população pelos efeitos que ela recebe né, pelos benefícios que ela tem logo num primeiro contato, num primeiro grupo, numa primeira prática, numa primeira respiração né, na mudança da alimentação, no encontro da coletividade” (Médico 1, UBS X, 2020).

“Então, que facilita é mais o comprometimento da comunidade em si né, porque quando a gente desenvolve algum projeto que promova saúde, eles sempre querem participar, se interessam e sempre são comprometidos com aquilo que é proposto em prol da saúde deles” (Dentista, UBS Z, 2020).

Desta forma, é possível observar que a proximidade dos trabalhadores com a população adstrita favorece esta participação da comunidade nas ações, da mesma maneira que, conforme relatado por Arce (138) as práticas de saúde devem proporcionar, entre outros objetivos, o vínculo longitudinal na APS.

No que diz respeito aos dificultadores, a análise dos dados possibilitou compreender os desafios vivenciados para a realização das práticas de PS nos serviços de saúde que participaram desta pesquisa. Estes dificultadores podem ser aglutinados em 2 (dois) grupos, 1 (um) deles contempla, o histórico de implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF), o perfil e a formação dos profissionais de saúde, o processo de trabalho nas UBS e o preconceito sofrido pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), já o outro grupo é referente à infraestrutura disponibilizada para esses trabalhadores executarem as ações, ao número reduzido de trabalhadores nas equipes e aos elementos que

fazem parte do território em que 2 (duas) das unidades estão inseridas como as distâncias na área rural e a quantidade insuficiente de transporte para o deslocamento dos usuários e dos profissionais de saúde.

O histórico da APS e o atraso na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no DF foram abordados no 3º (terceiro) capítulo do Referencial Teórico desta Dissertação. Quanto ao perfil e à formação profissional, apesar da realização de 9 (nove) Conferências Internacionais sobre a PS e outros eventos promovidos ao longo dos anos que contribuíram para a evolução do conceito de PS, a formação dos profissionais de saúde parece não ter conseguido incorporar as modificações ocorridas nas concepções a respeito deste tema. A seguir são apresentados 2 (dois) fragmentos em que os profissionais abordam o histórico recente da ESF, a baixa cobertura da APS no DF, o perfil e a formação dos profissionais de saúde:

“Eu acho que o mesmo fator que ajuda é o fator que as vezes atrapalha pelo menos de forma principal que é o perfil do profissional que atua na Atenção Primária. O Distrito Federal ele conta com uma história muito recente do estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família no seu território, é um dos territórios nacionais mais é recentes, da implantação da Estratégia de Saúde da Família e isso conta com algumas consequências ainda no seu funcionamento hoje. Então por ser muito recente, muitos profissionais foram relocados de outros serviços pra atuar na Atenção Primária e em muitos casos esses profissionais não têm o perfil, inclusive além de não ter o perfil, não tiveram formação especializada pra atuação nesse setor. Como é uma Estratégia, é um setor que requer um entendimento de relacionamento comunitário né, e de vínculo, ele é todo baseado em construção de vínculos, ele tem um preceito bem diferente do encontro pra saúde realizado, por exemplo, na Atenção Secundária que são encontros pontuais né, são consultas de urgência, consultas com especialistas, não há o estabelecimento de vínculo” (Médico, UBS Z, 2020).

“Eu acho que uma coisa que dificulta realmente é a pouca cobertura da Atenção Primária, insuficiente e que desvirtua a Atenção Primária e aí termina atendendo é mais a doença do que a saúde né, termina não conseguindo ir para o território, termina não conseguindo ter a participação realmente, tudo isso e que, às vezes, são até chamadas de Upinhas, as unidades de Upinhas né, se transformam em Upinhas. E a gente, realmente, não tem a oportunidade de assistir a força da Atenção Primária ainda e, especialmente, no Distrito Federal que é uma coisa que foi atrasada em relação ao resto do Brasil. E, também, por essa questão mesmo da formação dos profissionais, muito deficiente na área de Promoção. Essa formação é... viciada eu diria assim, em atender a doença né, atender o problema, e que tem todo um contexto que a gente já falou aqui de ter um interesse comercial em cima disso, e que termina sendo uma tentativa consumista, você ser um Médico especialista, ser um Nutricionista especialista, então essa formação é muito deficiente, embora já



tenham tido evoluções muito boas, assim esse assunto já é discutido, já tá dentro das universidades” (Médico 1, UBS X, 2020).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer parte da agenda, de maneira mais incisiva, a necessidade de abordar um conceito ampliado de saúde. Isso acarretou inserir na formação outros fatores, além do biológico, no entendimento do processo saúde/doença, assim como possibilitar a compreensão dos distintos contextos sociais e epidemiológicos do Brasil e desenvolver a capacidade de analisá-los de forma crítica. Havia a necessidade, também, de adotar uma concepção de trabalho em equipe multiprofissional, visto como algo importante para a construção de respostas mais abrangentes e potentes diante das demandas de saúde, de modo que pudessem ser abordadas em sua complexidade e em uma lógica não medicalizante (50).

Os conceitos de PS e de APS necessitam de modelos de formação profissional que contemplem densidade científica, respeito à subjetividade e responsabilidade social (139). Essa natureza dinâmica e complexa que envolve a PS demanda uma formação profissional com capacidades que favoreçam formular e pôr em prática seus princípios teóricos e metodológicos, com base na contínua reflexão a respeito das contradições existentes nos territórios e a necessidade de enfrentamento dos desafios e expectativas das comunidades (103). Entretanto, encontrar profissionais habilitados a repensarem as suas ações a partir do que é proposto pela PS não representa uma tarefa fácil, tendo em vista que a formação acadêmica de grande parte dos trabalhadores de saúde é voltada para a área clínica, com maior foco dado às práticas assistenciais e reduzida presença das ações de Promoção (16). No Brasil, o ensino superior em saúde está, ainda, atrelado a um modelo de prática hospitalocêntrica, especializada, de caráter privatizante e com formação voltada para as ciências das doenças, que tem demonstrado ser incapaz para atender as necessidades sociais por saúde (139,140). A formação dos profissionais de saúde, quando não é associada aos modos de vida e condições de saúde de uma comunidade, resulta em um despreparo para lidar com usuários de diferentes realidades socioculturais, o que

representa uma barreira para o alcance da longitudinalidade na APS (99). Assim, conforme descrito por Tavares *et al.* (103), se faz necessário uma modificação nas instituições de ensino de modo que o agir da PS leve em consideração outros possíveis setores ao discutir temas, como os determinantes sociais.

Além do perfil e da formação profissional, o processo de trabalho foi citado por alguns dos entrevistados como um dificultador, tanto por terem uma equipe reduzida de profissionais e pelo excesso de demandas por consultas individuais que impossibilitam a equipe de saúde alterar a sua forma de trabalho e desenvolver ações que abarquem toda a população e não, apenas, aquelas com possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de alguma enfermidade, como pelo fato de que as práticas de PS não são tão valorizadas, o que se traduz em uma baixa frequência de tais ações no cotidiano dos atendimentos dos profissionais de saúde. Os relatos de 2 (dois) dos entrevistados sobre estas questões são apresentados abaixo:

“A gente tem uma questão grande que a unidade não dá conta de toda a sua área de abrangência né, mas também porque parte muito da perspectiva da doença, assim deixa tratar quem já está doente e não divide o tempo em deixa eu olhar quem está doente e deixa eu tentar desenvolver uma nova forma de olhar pra quem está saudável que não seja em consultas individuais, talvez em grupos. Mas ainda enxerga muito a Atenção Primária como uma perspectiva da doença que ela precisa estar presente também, ela não pode ser excluída, mas não consegue enxergar a Atenção Primária numa perspectiva da Saúde. Se você não pensar ações de Promoção pra olhar essas pessoas enquanto elas ainda estão saudáveis e deixar que elas procurem a unidade só quando elas estão doentes aí a equipe, realmente, não vai dar conta” (Fisioterapeuta, UBS Y, 2020).

“E a outra coisa que a escala é que as vezes é difícil colocar a ação de Promoção da Saúde na escala do servidor, né? Então se faltou uma coisa, tira lá da Promoção da Saúde, tira da Prática Integrativa, é a primeira coisa geralmente que pára e que dificulta também a implantação disso” (Médico 1, UBS X, 2020).

O excesso de demandas, devido ao grande número de pacientes, e o pouco tempo para realizar ações de PS foram citados no estudo de Lopes *et al.* (22). De acordo com Cavalcanti e Cordeiro (95), na área da saúde, a clínica acaba sendo hegemônica, o que dificulta o diálogo para além deste setor. As equipes de saúde ficam com as agendas mergulhadas em queixas condutas, na atenção aos processos de adoecimento e na prevenção de risco aos casos

de diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose, malária, febre amarela, dengue e outros, restando-lhes pouco tempo para formular estratégias destinadas a construir ambientes saudáveis (141). Contudo, o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária não deve contemplar, somente, a assistência à demanda espontânea (modelo de cuidado voltado para o atendimento de condições agudas), mas sim um cuidado integral que aborde a PS, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos que podem comprometer a autonomia dos indivíduos (15,32). Além disso, a insuficiência de ações assistenciais que consigam responder satisfatoriamente aos problemas de saúde da maioria da população destaca a necessidade da PS como política e prática que deve estar presente na responsabilização e no cuidado em saúde (125).

Também foi pontuado por alguns dos entrevistados sobre o preconceito advindo de outros profissionais de saúde e até mesmo dos usuários com relação às PICS, o que, em parte, pode ser atribuído ao processo formativo dos trabalhadores de saúde com uma orientação voltada para o modelo biomédico e curativista e a falta do conhecimento a respeito de tais práticas:

“Então, eu acho que é a falta de servidores né, porque, por exemplo, nas UBS eu sei que estão assim sobrecarregados. Então a gente percebe que há um excesso de trabalho e que não dá pra desenvolver ações de Promoção. E têm alguns fatores também, por exemplo, alguns colegas que vão pra fazer as Práticas Integrativas, as vezes acabam sendo tachados assim pelos outros que estão sobrecarregados né, “a aquele lá”, “olha tá doido pra não trabalhar”, e como se não fosse um trabalho, é como se essa Promoção não tivesse importância, ou não fizesse parte desse feeling que é a Atenção Primária” (Técnico de Enfermagem, UBS X, 2020).

