



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E
SOCIEDADE NA AMAZÔNIA



Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIASOB A PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Belém-Pará

2018

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade da Universidade Federal do Pará como requisito obrigatório a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Liliane Silva do Nascimento

Belém-Pará

2018

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pará.

Aprovada em: ___/___/___

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Liliane Silva do Nascimento - Orientadora UFPA

Profa. Dra. Regina Fátima Feio Barroso - UFPA

Profa. Dra. Marcieni Ataíde de Andrade - UFPA

Profa. Dra. Ilma Pastana Ferreira - UEPA

A Deus, minha base,
minha força, meu ponto de
chegada, de partida e alicerce
de vida, e também a todos os
profissionais que acreditam,
vivem e lutam pelo SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a espiritualidade, e por toda luz recebida. Cada momento é amor de Deus.

Agradeço à minha família. À minha mãe, que é a pessoa mais doce e linda que já conheci; meu pai, uma pessoa incrivelmente corajosa; minha irmã Kátia e meu irmão Kennay, meus primeiros amigos, e serão pra sempre.

Agradeço ao meu marido e companheiro, que nestes anos foi um pai incrível, e que em minhas ausências foi pai e mãe de nossos filhos, com amor incondicional. Por todo amor, a você, minha eterna gratidão.

Aos meus filhos, meus amores, minha vida, minha força, por quem vivo e viverei. São duas crianças lindas, maravilhosas e compreensíveis. Deles veio à força e incentivo pra chegar aqui, e seguir adiante. Sou a mãe mais feliz do mundo.

À professora Liliane Nascimento, que é a alma de tudo. Obrigada por todo conhecimento, compreensão, parceria e, sobretudo, amizade. Obrigada pra todo sempre.

Aos amigos, incansáveis, que estiveram ao meu lado. Agradeço ao Grupo de nós que acompanhou cada fase, com o companheirismo, compreensão e muitas conversas; o Cogumelos Mágicos, que viveu a intensidade da vida acadêmica, lado a lado, em todos os momentos. Aos amigos, que viveram comigo a construção deste momento, durante estes anos. Sei que torcem por mim.

À Universidade Federal do Pará, especialmente ao PPGSAS, pela oportunidade em contribuir com nossa Universidade. Tenho orgulho de ser UFPA.

PREÂMBULO

Como pesquisadora, apresento-me: meu nome é Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides, formada em Farmácia, com habilitação em Bioquímica, pelo Centro de Ensino Superior do Pará ó CESUPA. Atuei como farmacêutica desde o término da formação acadêmica inicial em 1999. A partir de então, fiz aperfeiçoamento profissional e acadêmico na área da saúde. Cursei especialização em Análises Clínicas com ênfase em Hematologia e Microbiologia, pela Universidade Federal do Pará ó UFPA, atuando nesta área, por quatro anos, no Hospital de Aeronáutica de Belém. Posteriormente segui para a área de Gestão em Saúde, especializando-me em MBA em Gestão Hospitalar, pela Faculdade Norte do Paraná, atuando nesta área por seis anos, também no Hospital de Aeronáutica de Belém, como chefe do Serviço de Farmácia.

Surgiu, então, o amor pela educação na área da saúde, fiz Licenciatura em Ciências Biológicas. Em seguida especialização em Metodologia da Educação no Ensino Superior, pela Faculdade Tecnológica de Curitiba, bem como, a especialização em Educação Especial e Inclusiva, pela mesma instituição, tendo em vista estar pronta a enfrentar as necessidades atuais da educação, sua complexidade.