“É, talvez um desconhecimento que ainda existe a respeito do que seja a Prática Integrativa em Saúde. Em outros pontos de atenção as Práticas Integrativas ainda são objeto de muita discriminação, então há resistência local dentro da própria unidade, as vezes há resistência da população, quando encontra aquele serviço sendo oferecido e a pessoa não tem assim o conhecimento pra que que serve aquilo. E o que muito deles me relatam, por exemplo, é que eles têm o horário de ofertar a prática e aí naquele horário eles sofrem um certo boicote, eles precisam utilizar uma tenda e alguém vai lá e estaciona o carro, acha que a tenda tem mais utilidade sendo cobertura de estacionamento do que abrigando aquela dancinha ou aquela coisa que... vocês vão dançar agora, ou vocês vão passar o tempo, tão fugindo do trabalho” (Médico 2, UBS X, 2020).

A falta de apoio da equipe de trabalho foi observada no estudo de Moraes (136) que buscou avaliar o processo de implantação e continuidade de uma Prática Integrativa, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), vinculada a serviços de saúde, em municípios do sertão paraibano. Um outro estudo que teve como objetivo descrever a prática de TCI no estado de Santa Catarina, também, encontrou resultados semelhantes no que concerne a falta de apoio dos demais profissionais, além da ausência de incentivo da gestão local e da resistência dos usuários às ações que envolvem atividades coletivas (137). Segundo Albuquerque e Stotz (142), no cotidiano dos serviços de saúde as práticas educativas recebem pouca ou nenhuma importância, trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os trabalhadores envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é reduzida e de difícil acesso para os profissionais (142). Desta forma, para superar as situações relatadas pelos entrevistados nesta pesquisa em que as PICS são desvalorizadas na rede de saúde é importante o repasse de informações sobre os seus benefícios e onde elas são disponibilizadas tanto para os profissionais de saúde, como para os usuários, de modo que o desconhecimento não seja um empecilho para a oferta das Práticas Integrativas nos serviços assistenciais.

Pelo que foi exposto neste subcapítulo sobre a formação dos profissionais e o processo de trabalho ficou evidenciado que a modificação no cotidiano dos serviços de saúde para que as ações de PS sejam mais frequentes constitui-se em uma tarefa complexa, visto que de acordo com Reis *et al.* (143) não será fácil alterar o modelo assistencial vigente no país, pois ele mexe com formas seculares de como a saúde vem sendo produzida e com o conhecimento que norteia as suas práticas. Além disso, não é possível conceber de maneira simplista, que somente a implantação da ESF na estrutura de uma UBS promova a mudança de modelo de atenção defendida pelo SUS. Tal modificação necessita de alterações nos processos de trabalho, na gestão e na formação (143). Assim, não basta, apenas, um profissional ter o conhecimento da vertente crítica da PS para conseguir implementá-la na Unidade de Saúde (102), para isso

ele precisa contar com o apoio da gestão, dos demais profissionais e dos usuários. No DF, por exemplo, a Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do DF, pouco aborda sobre a Promoção, os indicadores são vinculados a consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, rastreamento dos casos de câncer de mama e do colo do útero, percentual de portadores de diabetes e hipertensão arterial atendidos e verificação da situação vacinal de crianças (69).

Para que a PS seja efetivada nos estabelecimentos de saúde faz-se necessário reorganizar os processos de trabalho, capacitar e formar profissionais e gestores nas dimensões políticas, conceituais e metodológicas da PS (144). Desta forma, o investimento em educação permanente para estes trabalhadores é fundamental (16), de modo que estes possam ressignificar os perfis de atuação e fortalecer a assistência à saúde no SUS (145). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratifica esta questão ao incluir a formação e educação permanente como um tema prioritário e que está presente, também, nos objetivos específicos, diretrizes, eixos operacionais e nas competências comuns a todas as esferas de gestão do setor saúde da referida política (16). Assim, os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde devem ser formulados com base na problematização dos processos de trabalho com o propósito de transformar as práticas profissionais e a forma como é realizada a organização dos serviços, tendo como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, da gestão setorial e do controle social em saúde (146).

No 2º (segundo) grupo dos dificultadores foram citadas questões referentes à infraestrutura, à equipe reduzida de profissionais e às distâncias existentes nos territórios. Tais dificultadores foram mencionados pelos profissionais de saúde que atuam nas 2 (duas) UBS localizadas na zona rural.

A falta de apoio dos governos com a APS foi abordada ao falarem sobre a ausência de insumos, medicamentos, equipamentos e materiais básicos na prestação das ações e serviços

para a comunidade. Corroborando com esta informação, os trabalhos de Rocha e Trad, Cotta *et al.* e Marqui *et al.* (87,147,148), também, evidenciaram a ausência ou insuficiência de tais itens nos serviços de Atenção Primária. Além disso, como já descrito nesta Dissertação, 1 (uma) das UBS funciona em um espaço cedido pela Igreja, o que faz com que os ambientes sejam improvisados e sem a estrutura adequada:

“O que dificulta é exatamente esse não comprometimento dos governos com a gente, com a Atenção Primária ou com a saúde em si. Porque falta carro, falta é remédios, falta é coisas básicas, a gente passou uma época que a gente não tinha luva, não tinha gases, então assim esse faltar ele é cotidiano da gente” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

“A nossa Unidade, nós estamos num lugar emprestado, nem aluguel e nem comodato fechado ainda, então a gente não consegue receber uma obra porque não é nosso é da Igreja. Só tem aqui da Secretaria os móveis e os servidores, mas o ambiente é improvisado também, tinha que ter sala adequada pra vacina” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

Os trabalhadores de saúde de 1 (uma) das unidades cuja equipe de saúde é composta por 1 (um) Médico, 1 (uma) Enfermeira, 1 (uma) Agente Comunitário de Saúde e uma Técnica de Enfermagem falaram sobre o número reduzido de profissionais para o atendimento da população adstrita, o que limita a realização de outras práticas devido ao excesso de demandas espontâneas. Essa dificuldade, também, foi indicada no estudo de Cotta *et al.*, Marqui *et al.* e Trindade e Pires (87,148,149):

“Aqui na minha unidade é... pouco servidor. Pouco servidor e o espaço físico também é insuficiente, a falta de equipamento de modo geral e assim... eu vejo uma dificuldade também do paciente chegar até a gente e da gente ir até eles. Por exemplo, a gente não ter um carro, não ter servidor suficiente” (Técnica de Enfermagem, UBS Y, 2020).

Segundo Cruz e Brutscher (97), a sobrecarga dos trabalhadores de saúde na APS compromete o incentivo e o exercício da construção participativa e influencia no acolhimento, na receptividade e na possibilidade (ou não) de participação dos usuários na gestão dos serviços.

O dificultador com maior expressividade nos relatos, citado por 7 (sete) dos profissionais entrevistados, foi a ausência ou a insuficiência de transporte para os trabalhadores e para o deslocamento dos usuários. Uma das UBS conta com o veículo disponibilizado pela

Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) em 1 (um) dia da semana, já para a outra unidade este recurso não é disponibilizado. Associado a esta dificuldade, 5 (cinco) profissionais abordaram sobre as distâncias, algo que impacta no processo de trabalho da equipe e no acesso da população ao serviço de saúde. Além disso, os dificultadores referentes à distância e ao transporte comprometem a construção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde e podem representar, também, barreiras no reconhecimento do território pelos trabalhadores e na proposição de ações que busquem melhorar a qualidade de vida da população:

“E o que atrapalha que falta mesmo é por exemplo, transporte, as vezes nós queremos, gostaríamos de visitar alguém, fazer uma ação em algum local e não vamos por conta de transporte porque tem locais que a gente não coloca o nosso carro, não tem como né, a maioria deles nós vamos no nosso próprio carro” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

“Aqui eu acho que falta muito assim é... é a distância é muito difícil pra população né, que é uma área rural muito extensa. É a falta de... de veículos também que a gente tem né, pra fazer uma visita mais distante” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Y, 2020).

O transporte insuficiente ou a sua ausência foram evidenciados no estudo de Rocha e Trad, Cotta *et al.* e Marqui *et al.* (87,147,148).

As dificuldades aqui apresentadas no que diz respeito a infraestrutura, número insuficiente de profissionais diante do quantitativo dos usuários e o acesso reduzido ou inexistente ao transporte encontraram convergência na literatura e como afirmado por Cotta *et al.* não representam problemas pontuais, mas sim aspectos gerais presentes no contexto da saúde pública brasileira, que necessitam de solução e devem ser objeto de proposições e programas governamentais de maior abrangência (148). Ademais, tais questões apontam para fragilidades na universalização e integralidade das práticas desenvolvidas na APS em nosso país (149). Cabe destacar que Marqui *et al.* (87) relatam que a melhoria nas condições laborais incentiva a motivação para o trabalho em saúde, visto que a valorização dos profissionais pode oportunizar o desenvolvimento de uma assistência à saúde de qualidade e efetiva. Por isso, é

fundamental compreender o processo de trabalho na Atenção Primária com o objetivo de refletir sobre a organização e as práticas executadas (87), incluindo as promotoras de saúde.

#### 5.4 SUGESTÕES PARA O FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As sugestões apresentadas pelos entrevistados que trabalham nas 3 (três) Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o fortalecimento da Promoção da Saúde (PS) na Atenção Primária à Saúde (APS) estavam relacionadas aos dificultadores que foram descritos no subcapítulo anterior.