Atualmente exerço a profissão de Farmacêutica, na Atenção Primária, na cidade de Castanhal-PA, onde pude perceber o acesso, acolhimento e funcionamento de uma Unidade de Saúde, motivando-me a delimitar o meu objeto de pesquisa, na qual quis compreender a promoção de saúde nas unidades. Trata-se de uma inquietação que perpassa pela vivência cotidiana, de ações e atividades que são norteadas pela implantação de Política Nacional da Promoção de Saúde. Contudo, sua implementação na rotina da atenção primária é um desafio ao processo de trabalho, sobretudo pelos profissionais de saúde. Diante desta visível descoberta na realidade que vivo, surgiu a necessidade de imergir noutro desta política, assim como, o desejo de contribuir para a realidade em que vivo na atenção primária e tinha uma visão empírica. Este trabalho vem contribuir nestas reflexões.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS ó Atençaõ Primária à Saúde
CNS ó Conselho Nacional de Saúde
CNS ó Conselho Nacional de Saúde
CIT ó Comissão Intergestores Tripartite
ESF ó Estratégia Saúde da Família
NASF ó Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS ó Organização Mundial da Saúde
ONU ó Organização Mundial de Saúde
OPAS ó Organização Pan-americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários
PNAB ó Política Nacional de Atenção Básica
PNH ó Política Nacional de Humanização
PNaPS ó Política Nacional de Promoção em Saúde
PSF ó Programa Saúde da Família
SUS ó Sistema Único de Saúde
TCLE ó Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA ó Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
5	METODOLOGIA	19
	LOCAL DA PESQUISA	19
	COLETA DE DADOS	20
	ANÁLISE DE DADOS	20
	ASPÉCTOS ÉTICOS	21
	RESULTADOS	23
	ARTIGO 01: Perspectivas de profissionais de saúde de unidade básica sobre a política nacional de promoção da saúde publicado na Revista REBES vol. 8, nº 2, 2018.....	22
	ARTIGO 02: Perspectivas e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária.....	29
	Diretrizes para Autores/ Revista Saúdeem Debate.....	46
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE	
	ANEXO	

RESUMO

A promoção de saúde prevê o envolvimento de todos os atores do fazer e ser saúde, de modo a serem protagonistas e partícipes ativos da concretização e continuidade no cuidado. Traz novo olhar que envolve aspectos políticos, sociais, éticos, culturais, espirituais, para garantir a saúde de forma universal, equânime e integral. A implementação da política na atenção primária incide em mudanças de conduta no tratamento dos usuários, através de ações que alcancem a plenitude do cuidado do indivíduo e suas famílias, considerando os determinantes sociais de saúde que compõem este universo. Este estudo buscou compreender a implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária, sob a perspectiva dos profissionais que atuam nesta porta de entrada do Sistema Único de Saúde, através de estudo qualitativo exploratório, na cidade de Benevides. Realizou-se estudo piloto em 2017 para validar o instrumento de pesquisa, cujos resultados estão no artigo 01. Em 2018, as coletas de dados realizadas por entrevista de profissionais sorteados aleatoriamente na cidade de Benevides objetivaram compreender como se deu na atenção primária do município a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNAPS. Os profissionais entrevistados revelaram que são conhecedores da política superficialmente e procuram executá-la ao realizar ações dentro da rotina das unidades, demonstrando confundimento da política com as agendas do Ministério da Saúde. Percebe-se que na atenção primária faz-se essencial a ação coletiva vinculada a razões de territorialidade e conhecimento das necessidades individuais e coletivas da população assistida. Sendo todos protagonistas para a produção de saúde. Recomenda-se que o cuidado à saúde não se limite ao cumprimento de agenda e/ou assistencialismo. Desse modo, é urgente a real mudança da práxis e paradigmas dos modelos de atenção à saúde, destacando-se a importância da intersetorialidade e trabalho multiprofissional, na lógica da totalidade da promoção da saúde, seus conceitos e funcionamento, que devem ser capilarizados aos profissionais e fazedores do SUS em todas as suas atividades e níveis de atuação e/ou gerenciamento.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Promoção da saúde. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Health promotion provides the involvement of all the actors of doing and being health, in order to be protagonists and active participants in achieving and continuing care. It brings a new view to ensure health in a universal, equitable and integral way that involves political, social, ethical, cultural and spiritual features. The implementation of the policy in primary care focuses on changes in the treatment of users, through actions that reach the full care of the individual and their families, considering the social determinants of health that make up this universe. This study aimed to understand the implementation of the National Policy on Health Promotion in primary care from the perspective of professionals working at this entry into the health system. It was a qualitative exploratory study developed in the city of Benevides, State of Pará, in 2018. We found that professionals knew about this policy and seek to implement it in their actions. However, this perception does not exempt the actions, which are still confused with attributions recommended by the Ministry of Health, or activities with ends in themselves. In primary care is essential to carry out collective health actions, in which everyone must be protagonists for health production. Health professionals should develop awareness of health promotion to users and produce their actions based on praxis, where care is not limited to meeting welfare. Thus, the real change in the praxis and paradigms of health care models is urgent, highlighting the importance of intersectoriality and multiprofessional work for the integral health promotion, its concepts and functioning, which must be capillarized professionals and makers of the health system in all their activities and levels of action and / or management.