O fortalecimento e a valorização do Sistema Único de Saúde (SUS) foram apontados por 1 (um) dos profissionais como uma sugestão principal. Compreendendo a importância deste Sistema e da APS como um locus privilegiado para o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde, a manutenção e o investimento no SUS representam um grande guarda-chuva que abriga e fomenta a realização de tais práticas:

“A minha sugestão primeira e mais urgente né, seria de valorização do SUS e no momento seria impossível participar dessa conversa e não destacar o momento crítico em que o SUS atravessa, no cenário político crítico que o país vem passando. E todos os assaltos seguidos né que a Saúde Pública vem sofrendo pelo desmonte do... do atual governo que a gente atravessa. Então o fortalecimento do SUS, quem tem um entendimento muito... consciente da importância de Atenção Primária pra saúde do país, é... primordial, então a falta do apoio né, e da regência de um governo que incentive e que inclusive financie o... o SUS é ao meu ver o principal problema conjuntural que a Saúde atravessa hoje. Então a minha sugestão principal assim, apesar de... utópica pra hoje seria de fortalecimento do nosso Sistema Universal de Saúde” (Médico, UBS Z, 2020).

Como uma continuidade da sugestão feita no relato acima, outros trabalhadores falaram sobre a necessidade da Atenção Primária ser mais ouvida, de receber uma maior atenção dos governantes e destes conhecerem melhor a realidade dos profissionais de saúde que atuam nas UBS. Nesta questão alguns dos trabalhadores destacaram a importância do atendimento de demandas que eles possuem nos serviços de saúde, como ter um prédio próprio



da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para o funcionamento da UBS, a disponibilização de equipamentos de proteção individual, de insumos e de ter acesso, de forma mais frequente e eficiente, a um transporte que permita o deslocamento dos profissionais até os usuários:

“A nível maior acho que os governantes olhem mais pra gente com um carinho maior né. E ter essa disponibilidade de recursos, agora a nível mais perto aqui da gente eu acho que se a gente tivesse um apoio mais estruturado dos governantes que tão bem próximos da gente na questão de não nos beneficiar, mas nos ajudar na questão de fazer sempre ter os EPIs, de ter como trabalhar com essa comunidade eu acho que essa era uma sugestão minha, que eles viessem mais pra ponta, olhasse mais o que a gente tem aqui, o que a gente pode oferecer e fazer a contrapartida deles” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

“Eu acho que seria isso eles darem mais insumos. Eu acho que a Atenção Básica deveria ser mais escutada” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Y, 2020).

“Eu creio que um transporte mais eficiente né, iria nos ajudar, muitas vezes precisamos pra realizar algumas ações nas áreas” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

No que diz respeito às demandas referentes a recursos humanos, os entrevistados de 1 (uma) das Unidades de Saúde falaram da importância de ter uma equipe com um número maior de profissionais, principalmente, no que diz respeito aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

“Olha... eu acho que primeiro a gente ter uma equipe completa com ACS né. De acordo com a quantidade preconizada. Quando tinha 5 ACS, 4 ACS, 2 técnicos, a gente tinha como uma parte tá atendendo, outro tá saindo. Hoje pra você é constituir uma equipe, falar que tá formado, receber verba pra essa equipe tem que ter uma ACS, no mínimo, então foram tirando ACS pra cobrir onde não tinha nenhum. Então, cada um ficou com um, pra poder não ficar ninguém sem nenhum. Só que um ACS na verdade não dá pra trabalhar aqui né, lugar que todo mundo mora longe, tem que andar mesmo atrás, tem que ir...não dá pra fazer... o trabalho que um ACS tem que fazer, não é feito, que ele tem que visitar a família que ele é responsável, tem que visitar todo mês, é acompanhar. Então a gente não tem esses dados mais né” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

Cabe destacar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não estipula um número mínimo de ACS na conformação de cada Equipe de Saúde da Família, mas ressalta que este quantitativo deve ser definido em conformidade com critérios demográficos,

epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local e que em regiões de grande dispersão territorial, de risco e de vulnerabilidade social é recomendada a cobertura de 100% (cem por cento) da população, com o número máximo de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas por ACS (15). Na Portaria que trata da Política de APS no DF, o número de ACS por equipe é de até 6 (seis), porém não há um quantitativo mínimo para cada Equipe de Saúde da Família (69). Côrrea *et al.* (66) afirmam que no DF a quantidade de ACS disponíveis é uma questão que limita a constituição de outras equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com base no relato acima, o número insuficiente de ACS em áreas rurais, associado ao transporte insuficiente ou ausente, dificulta o acesso ao território e à população e limita o trabalho que estes profissionais devem realizar.

Além disso, foi defendida a manutenção dos trabalhadores que atuam no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) e a realização de parcerias como a estabelecida por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSFSPC) da Escola de Governo Fiocruz (EFG) Brasília e com outras instituições de ensino superior que possibilitaram a presença de profissionais residentes e estagiários da área de saúde nas UBS. No caso de 1 (uma) das Unidades de Saúde a presença dos profissionais residentes e dos estagiários promove a realização de ações externas ao espaço da UBS, visto que devido a equipe reduzida os profissionais não conseguem desenvolver práticas fora da Unidade de Saúde:

“Manter os NASFs, o Núcleo de Apoio de Saúde da Família, porque se não fosse as residentes eu não teria um Assistente Social, eu não teria uma Fisioterapia, não teria Nutricionista. E a gente precisa desse apoio. E as residentes ajudam muito, a gente cresce muito, eu acho que é uma coisa positiva, também, a residência aqui. Só teve residência e temos estudantes ESCS que não são residentes ainda, mas eles já fazem desde o primeiro ano estágio na Atenção Básica. Então, assim a gente tem que sair mais da unidade, se não fosse as residentes e os estudantes da ESCS a gente não tem como sair da unidade” (Enfermeira, UBS Y, 2020).

“E, também, tentar fazer mais essas parcerias que ajudam muito a gente. É... com os outros órgãos de trabalhar unido mesmo em prol da comunidade. Antes da... chegada da Fiocruz as nossas parcerias eram mais essas questões

pontuais, Bolsa Família, o CRAS nos ajudava e com a chegada da Fiocruz abriu-se um leque, então assim a gente teve acesso a muito mais informações de certo jeito de parcerias e você vê que parcerias elas trazem benefícios pra comunidade. Então, a própria comunidade teve acesso a Psicóloga, teve acesso a Nutricionista, então assim coisas que a Secretaria não estava oferecendo, nem com os NASFs. A gente tinha esse acesso que era um NASF pra não sei quantas Unidades, não tinha esse acesso, então assim, com essa parceria pontual da Fiocruz a gente abriu um leque grande pra comunidade” (Agente Comunitário de Saúde, UBS Z, 2020).

O NASF e as Residências Multiprofissionais, também, foram avaliados positivamente no trabalho de Melo e Dantas (114). Arranjos institucionais como o NASF possibilitam uma maior presença da interdisciplinaridade e parcerias entre profissionais de saúde de diferentes núcleos de competência na assistência individual e/ou coletiva de pessoas que precisam de cuidados com um nível mais elevado de complexidade do que os possíveis de serem prestados mais facilmente, apenas, pelos trabalhadores da ESF (126). De igual modo, as Residências apresentam a grande vantagem de serem produções realizadas dentro das equipes e dos serviços de saúde, tendo, portanto, um potencial maior de interferência e modificação na rotina de trabalho das unidades e no seu relacionamento com as demais redes locais (50). Processos formativos como a Residência Multiprofissional e a Especialização em Saúde da Família e Comunidade trazem novas abordagens para a área da Saúde Pública e, conseqüentemente, para a APS, na tentativa de suprir as carências da formação que os profissionais tiveram no período da graduação e contribuir para a superação do paradigma biomédico (114).

O investimento nos profissionais de saúde foi mencionado como algo que pode contribuir para que a PS possa estar presente em mais UBS:

“Eu investiria no capital humano, porque teria mais chance né, de acontecer, realmente, de ser efetivo esse trabalho em todas as UBS” (Técnica de Enfermagem, UBS X, 2020).

O investimento na formação e na educação permanente foi abordado no subcapítulo anterior na parte referente aos dificultadores para a realização de práticas promotoras de saúde na APS e é considerado como uma questão fundamental na discussão sobre a mudança do

modelo assistencial e no processo de trabalho das equipes deste nível de atenção. Um entrevistado falou, ao ser inquirido a respeito das sugestões, as dificuldades encontradas para que os usuários e até mesmo os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família compreendam o significado da Atenção Primária para, de fato, conseguir ser, realmente, ESF. Para esta profissional, algumas pessoas acreditam que as UBS são estabelecimentos como os Hospitais, os Prontos-Socorros ou como disse um outro entrevistado que em alguns locais as UBS são chamadas de UPINHAS:

“Nós precisamos é melhorar mesmo a quantidade de ações que elas sejam com mais frequência do que nós já fazemos. Pra que a população seja cada vez mais esclarecida. Mas pra isso é ainda temos assim um atendimento bastante como se fosse Hospital, a população ainda não ou nós como equipe, a gente ainda não conseguiu é fazer realmente a Estratégia, entendeu? Então, assim, nós precisamos fortalecer essa parte. Por mais que a gente tem tentado ainda não conseguimos ser realmente Estratégia, porque ainda tem muito aquele atendimento mesmo do paciente achar que aqui fosse um Pronto Socorro, um Hospital. Essa questão é que precisa ser fortalecida, ser modificada, pra promover saúde. A gente senta, conversa e muda e vem Ponto de Apoio que era pra justamente isso, mas eu vejo que a coisa insiste ali em permanecer. “A eu quero consultar, eu quero consultar”. A gente precisa fortalecer isso pra melhorar a Promoção da Saúde. Porque as vezes o paciente ele nem tá doente, ele nem precisa de remédio, ele quer é um atendimento como é feito na Terapia Comunitária” (Técnica de Enfermagem, UBS Z, 2020).