Keywords: Primary Health Care. Health Promotion. Health Professionals.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde extrapola os cuidados assistenciais individuais e insere a saúde na agenda de prioridades da política e da gestão em todos os níveis e setores. Os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde, mas demandam uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais autoridades locais, indústria e mídia (VASCONCELOS et al., 2012; MALTA, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a promoção da saúde como um processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre seus determinantes e que provoca a discussão de forma coletiva. É realizada em várias partes do mundo como objetivo de contribuir para a implementação de políticas públicas promotoras de saúde das populações e suas qualidades de vida (CARVALHO et al., 2017; PIRES ALVES e CUETO, 2017).

Na década de 60 o debate acerca de uma nova abordagem relacionada à determinação social e econômica da saúde, para a superação do conceito de saúde centrado na enfermidade foi um delimitador nas políticas. O marco inicial deste processo foi uma atividade organizada pela OMS, juntamente com o movimento canadense, que saíram em missão à China Nacionalista para observação da saúde neste local, gerando o Relatório de Lalonde ó Uma nova perspectiva de saúde dos Canadenses ó o relatório ó Saúde para todos. Estes documentos foram bases para a convergência de importantes movimentos para Alma-Ata (FREITAS e MANDU, 2010; COELHO, 2012; PIRES ALVES e CUETO, 2017).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata representou um novo paradigma, por trazer a proposta de saúde para todos no ano 2000. Destacou a Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciando que a conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores, como por exemplo, econômicos e sociais, além do setor saúde. Observa-se, assim, que a promoção e a proteção da saúde da população estão conectadas à sua situação econômica e social. Deste fato nasce o empoderamento da população (empowerment da sociedade) em suas devidas proporções, na participação das aplicações em saúde (GOMES, 2011; MALTA, 2016; PIRES ALVES e CUETO, 2017).

A 1ª Conferência Internacional sobre promoção de saúde ocorreu no ano de 1986, em Ottawa, no Canadá, a qual gerou documento norteador com metas para Saúde. Nesse documento sugeriu-se a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis; capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Logo, neste somatório de diversas atividades práticas para concretização dos objetivos de melhor saúde e qualidade de vida para todos, repousa a especificidade da Promoção da Saúde. (WHO, 1986; NUTBEAN, 1999; PEREIRA e CAMPOS, 2001; TANAKA, 2011; PIRES ALVES e CUETO, 2017).

Em 1988, na cidade de Adelaide, Austrália, realizou-se a Segunda Conferência Internacional sobre promoção em saúde, onde foram afirmadas as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, porém, os destaques desta Conferência foram para políticas públicas saudáveis intimamente relacionadas à equidade. (WHO, 1988; TANAKA, 2011; COELHO e ALMEIDA FILHO, 2012).

Em 1991, a Conferência de Sundsvall, na Suécia, reforçou a importância de ambiente favorável para a promoção à saúde, chamando atenção para a necessidade de ações urgentes no intuito de atingir maior justiça social em saúde. Destacando-se quatro aspectos: a dimensão social; dimensão política; dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade das mulheres em todos os setores (WHO, 1988; COELHO e ALMEIDA FILHO, 2012; CARVALHO et al., 2017).

Na cidade de Bogotá, em novembro de 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, tendo como ponto principal a criação de condições de garantia para o bem estar de saúde da população como via de desenvolvimento. Foram evidenciadas as iniquidades existentes nos países da América Latina e propostas novas alternativas de ação na saúde pública, assim como, ressaltou-se a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver (FREITAS e MANDU, 2010; COELHO e ALMEIDA FILHO, 2012; PIRES ALVES e CUETO, 2017).

Em Jacarta, Indonésia, em 1997, realizou-se a Quarta Conferência Internacional de promoção da saúde, tendo como tema central a promoção da saúde no século XXI, sendo a primeira vez que se incluiu o setor privado na discussão da promoção da saúde (WHO, 1997; COELHO e ALMEIDA FILHO, 2012; MORSCHEL e BARROS, 2014).

Na Quinta Conferência Internacional de Promoção de Saúde, na cidade do México, em 2000, foram estabelecidas seis ações a serem colocadas em

praticamente: promoção de saúde como prioridade das políticas locais; participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde; apoio aos planos de ação nacional, com capacidade técnica da OMS; fortalecimento de redes nacionais e internacionais que promovam saúde; a Organização das Nações Unidas (ONU) como responsável pelo impacto em termos da saúde, dentro de sua agenda de desenvolvimento; apresentação de relatórios acerca do progresso dessas ações à ONU (WHO, 1997; FREITAS e MANDU, 2010; COELHO e ALMEIDA FILHO, 2012).

Diante deste contexto histórico, a OMS definiu alguns critérios, com o objetivo de criar um programa ou projeto de promoção de saúde, destacando-se estes: elaboração de políticas e participação de gestores nos programas de saúde; dos promotores da saúde, onde o êxito deve ser definido em termos de objetivos alcançados em curto prazo, com condições de vida real; o envolvimento de todos os participantes do processo, isto é, envolvimento ativo de organizações, comunidades e pesquisadores, na promoção de saúde. (NUTBEAN, 1999; TANAKA, 2011; MALTA, 2016; PIRES ALVES e CUETO, 2017).

A promoção de saúde no Brasil inicia com a regulamentação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida com a edição da Lei 8.080, complementada pela Lei 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que especificaram os princípios e diretrizes contidos na Constituição e detalharam a organização e o funcionamento do sistema (BRASIL, 1988; MORSCHEL e BARROS, 2014; CARVALHO et al., 2017).

O SUS está organizado com base nos princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com fundos públicos, para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros. De responsabilidade estatal, de forma a coibir a mercantilização da saúde e assim garantir o financiamento adequado a esse sistema, está organizado de forma descentralizada e com base em unidades hierarquizadas, que permitem a participação da população em todos os seus níveis e instâncias (FLEURY, 2009; ALMEIDA FILHO, 2011; MALTA, 2016).

Em 30 de março de 2006, a Portaria nº 687/GM, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAPS), tendo em vista a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, levando-se em consideração os determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, bens e serviços essenciais (PAIM, 2010; ANDRADE e COTTA, 2013; CARVALHO et al., 2017).

Nas instâncias do SUS, a PNAPS foi apresentada e ajustada nos Grupos de Trabalho da Vigilância em Saúde, da Atenção à Saúde e de Gestão, bem como na Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde (PNAPS,2006; CARVALHOet al., 2017).

APNAPS está diretamente relacionada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), historicamente consolidada no SUS, e sua efetivação traz a participação das três esferas de governo, de forma descentralizada, com a mais importante função de influenciar e modificar, diretamente a vida das pessoas, isto é, da comunidade em torno da Unidade.As Unidades Básicas de Saúde (UBS) ó instaladas onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem ó desempenham um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade pela população. A nova política articula a Atenção Básica (AB) com importantes iniciativas do SUS, com a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde (BRASIL 2012;MOROSINIet al., 2018).

A AB, no Brasil, traduz-se na porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, carregando em si os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção,da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (FREITAS e MANDU, 2010; GOMES, 2011; BRASIL, 2016; MOROSINIet al., 2018).

Esse papel da ABalicerça seus fundamentos e diretrizes, noterriório, permitindo odesenvolvimento de ações, com planejamento setorial ou intersetorial, que impactam na vida dos usuários, e que, de acordo com o princípio da equidade,permitem o acesso universalaos serviços de saúde disponíveis nas unidades. O serviço de saúde deve ser organizado no sentido de assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta; além de estebelecer vínculos, com a construção de relações de confiança e afeto. Essas ações podem impactar na garantia a continuidade do cuidado; no desenvolvimento do protagonismo e autonomia pelos usuários(STARFIELD, 2002; GOMES, 2011; BRASIL, 2012; MOROSINIet al., 2018).

Após três décadas, desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo diante de muitos desafios ao longo do caminho, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS, no Brasil, que mais fortaleceram os princípios e diretrizes do SUS. As Políticas Nacionais de Atenção Básica foram fundamentais nesse processo histórico, trazendo reflexões importantes, principalmente na atenção e na gestão do trabalho em saúde (GOMES 2011; BRASIL, 2012; ANDRADE e COTTA, 2013; MOROSINI et al., 2018).