O entendimento do processo de trabalho realizado na APS precisa ser incorporado pelos profissionais de saúde, pelos gestores e pela população, para que não ocorra este tipo de confusão e para que a Atenção Primária possa cumprir o seu papel de garantir o primeiro acesso, a construção de vínculos, a realização da assistência à população, incluindo as práticas de PS, e de ser a coordenadora do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A cultura medicalizada em que a população prioriza o acesso a consultas e medicamentos, também, foi apontada nos estudos de Melo e Dantas, Lopes *et al.* e Trindade e Pires (22,114,149).

De acordo com Melo e Mattos (98) existem equipes que estabelecessem maneiras de atender às demandas espontâneas como se atuassem em um Pronto-Atendimento. O relato de necessidade de mudança observado pela entrevistada no discurso transcrito acima no que diz respeito à forma de funcionar das UBS e a insistência de alguns usuários na marcação de

consultas representa um dado positivo. Segundo Lima, Silva e Tesser (126) as modificações na representação cultural e simbólica das ações de saúde que admitem novas possibilidades terapêuticas que não sejam, somente, as medicamentosas e cirúrgicas são vistas como um aspecto promissor. Para tentar modificar a cultura medicalizada, alguns autores destacam que é preciso que os trabalhadores de saúde percebam que a busca por medicamentos pela população é uma consequência das suas próprias atitudes, que acabam alimentando esse comportamento nos usuários (150). Com o objetivo de superar este tipo de situação a população deve ser motivada a participar das práticas de PS, com respeito as suas considerações e reivindicações, procurando meios de atender as suas demandas (114). No que concerne à falta de compreensão dos usuários sobre as ações e serviços ofertados na APS, isso pode ser devido a não-politização da comunidade, à ausência de conhecimentos sobre seus direitos como cidadão, à falta de participação dos usuários nos processos decisórios da área da saúde e à insuficiência ou à inexistência de práticas de educação em saúde a respeito da APS (87).

Uma sugestão advinda de 1 (um) profissional para o fortalecimento da PS na rede de APS foi a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como a criação de uma horta medicinal:

“Se a gente trouxesse as PICS mais próximas da unidade a gente conseguiria fazer chegar mais perto da Promoção, se nós desenvolvêssemos grupos, mas não grupos como as vezes tem né, que é grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, que a gente também acaba rotulando muito essas pessoas, né. Mas grupos mais amplos de discussão de outras práticas, também, talvez uma prática de horta medicinal” (Fisioterapeuta, UBS Y, 2020).

Lembrando que a existência de hortas medicinais foi citada por profissionais das outras 2 (duas) UBS como ações de PS que eles realizam. Cabe destacar a importância do compartilhamento de informações do que é desenvolvido nas Unidades de Saúde entre os profissionais da APS, essa sugestão foi apresentada por 1 (um) profissional, conforme consta no relato abaixo:

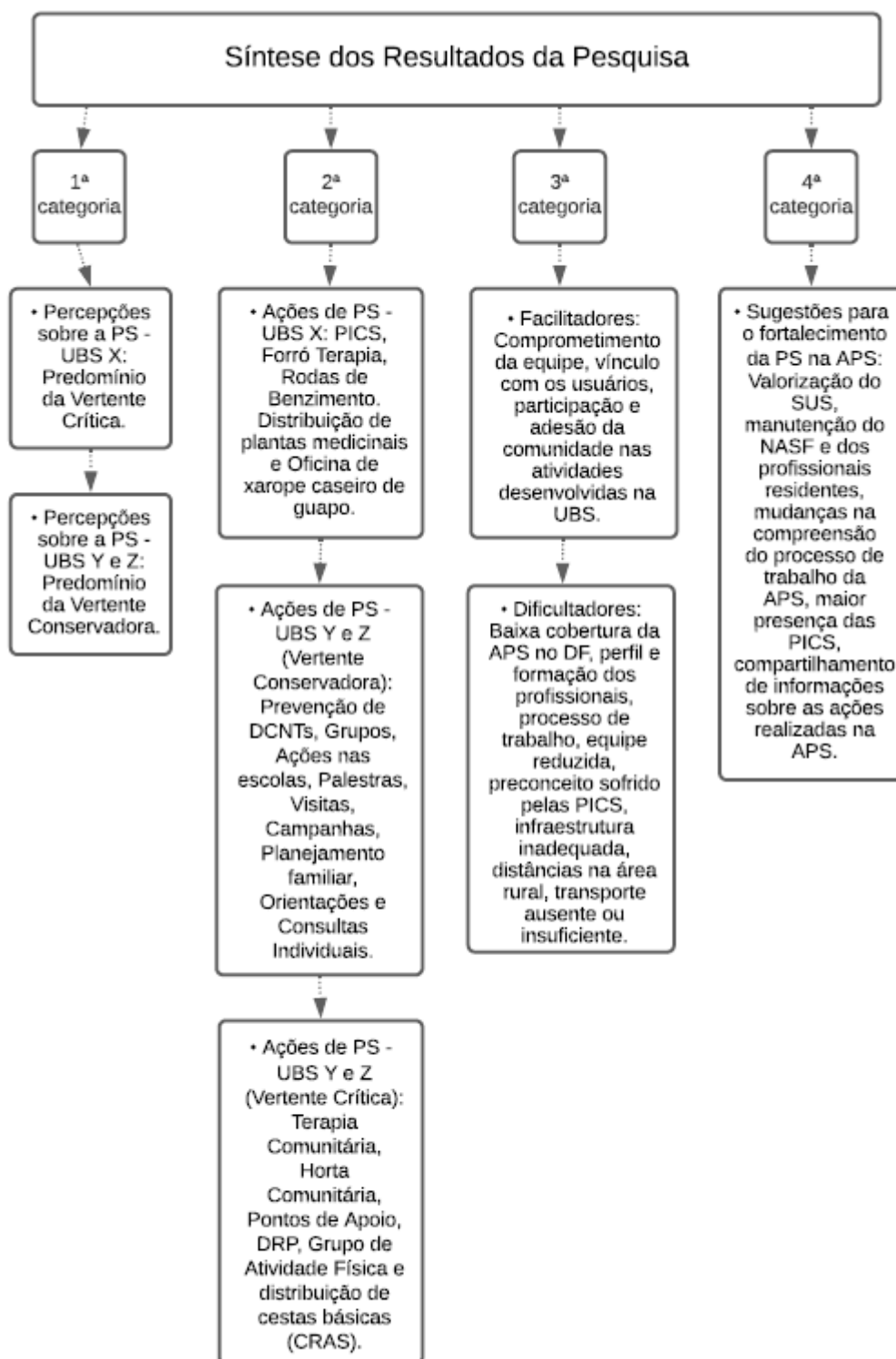
“Eu acho que seria... comunicação, qualquer coisa aí que melhore a comunicação seria muito importante, de muito efeito, então comunicação

tanto na parte de compartilhamento de informações sobre atendimento, aí nós temos um sistema de prontuário que tem ser melhor utilizado, desde a parte de registro até a parte de acesso as informações já constantes lá. Uma parte de divulgação dos serviços que são feitos em uma área, outra, como pode haver essa complementariedade de ações entre um serviço e outro, tudo isso tem que ser melhor informado. É a comunicação, também, no sentido de acontecerem eventos é que reúnam os profissionais que atuam na Atenção Primária e que eles conheçam essas abordagens diferentes que, também, fazem parte da Atenção Primária, que eles possam compartilhar experiências próprias, cada local, cada comunidade vai ter uma experiência própria e compartilhar é enriquecer uma outra equipe, uma outra Unidade de Saúde” (Médico 2, UBS X, 2020).

Essa troca de informações pode ajudar a desconstruir preconceitos sobre determinadas práticas, a exemplo das PICS, e diversificar a quantidade de ações que são colocadas à disposição da população na rede de Atenção Primária.

Com a finalização da análise das 4 (quatro) categorias empíricas, a figura abaixo apresenta uma síntese dos resultados encontrados:

**Figura 9** – Síntese dos Resultados da Pesquisa



Fonte: Elaboração própria, 2021.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das respostas dos profissionais de saúde aos questionamentos que foram apresentados nesta pesquisa evidenciou imprecisões no conceito de Promoção da Saúde (PS), com vinculações às 2 (duas) vertentes que foram utilizadas como Referenciais Teóricos nesta Dissertação. Em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) cujas as práticas são voltadas para a PS e para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foi observado um predomínio da vertente crítica da Promoção tanto nos discursos, como nas ações descritas pelos profissionais. Cabe destacar que o próprio perfil desta UBS, de caráter mais promotor, e o tempo de atuação da mesma na rede de saúde do Distrito Federal (DF), desde 1983, pode ter influenciado na vinculação à vertente crítica. Já nas outras 2 (duas) Unidades de Saúde existiram discursos associados tanto à vertente crítica, como à vertente conservadora, porém com maior predominância desta última, sendo que o mesmo foi observado para as práticas informadas pelos entrevistados. Além disso, para alguns profissionais os termos PS e prevenção de doenças são considerados como sinônimos, o que demonstra que apesar de todas as evoluções pelas quais o conceito de PS passou no decorrer dos anos, tais modificações não foram incorporadas na formação dos trabalhadores de saúde e na organização dos serviços sanitários. A maioria das ações relatadas nestas 2 (duas) unidades são orientadas para a prevenção e/ou tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), incentivo a mudanças de hábitos, realização de campanhas previstas no calendário da saúde e de ações vinculadas a Programas como o Bolsa Família e o Saúde na Escola. É inegável que, diante do quadro de morbimortalidade existente em nosso país, a realização destas ações é importante para população, mas é preciso olhar para além dos muros das unidades assistenciais e conhecer as necessidades do território para pensar em formas de como intervir sobre elas que não seja somente com foco voltado para o comportamento dos indivíduos. Quanto às ações associadas



à vertente crítica os profissionais citaram a Terapia Comunitária, os Pontos de Apoio, a Horta Comunitária, a distribuição de cestas básicas (em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS), o Diagnóstico Rural Participativo (DRP) e o Grupo de Atividade Física, tais práticas não estavam relacionadas, diretamente, à prevenção de agravos ou fatores de risco, mas de alguma forma impactaram positivamente a vida da comunidade ao contribuírem na melhoria de alguns aspectos do ambiente físico em que os usuários viviam, na otimização do acesso ao serviço de saúde e na troca de saberes entre os usuários e os profissionais de saúde. Além de fortalecerem alguns princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como a autonomia, o empoderamento individual e coletivo, o respeito à diversidade, a territorialidade, a equidade e a corresponsabilidade.