Em setembro de 2017, foi publicada nova PNAB, trazendo em si a polêmica de revogação da ESF na organização do SUS, com provável perda de recursos da AB, em um contexto de redução do financiamento da saúde. Tal fato gerou manifestação de organizações, como da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), que têm, em suas lutas, à defesa do SUS. Estas instituições manifestaram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF (GOMES, 2011; BRASIL, 2012; COSTA, 2016; MOROSINI et al., 2018).

Diante deste panorama histórico da promoção da saúde, no mundo e no Brasil, assim como na perspectiva de luta em contribuir com o sistema de saúde, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde, que operem nas estratégias mais amplas, inicialmente definidas em Ottawa, e que estejam associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, e mais especificamente à implementação da PNAPS.

Nessa lógica, este estudo propõe compreender a implementação da política nacional de promoção da saúde na atenção primária, buscando compreender a realidade dos profissionais que atuam na atenção primária, observando-se: de que modo as suas ações consideram a implementação da PNAPS.

METODOLOGIA

Escolheu-se o percurso metodológico da pesquisa qualitativa segundo os preceitos da análise de conteúdo. No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (corpus). Tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de

tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico, numa abordagem naturalística (BARDIN, 2011).

A pesquisa qualitativa constitui um campo no qual é possível visualizar, a cada dia, mais intensamente, o interesse pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde. Dos múltiplos temas inseridos nesse contexto, a análise dos dados é um dos que despertam a crescente atenção de administradores, acadêmicos e pesquisadores envolvidos na avaliação e realização de estudos qualitativos, na área da saúde. Esta preocupação data de período recente, pois essa temática, quando não ignorada, tradicionalmente não recebia tratamento à altura de sua relevância, já que os métodos quantitativos dominavam e constituíam as irrefutáveis estratégias no terreno da análise dos dados (MINAYO, 2004).

LOCAL DA PESQUISA

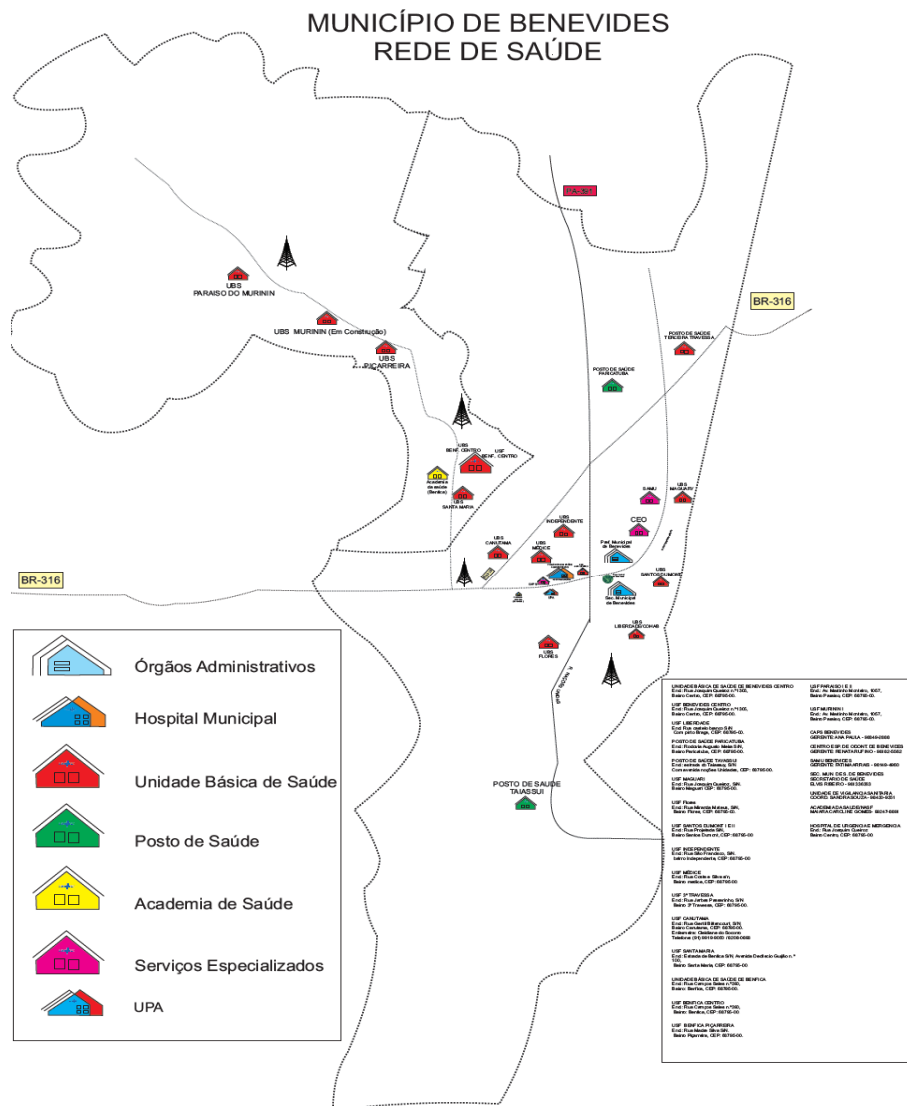


Figura01: Mapa do município de Benevides e distribuição dos serviços de saúde.
Fonte: Secretaria de Saúde do Município de Benevides, Pará. 2017.

A pesquisa foi realizada na cidade de Benevides, situada na região metropolitana de Belém(Figura 01), capital do estado do Pará e conta com aproximadamente 60.000 habitantes. A rede municipal de saúde possui 15 UBS, 03 NASFs, 24 ESFs, apresentando 100% de cobertura em estratégia saúde da família.

COLETA DE DADOS

O estudo teve o piloto com cinco profissionais entrevistados por meio de roteiro semiestruturado, para validação do instrumento, realizado em unidade de saúde, sorteada aleatoriamente em 2016. Seus resultados e detalhamento são observados no artigo 1.

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2018. Foram realizadas entrevistas com 20 profissionais, de forma individual, utilizando-se roteiro semiestruturado (Apêndice II), aplicado por um único pesquisador.

As entrevistas foram registradas em aparelho de gravação (celular modelo J7 prime, marca Samsung) e os áudios salvos em formato mp3, posteriormente transcritas e salvas em arquivos individuais do Microsoft Office Word (no formato.doc)®. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, em ambiente reservado, sendo previamente agendadas, por contato telefônico. A seleção dos depoentes utilizou como critério de inclusão: servidores com graduação em ensino superior e atuantes na unidade há mais de dois anos.

O tamanho amostral foi estabelecido segundo o critério de saturação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Ou seja, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa acrescentariam pouco ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (CAMPOS, 2004; BARDIN, 2011).

ANÁLISE DE DADOS

Optou-se pela análise de conteúdo, para tratar os dados, pois, aplica-se um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004).

Para Bardin (2011) a análise de conteúdo organiza-se em torno de três pólos cronológicos:

- 1) A pré-análise: é a fase da organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais,

de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso. Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final;

2) A exploração do material: se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas por computador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (õfalantesö) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados, digramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ó ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi realizada segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde(Res. CNS 466/12), de acordo com aceite do orientador e autorização da Instituição envolvida na pesquisa. Teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Pará, número do parecer 2.283.867(Anexo I).

Todos os participantes da pesquisa confirmaram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ó TCLE ó (Apêndice I).

RESULTADOS

Os resultados da dissertação foram organizados em dois artigos.. O artigo 1 foi publicado na revista REBES e o artigo 2 será submetido à Revista Saúde e Debate.

ARTIGO1:Disponívelem

<<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/5537/4945>

Perspectiva de profissionais de saúde de unidade básica sobre a política nacional de promoção da saúde

National policy of health promotion: Perception of basic units health workers

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides

Farmacêutica-Bioquímica. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade da Universidade Federal do Pará. E-mail:kellycalderaro@hotmail.com

Liliane Silva do Nascimento

Cirurgiã Dentista. Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. E-mail: lilianenascimento2001@gmail.com