Uma questão que foi observada na análise das entrevistas foi a importância das parcerias que possibilitam ampliar e diversificar as atividades disponibilizadas para a população, reforçando que as práticas intersetoriais são essenciais para a PS e que o agir sanitário sozinho não consegue responder a todas as demandas existentes em um território.

Entretanto, no que diz respeito à participação da população, apesar de algumas práticas como o Reiki, as Rodas de Benzimento e o Forró Terapia serem desenvolvidas com a presença de pessoas voluntárias e da comunidade ter sido citada como parceira na implantação dos Pontos de Apoio por 1 (uma) das UBS, foi evidenciando que a população não é tão presente na formulação e execução das ações, sendo necessário haver uma mobilização para que os usuários possam ser sujeitos participativos no atendimento das demandas do território e não apenas um mero receptor do que é ofertado pelos serviços de saúde.

No que concerne aos facilitadores, os profissionais mencionaram sobre o comprometimento da equipe de saúde em prestar um bom trabalho, a proximidade e o vínculo estabelecido com os usuários e os benefícios que a população recebe por meio das atividades ofertadas. Já na abordagem sobre os dificultadores os profissionais evidenciaram os desafios

vivenciados no cotidiano dos serviços. Tais dificultadores vão desde a falta de apoio da gestão que resulta na ausência de insumos, materiais, equipamentos, espaço físico adequado, um prédio próprio para o funcionamento da Unidade de Saúde e transporte, este último associado com as distâncias na área rural prejudica a construção de vínculos entre os profissionais e os usuários e na apropriação do território pela equipe de saúde. Outros dificultadores estavam relacionados a baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no DF, a equipe reduzida de trabalhadores, ao perfil e à formação dos profissionais de saúde, ao processo de trabalho voltado para o atendimento das demandas espontâneas e ao preconceito sofrido pelas PICS. Cabe destacar que as mudanças na formação profissional, assim como investimentos em qualificação para aqueles profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde são fundamentais para a modificação do modelo de atenção tão propagado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e na literatura, mas abordar somente estas questões não é suficiente, é necessário o apoio da gestão e a compreensão da importância da realização das ações de PS nos serviços, para que situações como o preconceito com as PICS não venham a ocorrer por falta de conhecimento dos profissionais e da população a respeito de tais práticas. Além disso, é preciso prover uma infraestrutura adequada e insumos, materiais e equipamentos que possibilitem que os profissionais executem o seu trabalho, visto que não basta que um trabalhador tenha o conhecimento da vertente crítica da PS para conseguir implementá-la, ele, também, necessita ter o apoio dos gestores, da equipe de saúde e da população.

Como sugestões para o fortalecimento da PS na Atenção Primária os entrevistados falaram, entre outros assuntos, a respeito da valorização do SUS, sistema que é o alicerce para a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da PNPS, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e de tantos outros normativos e estratégias que têm oportunizado o acesso da população aos serviços de

saúde e contribuído para a melhoria da qualidade de vida na sociedade brasileira. Também foi defendida a manutenção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) e de parcerias como as com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (PRMSAFSPC) da Escola de Governo Fiocruz (EGF) Brasília e com outras instituições de nível superior que possibilitam a presença de outros profissionais e estudantes da área da saúde nas UBS. Assim como, a necessidade de modificar o entendimento que os profissionais e os usuários possuem a respeito das ações e serviços que são desempenhados nas UBS com objetivo de favorecer a transformação do processo de trabalho existente hoje na Atenção Primária.

Desta forma, os resultados desta pesquisa demonstraram que a vertente conservadora da PS pautada na modificação do comportamento dos indivíduos esteve mais presente nos discursos dos profissionais que atuam nas unidades com Equipes de Saúde da Família, diferente da UBS que trabalha com as PICS onde a vertente crítica foi predominante. Assim como vem sendo apontado pela literatura, desenvolver e implementar estratégias promotoras de saúde na APS é um desafio e um trabalho complexo, visto que a compreensão ampliada do significado da PS difundido pela Carta de Ottawa (1986) e, posteriormente, incorporado pelo SUS e pela PNPS ainda não conseguiu ser incluída na formação dos profissionais de modo que se promova uma transformação do trabalho em saúde, soma-se a isso as dificuldades existentes na rotina dos trabalhadores, a ausência de apoio por parte dos gestores, as demandas para o atendimento de indicadores baseados apenas nas práticas clínicas com pouco ou nenhum espaço para as ações de PS e a falta de estímulo para a inclusão das Práticas Integrativas no cardápio de serviços ofertados da APS.

É evidente que em algumas situações a PS não poderá ser realizada por vários motivos e que a mudança nos hábitos de vida e o incentivo ao autocuidado são aspectos fundamentais do trabalho dos profissionais de saúde, mas o que é defendido pela PS é que

possível agregar o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais com estratégias mais amplas como a formulação de políticas públicas saudáveis e sustentáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, a construção de ações intersetoriais e a reorientação dos serviços assistenciais para que mais pessoas possam ter acesso a melhores condições de vida e de saúde.

Ressalta-se a importância da realização de novas pesquisas com o objetivo de analisar as concepções e ações de PS nas equipes da Estratégia Saúde da Família, considerando o relevante papel que é atribuído a esta Estratégia na mudança do modelo de atenção à saúde implantado no Brasil e que englobe as UBS localizadas na área urbana e na área rural para que sejam identificados os diferentes contextos que permeiam os processos de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Primária brasileira.

## REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [Acesso em 8 out 2018 ]; 5 (1):163–77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
2. Rabello LS. *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. 228 p.
3. Westphal MF. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC e Fiocruz; 2006. p. 635–67.
4. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19–42.
5. Souza EM de, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2004 [Acesso em 25 set 2019]; 20 (5):1354–60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>
6. Freitas CM de. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 145–62.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde* [Internet]. Brasília; 2002. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)
8. Rivera FJU, Artmann E. Promoção da Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 183–206.
9. Buss PM, Carvalho AI de. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [Acesso em 25 set 2019]; 14 (6): 2305–16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>
10. Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 165–81.
11. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil* [Internet]. Brasília, 1988 [Acesso em 04 jan 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao)
12. Brasil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990* [Internet]. Brasília, 1990. [Acesso em

- 04 jan 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
13. Andrade LOM de, Barreto IC de HC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In: Campos GW de S, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: HUCITEC e Fiocruz; 2006. p. 783–836.
  14. Alves MCG, Cohn A, Elias PE, Gomes A, Kishima V, Bousquat A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 [Acesso em 23 set 2019]; 11 (3): 633–41. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11n3/633-641/pt>
  15. Ministério da Saúde (BR). *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.* [Internet]. Brasília; 2017. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)
  16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)* [Internet]. Brasília; 2018. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)
  17. Tavares M de FL, Rocha RM, Magalhães R. Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade na Atenção Básica no Brasil. *In: Mendonça MHM de, Mata GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 177–96.
  18. Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
  19. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Constituição da Organização Mundial de Saúde* [Internet]. Nova York: 1946. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
  20. SCLiar M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [Acesso em 12 out 2020]; 17 (1): 29–41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>
  21. Cincurá RNS. *Promoção da Saúde na Atenção Primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil* [Dissertação] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014. [Acesso em 21 set 2020]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16407>
  22. Lopes M do SV, Machado M de FAS, Barroso LMM, Macêdo EMT, Costa RP da, Furtado LC de S. Promoção da Saúde na percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2013 [Acesso em 8 abr 2021]; 14(1): 60–70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3327/2565>

23. Organização Mundial de Saúde (OMS). Global Health Promotion Conferences [Internet]. 2020 [Acesso em 30 set 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)* [Internet]. Brasília; 2006. [Acesso em 28 set 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)
25. Ministério da Saúde (BR). *Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde* [Internet]. Brasília; 2014. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnap.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnap.pdf)
26. Porto MF de S, Pivetta F. Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 207–29.
27. Carvalho FFB de, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar “dogmas.” *Revista Saúde em Debate* [Internet]. 2017 [Acesso em 8 abr 2021]; 41(3): 265–76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xV7FHzBmscvF7J3Xt85Yc9t/abstract/?lang=pt>
28. Czeresnia D. O conceito de Saúde e a diferença entre Promoção e Prevenção. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 43–57.
29. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [Acesso em 10 set 2020]; 14 (1): 1493–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>
30. Giovanella L, Mendonça MHM de, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [Acesso em 15 set 2020]; 35 (3): 1-6. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000300301](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301)
31. Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575–626.
32. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. [Internet]. Brasília; 2011. [Acesso em 22 set 2019]. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)
33. Girade HA. Assim nasceu o Programa de Saúde na Família no Brasil. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da Saúde da Família no Brasil* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;