Recebido em 19/12/2017; Aprovado em: 29/12/2017

Resumo: A promoção de saúde prevê o envolvimento de todos os atores do fazer e ser saúde, de modo a serem protagonistas e partícipes ativos de sua concretização e continuidade no cuidado. A promoção em saúde traz novo olhar que envolve aspectos políticos, sociais, éticos, culturais, espirituais para garantir a saúde de forma universal, equível e integral. A eficaz e eficiente implementação de sua política na atenção primária incide em mudanças de conduta no tratamento dos usuários, através de ações que tendem a alcançar a saúde completa do indivíduo, considerando os determinantes de saúde que compõem este universo. Objetivou-se, neste estudo, avaliar quanto a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNaPs) é conhecida por profissionais de saúde, bem como compreender o processo de sua implementação. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada em unidade básica de saúde no município de Benevides/Pará, através de análises de conteúdo de entrevistas aos profissionais da unidade. Percebe-se que a implementação da política ocorre de maneira difusa e descentralizada pelos protagonistas e partícipes de execução da mesma. Onde, a identificação do conhecimento acerca da PnaPs está correlacionada ao bom processo de trabalho da equipe na lógica da promoção em saúde destarte a estrutura assistencial. Entende-se que o refazimento de conduta profissional, tomada de decisão gestora alinhada democratização do saber e a capilarização da PnaPs ainda esbarram em muitos desafios a serem superados por todos trabalhadores e fazedores do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde; Atenção primária à saúde; Saúde pública

Abstract: Health promotion predicts the involvement of all healthcare actors in order to be protagonists and active participants of concretization and continuity of care. It brings a new perspective that involves political, social, ethical, cultural and spiritual aspects to ensure universal, equitable and integral health. The effective and efficient implementation of health promotion policy in primary care comprises changes of conduct in the treatment of users considering health determinants to reach the integral care. This work aimed to evaluate the health professional's knowledge about National Policy of Health Promotion (NPHP) and to comprehend its implementation. This is a qualitative research carried out in Basic Health Units of Benevides municipality, located in State of Pará. We performed a content analysis of interviews with health professionals of those Units. Our findings showed that the implementation of NPHP occurs in diffuse and decentralized way by protagonists and participants of that policy. Besides we observed a correlation between the knowledge about NPHP and satisfactory working process of equip in the context of health promotion and structure of assistance. The reestablishment of professional conduct, management decision-making aligned to the knowledge democratization and the capillarization of NPHP still run into many challenges to be overcome by all workers of Health System.

Keywords: Health; Primary health care; Public health

INTRODUÇÃO

A promoção em saúde vem se delineando desde a década de 50, quando foi citada pela primeira vez, trazendo novas dimensões para a medicina, como a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Era o movimento da medicina preventiva que começava a surgir em um contexto de crítica à medicina curativa (BUSS, 2003; WESTPHAL, 2006 ; ARCE; TEIXEIRA, 2017).

O conceito moderno de promoção da saúde e a prática consequente surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Ressalta-se aqui as importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que se realizaram ao longo da história, sendo estas: Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991 e Jacarta 1997. Foi neste momento que desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009; MAGALHÃES, 2016).

As discussões sobre promoção da saúde foram fortalecidas em meados dos anos 80, com a realização da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no Brasil no mesmo ano (CARVALHO, 2008; BUSS; CARVALHO, 2009).

Destaca-se como marco do fortalecimento das discussões sobre promoção da saúde no Brasil, a influência da 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde, organizada pela OPAS em Bogotá, Colômbia, em 1992, que trouxe as discussões e recomendações para promoção da saúde, realizadas mundialmente nas conferências internacionais para o contexto político, social, cultural e econômico dessa região (CARVALHO, 2008; BUSS; CARVALHO, 2009).

As primeiras iniciativas no SUS em desenvolver ações de promoção da saúde ocorreram no contexto de expansão da atenção primária à saúde em 1992 e com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (BUSS; CARVALHO, 2009). O PSF como estratégia de ser o porta de entrada do sistema de saúde trouxe elementos da promoção da saúde para sua prática, que articulados com os princípios e diretrizes do SUS, contextualizaram-se na atuação das equipes de saúde num território de saúde (BRASIL, 2014; TAVARES et al., 2016).

A porta de entrada do SUS é a Atenção Primária em Saúde (APS), mais especificamente, as unidades básicas que compõem o sistema primário. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população. Ao longo do tempo se busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002; MAGALHÃES, 2016; ARCE; TEIXEIRA, 2017).

Os valores da APS para alcançar a saúde para todos requerem sistemas de saúde que tenham uma visão centrada no paciente. O que as pessoas consideram formas desejáveis de viver como indivíduos e o que esperam das suas sociedades é isto, aquilo que as pessoas valorizam e constituem parâmetros importantes para governar o setor da saúde (BARROS et al., 2006).