2010. p. 20 - 4. [Acesso em 05 out 2020]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)
34. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [Acesso em 15 set 2020]; 23 (6): 1903–14. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)* [Internet]. Brasília; 2006. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)
36. Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para Integração das Redes de Atenção. In: Mendonça MHM de, Mata GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 51–72.
37. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. [Internet]. Brasília; 2011. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
38. Ministério da Saúde (BR). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica* [Internet]. Brasília; 2017. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
39. Cecilio LC de O, Reis AAC dos. Apontamentos sobre os desafios ( ainda ) atuais da atenção básica à saúde. *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [Acesso em 15 set 2020]; 34 (8): 1–14. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf>
40. Brasil. *Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019* [Internet]. Brasília, 2019. [Acesso em 27 nov 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm)
41. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaration of Alma-Ata [Internet]. Genebra; 1978 [acesso em 5 de out 2020]. Disponível em:  
[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
42. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [Acesso em 15 set 2020]; 25 (6): 1337–49. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?lang=pt#>
43. Mendonça MHM de, Gondim R, Matta GC, Giovanella L. Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM de, Mata GC,



- Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 29–47.
44. Lasmar MM de O. *Promoção da Saúde: percepção e prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família* [Dissertação] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010. [Acesso em 21 set 2020]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-10012011-201140/pt-br.php>
  45. Ministério da Saúde. *Histórico de Cobertura da Atenção Básica* [Internet]. Brasília 2020. [Acesso em 30 out 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaA B.xhtml>
  46. Ministério da Saúde (BR). *Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF* [Internet]. Brasília; 2008. [Acesso em 05 nov 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
  47. Ministério da Saúde (BR). *Portaria GM/MS n° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. [Internet]. Brasília; 2019. [Acesso em 05 nov 2020]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)
  48. Ministério da Saúde (BR). *Nota Técnica n° 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil*. [Internet]. Brasília; 2020. [Acesso em 26 nov 2020]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
  49. Starfield, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* [Internet]. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)
  50. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: Mendonça MHM de, Mata GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 291–310.
  51. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [Acesso em 16 set 2020]; 15 (5): 2297–305. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005)
  52. Mendonça CS. Um olhar para o futuro – perspectivas e desafios. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da Saúde da Família no Brasil* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 134 – 43. [Acesso em 05 out 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)

53. Szklarowsky LF. Distrito Federal: município ou estado e a lei de responsabilidade fiscal. *Revista do Tribunal de Contas da União* [Internet]. 2001 [Acesso em 02 dez 2020]; 32 (89): 62–8. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/888>
54. Distrito Federal. *Lei orgânica do Distrito Federal, de 08 de junho de 1993* [Internet]. Brasília, 1993. [Acesso em 05 fev 2021]. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/70442>
55. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). *Plano Distrital de Saúde 2020-2023* [Internet]. Brasília, 2019. [Acesso em 14 dez 2020]. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2017/11/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf)
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico de 2010* [Internet]. Brasília, 2010. [Acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico de 2010: População residente por situação do domicílio* [Internet]. Brasília, 2010. [Acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/761#resultado>
58. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Atlas do Distrito Federal 2020 (03): Histórico de Ocupação* [Internet]. Brasília: 2020. [Acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Atlas-do-Distrito-Federal-2020-Cap%C3%ADtulo-3.pdf>
59. Fonseca HLP da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 02 dez 2020]; 24 (6): 1981–90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Tt8gBMPmfjQSPfStTWNcnsQ/?lang=pt>
60. Göttems LBD, Evangelista M do SN, Pires MRGM, Silva AFM da, Silva PA da. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [Acesso em 02 dez 2020]; 25 (6): 1409–19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/C85pQdC5s4JzZynWpz3yRpg/?format=pdf>
61. Kaniak CE de A. Plano Geral da Rede Médico Hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Mello. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, 1999, 10 (1,2,3,4): 8-11.
62. Göttems LBD. *Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009)* [Tese] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. [Acesso em 21 out 2020]. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010\\_LeilaBernardaDonatoGottens.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010_LeilaBernardaDonatoGottens.pdf)

63. Gottens LBD, Almeida MO de, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 03 dez 2020]; 24 (6): 1997–2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6y7KDHQGbRDKHjRntxTYhtn/?lang=pt>
64. Kashiwakura HK, Gonçalves A de O, Silva RMP da. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Revista Saúde em Debate* [Internet]. 2016 [Acesso em 03 dez 2020]; 40 (111): 49–62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DJGQZywBBB8DS3QnbXsSsKD/abstract/?lang=pt>
65. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS : relação com atenção básica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [Acesso em 03 dez 2020]; 15 (1): 1009–19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>
66. Corrêa DSRC, Moura AG de OM, Quito MV, Souza HM de, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 03 dez 2020]; 24 (6): 2031–42. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602031](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031)
67. Ministério da Saúde. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família* [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 14 dez 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
68. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). *Brasília Saudável: o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal*. [Internet]. Brasília, 2016. [Acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/joomla/093ad13be60e43c50d73119326504fbb.pdf>
69. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). *Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. [Internet]. Brasília, 2017. [Acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: [http://saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES\\_DF-nº-77-2017-Estabelece-a-Política-de-Atenção-Primária-à-Saúde-do-Distrito-Federal.pdf](http://saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-nº-77-2017-Estabelece-a-Política-de-Atenção-Primária-à-Saúde-do-Distrito-Federal.pdf)
70. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). *Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família* [Internet]. Brasília, 2017. [Acesso em 14 nov 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-nºC2%BA-78-de-14-de-fevereiro-de-2017...Regulamenta-o-art.-51-da-Portaria-nºC2%BA-77-de-2017-para.pdf>
71. Ministério da Saúde. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família* [Internet]. Brasília, 2020. [Acesso em 14 dez 2020]. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

72. Aranha ML de A, Martins MHP. *Filosofando: introdução à filosofia*. 4. ed. São Paulo: Moderna; 2009.
73. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
74. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2005 [Acesso em 04 jan 2021]; 39 (3): 507–14. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVscJtWhc7qnd/?lang=pt>
75. Máximo E de AL, Freitas MI de F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. *Revista Saúde e Sociedade* [Internet]. 2014 [Acesso em 14 mai 2021]; 23 (2): 651–63. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000200651](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200651)
76. Taquette SR, Villela WV. Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [Acesso em 14 dez 2020]; 22 (1): 7–13. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/7-13/pt/>
77. Freitas MT de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Revista Cadernos de Pesquisa* [Internet]. 2002 [Acesso em 14 dez 2020]; (116): 21–39. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/cp/a/KnJW3strdps6dvxPyNjmvq/?lang=pt>
78. Minayo MC de S, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 1993 [Acesso em 14 dez 2020]; 9 (3): 237–48. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?lang=pt>
79. Chauí M. *Convite à Filosofia*. 7. ed. São Paulo: Ática; 1996.
80. Fernandes MC, Silva LMS da, Silva MRF da, Torres RAM, Dias MS de A, Moreira TMM. Identidade do Enfermeiro na Atenção Básica: percepção do “faz de tudo.” *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [Acesso em 19 dez 2019]; 71 (1): 154–9. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/bpgfmDW6PZrY45HLz84LYZm/?lang=pt&format=pdf>
81. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012* [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 30 mar 2019]. Disponível em:  
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
82. Souza Júnior MBM de, Melo MST de, Santiago ME. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física Escolar. *Revista Movimento* [Internet]. 2010 [Acesso em 15 dez 2020]; 16 (3): 29–47. Disponível em:  
<https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/11546>

83. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 1977.
84. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de Conteúdo como técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *Revista de Administração Contemporânea* [Internet]. 2011 [Acesso em 15 dez 2020]; 15 (4): 731–47. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>
85. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2004 [Acesso em 15 dez 2020]; 57 (5): 611–4. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>
86. Minayo MC de S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [Acesso em 15 dez 2020]; 17 (3): 621–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?lang=pt>
87. Marqui ABT de, Jahn A do C, Resta DG, Colomé IC dos S, Rosa N da, Zanon T Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2010 [Acesso em 20 jun 2021]; 44 (4): 956–61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pHqBHKf7rKPzgztrqcD9tt/?lang=pt>
88. Gondim GM de M, Monken M. O uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça MHM de, Mata GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 143–75.
89. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [Internet]. 1997 [Acesso em 23 fev 2021]; 4 (2): 287–307. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/spm8DWcdrjMsdX9JQKrYt7N/?lang=es>
90. Silva MJ de S e, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 23 fev 2021]; 29 (1): 1–19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/?lang=pt>
91. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2016 [Acesso em 23 fev 2021]; 26 (1): 11–6. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010412822016000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010412822016000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)
92. Ferraz M, Segre FC. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 1997 [Acesso em 23 fev 2021]; 31 (5): 538–42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/abstract/?lang=pt>
93. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Revista Saúde e Sociedade* [Internet]. 2004 [Acesso em 23 fev 2021]; 13 (1): 5–13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XsjvNZdPL6C79d7DHgNyxtg/?format=pdf&lang=pt>

94. Feio A, Oliveira CC. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Revista Saúde e Sociedade* [Internet]. 2015 [Acesso em 24 fev 2021]; 24 (2): 703–15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gnZXGHdRjfLvGhkY4Jgg6Nz/?lang=pt>
95. Cavalcanti AD, Cordeiro JC. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade* [Internet]. 2015 [Acesso em 24 fev 2021]; 10 (37): 1–9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1059>
96. Government of Canada. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1981.
97. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça MHM de, Mata GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 231–64.
98. Melo E, Mattos R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida. In: Mendonça MHM de, Mata GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 231–64
99. Oliveira MA de C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2013 [Acesso em 24 fev 2021]; 66 (spe): 158–64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>
100. Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, Muniz RM. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [Acesso em 24 fev 2021]; 16 (4): 487–93. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>
101. Pereira IMTB, Penteadó RZ, Marcelo VC. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. *O Mundo da Saúde*, 2000, 24 (1): 39-44.
102. Carvalho FFB de. *A Promoção da Saúde e a superação do instituído: caminhos para a aproximação com o cuidado* [Tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2019.
103. Tavares M de FL, Rocha RM da, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M de. A promoção da saúde no ensino profissional: Desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [Acesso em 24 fev 2021]; 21 (6): 1799–808. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CqMMMJDHLHbjwFg6tbQgWqQK/abstract/?lang=pt>
104. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação

- permanente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [Acesso em 24 fev 2021]; 16 (11): 4295–306. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n11/4295-4306/>
105. Horta N de C, Sena RR de, Silva MEO, Oliveira SR de, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2009 [Acesso em 26 fev 2021]; 62 (4): 524-9. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/B43QSzcRNNhx3ssj9hwmTQN/abstract/?lang=pt>
  106. Teixeira PF, Vaz FAC, Campos FCC de, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira V de A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [Acesso em 26 fev 2021]; 13 (suppl2): 2115–22. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/QhQkpN8KWSmc67jX56j5whz/abstract/?lang=pt>
  107. Cunha RR, Pereira L da S, Gonçalves ASR, Santos EKA dos, Radünz V, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2009 [Acesso em 26 fev 2021]; 18(1): 170–6. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/6DqWFcTGSQhmLkcQrdRFGnM/abstract/?lang=pt>
  108. Oliveira RG de, Grabois V, Mendes Júnior WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS* [Internet]. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. [Acesso em 13 mar 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>
  109. Prado NM de BL, Santos AM dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais. *Revista Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [Acesso em 26 fev 2021]; 42 (spe1): 379–95. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhbjYPdzP/abstract/?lang=pt>
  110. Buss PM, Hartz ZM de A, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [Acesso em 26 fev 2021]; 25 (12): 4723–35. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/abstract/?lang=pt&format=html>
  111. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PN da C, Rêgo RMV, Passos MLL. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2011 [Acesso em 26 fev 2021]; 15 (3): 610–5. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/ddrQqJgXnqgSpFNXYFF7TsF/?lang=pt>
  112. Tesser CD, Garcia AV, Argenta CE, Vendruscolo C. Concepções de Promoção da Saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da Grande Florianópolis. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina* [Internet]. 2010 [Acesso em 17 abr 2021]; 3 (1): 42–56. Disponível em:  
<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/68/0>
  113. Sícoli JL, Nascimento PR do. Promoção de saúde: concepções, princípios e



- operacionalização. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2003 [Acesso em 17 abr 2021]; 7 (12): 101–22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9DHVfVMbDV9WcdVtwPGMwHw/?format=pdf&lang=pt>
114. Melo MRC de, Dantas VL de A. Círculos de cultura e Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2012 [Acesso em 17 abr 2021]; 25 (3): 328–36. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2263>
  115. Silveira MR da, Sena RR de, Oliveira SR de. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2011 [Acesso em 17 abr 2021]; 15 (2): 196–201. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/25>
  116. Alencar DL de, Brito ALR de O, Lisboa KW de SC. Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem do Crato-CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2012 [Acesso em 17 abr 2021]; 25 (4): 420–5. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2544>
  117. Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion: Research Implications for Community Health Programs. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 1990, 81 (1): 53–9.
  118. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2005 [Acesso em 17 abr 2021]; 9 (16): 39–52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/abstract/?lang=pt>
  119. Fleites EJQ, Quintero S F de la M, López LG. La Promoción de la Salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2017 [Acesso em 18 abr 2021]; 21 (2): 101–11. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432017000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003)
  120. Akerman M, Rocha DG. Produção do cuidado: há espaços para a Promoção da Saúde? In: Sá M de C, Tavares M de FL, Seta MH de, organizadoras. *Organização do Cuidado e Práticas em Saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2018.
  121. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e Promoção da Saúde: algumas aproximações. *Revista Saúde e Sociedade* [Internet]. 2018 [Acesso em 18 abr 2021]; 27 (1): 106–15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZSNBnZhZ9DQr8YqsZHkywJc/abstract/?lang=pt>
  122. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. [Internet]. Brasília; 2015. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf) 16.



123. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional [Internet]. Brasília; 2017. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html)
124. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). *Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde* [Internet]. Brasília; 2014. [Acesso em 12 jun 2021]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/3.-PDPIS-Versao-Final.pdf>
125. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da Saúde: a concepção dos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2012 [Acesso em 18 abr 2021]; 10 (2): 235–55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/NcghprdxYJRYVpvm4m4vhSx/abstract/?lang=pt>
126. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com Promoção da Saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2014 [Acesso em 18 abr 2021]; 18 (49): 261–72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BhRbHbJBPG7kwdLMXc9gFGS/abstract/?lang=pt>
127. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy-makers* [Internet]. Copenhagen; 1998; [Acesso em 5 de abr 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>
128. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e Promoção da Saúde: contribuições poucos exploradas. *Revista Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [Acesso em 23 mai 2021]; 25 (8): 1732–42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rBjQLyqRjTM4dMRczXdYKRy/?lang=pt>
129. Nagai SC, Queiroz M de S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [Acesso em 23 mai 2021]; 16 (3): 1793–800. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mfGLBwBTVYHz4ccDVwgVZds/?lang=pt>
130. Dias MS de A, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [Acesso em 23 mai 2021]; 19 (11): 4371–82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/crwbjGhzHJ3vvRN3RDYchRB/abstract/?lang=pt>
131. Sasaki AK, Ribeiro MPD de S. Percepção e prática da Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2013 [Acesso em 23 mai 2021]; 8 (28): 155–63. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29664>
132. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM de, Engstrom EM, Bodstein RC de A. Avaliação das práticas de Promoção da Saúde: um olhar das equipes participantes do

- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. *Revista Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [Acesso em 23 mai 2021]; 38 (spe): 52–68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rkxdpDKTbkQfb6x56PzHcPg/abstract/?lang=pt>
133. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al. Ações educativas e de Promoção da Saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2018 [Acesso em 23 mai 2021]; 27 (2): 1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/py9jmJ7V4YWSKMVJ9BDfvJd/abstract/?lang=pt>
  134. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [Acesso em 28 mai 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_estados\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_mortalidade.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_estados_2018_analise_situacao_saude_mortalidade.pdf)
  135. Braz J de L, Sampaio JMV, Souza Junior ET de, Pedro F de S, Braga LC da S. Terapia Comunitária Integrativa e seu diálogo com a Gestalt-Terapia. *Revista Instituto de Gestalt-Terapia na Rede* [Internet]. 2017 [Acesso em 23 mai 2021]; 14 (27): 201–17. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v14n27/v14n27a05.pdf>
  136. Moraes MN de. *Terapia Comunitária Integrativa no Sertão Paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS* [Dissertação] [Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014. [Acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5154?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5154?locale=pt_BR)
  137. Padilha C dos S, Oliveira WF de. Terapia Comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação* [Internet]. 2012 [Acesso em 24 mai 2021]; 16 (43): 1069–84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Cksh4TJtgxkKWrbHhLf7HDb/abstract/?lang=pt>
  138. Arce VAR, Sousa MF de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Revista Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [Acesso em 24 mai 2021]; 22 (1): 62–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/J8dmjjmkztLdvsVmvhH7ZFN/?format=pdf&lang=pt>
  139. Almeida Filho NM de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [Acesso em 24 mai 2021]; 18 (6): 1677–82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5mrV9NN3VjZWpDYhthmgKDC/?lang=pt>
  140. Ceccim RB, Carvalho YM de. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS GW de S, MINAYO MC de S, AKERMAN M, DRUMOND JÚNIOR M, CARVALHO YM de, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC e Fiocruz; 2006. p. 137–70.

141. Sousa MF de. Estratégia Saúde da Família: entre atos e revelações. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [Acesso em 23 jul 2021]; 16 (11): 4307–9. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n11/4307-4314/>
142. Albuquerque PC de, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação* [Internet]. 2004 [Acesso em 10 jun 2021]; 8 (15): 259–74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Lt4mytxnczXDFNQfZHQnCKc/?lang=pt>
143. Reis MAS dos, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família: desafios para a mudança das práticas. *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação* [Internet]. 2007 [Acesso em 10 jun 2021]; 11 (23): 655–66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6Mqs99rQRVxxzn4mjhS65XB/?lang=pt>
144. Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, Silva MEO, Freire LAM. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2012 [Acesso em 10 jun 2021]; 16 (2): 178–87. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22701>
145. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Revista Saúde e Sociedade* [Internet]. 2011 [Acesso em 10 jun 2021]; 20 (4): 884–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?lang=pt>
146. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde : Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [Acesso em 15 jun 2021]; 14 (1): 41–65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt>
147. Rocha AAR de M e, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação* [Internet]. 2005 [Acesso em 15 jun 2021]; 9 (17): 303–16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fVYJqLPgDVpSq5ZqdqnpmxK/abstract/?lang=pt>
148. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini S do CC, Priore SE, Dias. G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2006 [Acesso em 20 jul 2021]; 15 (3): 7–18. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002)
149. Trindade L de L, Pires DEP de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2013 [Acesso em 23 jul 2021]; 22 (1): 36–42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/vbZSC7m5v4mz4YpYxh5XCcp/abstract/?lang=pt>
150. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Texto &*

*Contexto Enfermagem* [Internet]. 2007 [Acesso em 23 jul 2021]; 16 (2): 271–9.  
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XFh7qgTqLnRm5WBrMp54vCt/>

## APÊNDICE A

### **Instrumento para coleta de dados.**

#### **Roteiro para a realização da entrevista semi-estruturada.**

- 1- Qual a sua formação?
- 2- Em qual tipo de instituição você concluiu a sua formação (pública ou privada)?
- 3- Você possui Residência ou Especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública?
- 4- Qual a sua maior titulação?
- 5- Quanto tempo possui de formado (a)?
- 6- Há quanto tempo você atua na Atenção Primária e nesta Unidade Básica de Saúde?
- 7- Na área da saúde, você já atuou em outro local? Se sim, qual?
- 8- Qual o seu vínculo empregatício com a Unidade de Saúde?
- 9- O que você entende como saúde?
- 10- Qual o significado da Atenção Primária para você?
- 11- Na sua opinião, o que é Promoção da Saúde?
- 12- Qual a importância da Promoção da Saúde para o trabalho desenvolvido na Atenção Primária à Saúde?
- 13- Exemplifique quais as ações desenvolvidas na Unidade de Saúde que você classifica como sendo ações de Promoção da Saúde?
- 14- Com que frequência tais ações acontecem na Unidade Básica de Saúde?
- 15- Alguns dos trabalhos desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde possuem articulação com outros setores da administração pública, organizações não governamentais, empresas privadas ou com a comunidade?
- 16- Na sua opinião, quais os fatores que facilitam e quais os que dificultam o estabelecimento da Promoção da Saúde, dentro da rotina de trabalho, na Atenção Primária à Saúde?
- 17- Você apresentaria algumas sugestões que, se adotadas, contribuirão para o fortalecimento da Promoção da Saúde na rede de Atenção Primária a Saúde?

## APÊNDICE B

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado Promoção da Saúde: percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária do Distrito Federal, sob a responsabilidade da pesquisadora Lorena Lima Magalhães.

A Atenção Primária é considerada um nível assistencial que possibilita o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde. Apesar disso, de acordo com alguns autores, além de não existir um conceito único sobre o significado da Promoção da Saúde entre os trabalhadores, tais ações acontecem em menor frequência no cotidiano dos estabelecimentos assistenciais. Estes cenários justificam a realização desta pesquisa que tem como objetivo analisar as percepções que os profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Primária do Distrito Federal possuem sobre a Promoção da Saúde.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será por meio de uma entrevista individual conduzida por um roteiro de questões semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas e será realizada pela pesquisadora na Unidade Básica de Saúde em que o (a) senhor (a) trabalha, na data e horário previamente agendados. A entrevista deverá ocorrer durante um período estimado de, aproximadamente, 1 hora. As informações transmitidas pelos participantes serão gravadas em áudio, para depois serem analisadas pela pesquisadora.

A participação na pesquisa poderá trazer alguns riscos como situações de desconforto ou constrangimentos. Caso isto venha a ocorrer, o (a) senhor (a) poderá contatar a pesquisadora em qualquer fase do estudo, assim como poderá desistir de contribuir com esta pesquisa em qualquer momento, sem que isto lhe acarrete nenhum prejuízo. A manutenção do

sigilo e da privacidade dos participantes serão garantidos em todas as etapas desta pesquisa. Se o (a) senhor (a) julgar que sofreu algum dano devido à participação na pesquisa, deverá buscar ser indenizado, de acordo com as legislações vigentes em nosso país.

Caso aceite participar, o (a) senhor (a) estará contribuindo para a compreensão de como a Promoção da Saúde é percebida pelos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária do Distrito Federal, o que pode refletir na proposição de estratégias que melhorem as condições de saúde da população.

Não haverá despesas para o participante em qualquer fase do estudo, tendo em vista que a realização da entrevista, como dito anteriormente, ocorrerá na Unidade Básica de Saúde em que cada participante trabalha. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. No entanto, caso haja qualquer despesa esta será contemplada no orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser publicados pela pesquisadora responsável em eventos e revistas científicas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após o término da mesma.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, fale com a pesquisadora Lorena Lima Magalhães, por meio do telefone (61) 98137 - 0939 ou pelo e-mail: [lorenalima\\_ba@yahoo.com.br](mailto:lorenalima_ba@yahoo.com.br).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Fundação Oswaldo Cruz/Brasília. Os Comitês de Ética em Pesquisa são compostos por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos no Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF, no endereço: SMHN 03, conjunto A,

Bloco 1, Edifício FEPECS, Asa Norte, CEP: 70.710 – 907, Brasília/DF, por meio do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878, ou pelo e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com) ou no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, no endereço: Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Asa Norte, CEP: 70.904 – 130, Brasília/DF, por meio do telefone: (61) 3329-4607 / 3329-4638 ou pelo e-mail: [cepbrasil@fiocruz.br](mailto:cepbrasil@fiocruz.br).

Além disso, a pesquisadora responsável declara que este TCLE cumpre com todas as exigências solicitadas no item IV.3 da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Caso concorde em participar, pedimos que insira a sua rubrica em todas as páginas e assine no final deste documento que foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) Senhor (a).

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos, riscos e benefícios decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

---

Assinatura do (a) participante da pesquisa.

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável.  
Lorena Lima Magalhães.

Brasília,



## APÊNDICE C

### Termo de autorização para utilização do som da voz para fins de pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização do som da minha voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado, Promoção da Saúde: percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária do Distrito Federal, sob responsabilidade da pesquisadora Lorena Lima Magalhães, vinculado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fiocruz de Governo.

O som da minha voz poderá ser usado apenas para análise da gravação pela pesquisadora, sendo que após a análise este material poderá ser utilizado para divulgação em eventos e publicações científicas, sem a identificação dos participantes.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do som da minha voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e às pesquisas explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons da minha voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do som da minha voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) participante.

---

Assinatura do (a) participante

---

Lorena Lima Magalhães (pesquisadora responsável).

## APÊNDICE D

### **Pôster apresentado na 1ª Conferência de Promoção da Saúde da Fiocruz (Rio de Janeiro/RJ).**

Promoção da Saúde na Atenção Básica: uma compreensão necessária

**Autora:** Lorena Lima Magalhães.

**Coautor:** André Luiz Dutra Fenner.

**Contato:** [lorenalima\\_ba@yahoo.com.br](mailto:lorenalima_ba@yahoo.com.br); [andre.fenner@fiocruz.br](mailto:andre.fenner@fiocruz.br)

### **INTRODUÇÃO**

A Promoção da Saúde (PS) é considerada um campo teórico-prático, ainda em construção, permeado por uma variedade de conceitos, assim como por ações diversas (1).

O Sistema Único de Saúde (SUS) contempla muitas propostas que fazem referência à PS (2) e uma das ações implementadas para a consolidação deste sistema foi a implantação, em 1994, na rede de serviços da Atenção Básica (AB), do Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (3–5).

Por tratar-se de uma política pública, como é a PS no Brasil (6), cabe destacar o compromisso que os profissionais de saúde, gestores, movimentos sociais e as instituições devem ter sobre as medidas que implementam, assim como as consequências que os seus respectivos desfechos podem trazer para a saúde e os modos de vida de uma coletividade (7).

### **OBJETIVO GERAL:**

- Pesquisar como a PS está sendo desenvolvida nos serviços de AB;

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Verificar como a PS é compreendida pelos profissionais de saúde da AB; e

- Identificar quais as ações de PS estão sendo implementadas por estes profissionais;

### **METODOLOGIA**

Este trabalho é uma revisão de literatura, que faz parte de um projeto de pesquisa, referente ao Mestrado que está em andamento na unidade da Fiocruz, em Brasília/DF. Para tanto, foi realizado um levantamento em livros, portarias e artigos publicados nas bases de

dados eletrônicas, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde. Na busca foram utilizados os descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Pessoal de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos pesquisados mostraram que as estratégias de PS desenvolvidas pelos profissionais de saúde da AB, envolviam, em sua maioria, o tratamento, a prevenção de doenças (1) e o repasse de informações sobre como as pessoas deveriam agir em benefício da sua própria saúde (8). Além disso, foi abordada, a dificuldade de conciliar as ações planejadas com o atendimento das demandas que surgiam na unidade (9).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, as falas destes profissionais de saúde apontaram atuações com pouco espaço para as ações de PS. Este cenário aponta para a necessidade de enfatizar o verdadeiro significado da PS para os trabalhadores da AB, tendo em vista a proximidade destes serviços com os principais problemas de saúde dos territórios em que estão inseridos e a possibilidade de intervenção nos mesmos a partir da mobilização dos diversos atores sociais envolvidos neste processo.

## REFERÊNCIAS

1. Lopes M do SV, de Fátima Antero Sousa Machado M, Barroso LMM, Macêdo EMT, Costa RP da, de Sousa Furtado LC. Promoção da Saúde na percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2013;14(1):60–70.
2. Buss PM, Carvalho AI de. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009;14(6) : 2305–16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>
3. Westphal MF. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: Campos G de S, Minayo M de S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho Y de, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC e Fiocruz; 2006. p. 635–67.
4. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19–42.
5. Souza, Elza Maria de; Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social : inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Heal (San Fr* [Internet]. 2004;20(5):1354–60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>

6. Saúde M da. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 [Internet]. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf)
7. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Colet [Internet]. 2000;5(1):163–77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
8. Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, Muniz RM. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. Rev Min Enferm [Internet]. 2012;16(4):487–93. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>
9. Silveira MR da; RR de SSR de O. O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: implicações para a Promoção da Saúde. Tese [Internet]. 2014;15(2):196–201. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v15n2a06.pdf>

## APÊNDICE E

### Certificado de apresentação de trabalho na 1ª Conferência de Promoção da Saúde da Fiocruz (Rio de Janeiro/RJ).



**1ª Conferência**  
de Promoção da  
Saúde da **Fiocruz**



O Programa Translacional de Promoção da Saúde da Fiocruz - FioPromoS certifica que o trabalho intitulado: **“Promoção da Saúde na Atenção Básica: uma compreensão necessária”** na modalidade pôster da Área temática - Promoção da Saúde na Atenção de autoria de:

Lorena Lima Magalhães e André Luiz Dutra Fenner.

Foi apresentado na 1ª Conferência de Promoção da Saúde da Fiocruz, no dia 08 de abril de 2019, na Fiocruz, Rio de Janeiro.



Luciana Ribeiro Garzoni  
Assessora de Promoção da Saúde  
Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde  
Coordenadora Geral do FioPromoS



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PÁTRIA AMADA  
BRASIL  
GOVERNO FEDERAL