O processo de desenvolvimento da APS é executado pela gestão e pela equipe de saúde, onde todos participam do processo, caracterizando o protagonismo de todos da equipe, que estão diretamente voltadas a população do território no qual a mesma está presente. É da APS a responsabilidade da saúde de sua população, assim como tornar esta população responsável por sua saúde. É uma ação de cuidados que depende de todos, concretizando a promoção de saúde (BARROS et al., 2006; TANAKA, 2011; ALEXANDRE et al., 2016; ARCE; TEIXEIRA, 2017).

Assim, para que seja alcançado o propósito de ampliação do conceito de saúde e suas ações, são propostos distintos pontos de vista ou critérios, o que resulta em êxito de um programa ou projeto de promoção de saúde, sendo estes os seguintes: dos responsáveis pela elaboração de políticas e gestores de programas, onde o êxito é estimado em termos de impacto econômico, isto é, da relação entre a inversão de recursos e os resultados de saúde a curto prazo; dos promotores da saúde, onde o êxito é definido em termos de objetivos alcançados em curto prazo, em condições de vida real (TANAKA, 2011; ALEXANDRE et al., 2016; MAGALHÃES, 2016).

Assim, objetiva-se avaliar, com este projeto piloto, o quanto a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNaPs) faz parte da realidade dos profissionais de unidades de saúde, que atuam na atenção primária. Sua implementação deve ser monitorada e avaliada, com vistas à comprovação, ou não, do êxito da intervenção e das ações de saúde. Assim, a avaliação de sua implementação, em condições de vida real, gera o quanto efetiva é a política dentro de uma unidade de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, na perspectiva de trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (BARDIN 2011; MINAYO, 2013).

A pesquisa foi realizada na cidade de Benevides - PA, situada na região metropolitana de Belém, capital do estado do Pará, Brasil. Benevides conta com aproximadamente 60.000 habitantes. Uma município em desenvolvimento, com taxa média anual de crescimento 5,14%. A atenção básica no município é de 100% de cobertura populacional para equipes de ESF, que atualmente são 24 equipes (BRASIL, 2018).

Foi sorteada aleatoriamente uma das unidades de saúde, dentre as quinze existentes no município para o estudo de caso realizado em dezembro de 2016. Esta unidade possui 28 funcionários, duas Estratégias de Saúde da Família, com profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros e apoio técnico. Atende a população de três bairros que a circundam, sendo uma população de aproximadamente 7.000 pessoas.

A coleta de dados foi realizada através de aplicação de instrumento de avaliação, por meio de roteiro semiestruturado, em forma de entrevista, devidamente registradas em aparelho de gravação. Foram entrevistados cinco profissionais em dias diferentes através de agendamento prévio, em ambiente reservado, com duração média. Todas entrevistas foram conduzidas por um único entrevistador. A escolha dos depoentes utilizou como critério de inclusão: servidores atuantes na unidade há mais de um ano e graduação em ensino superior. A pesquisa seguiu todos os critérios da ética em pesquisa com seres humanos de acordo com Resolução CNS 466/12 com parecer 2.283.867 do CEP do Instituto de Ciências da Saúde-ICS, da Universidade Federal do Pará/UFPA. Para análise, os servidores entrevistados foram nominados em ordem ordinal crescente, 1,2,3, 4 e 5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento por parte dos gestores e servidores das unidades acerca das responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde são fundamentais para que a implementação de promoção de saúde seja realizada. Essas responsabilidades devem estar claras aos funcionários da unidade, assim comentam os servidores, quando responderam a pergunta sobre o que significa a PnaPs na unidade (Quadro 1).

Quadro 1. Depoimento sobre o significado de Política Nacional de Promoção de Saúde por servidores da saúde de Benevides, Pará

ÕA PnaPs na nossa unidade significa uma melhoria na qualidade de vida da população que é atendida.
(Servidora 1)

Õ... a atenção básica funciona como uma proposta de reorganização dos serviços de saúde, tipo de ter em vista a melhoria da qualidade de vida da população. Na questão de promover saúde vejo que reduz a vulnerabilidade e riscos da população, ou melhor, para a população, então vejo um aumento de resolutividade ainda na primeira instância do serviço. Vejo também que acontece a diminuição dos custos financeiros e também um inchamento na atenção terciária do SUS. (Servidora 4)

Desta forma, na perspectiva da promoção da saúde, a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população,

responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas (BRASIL, 2014; ARCE; TEIXEIRA, 2017).

A saúde exige a participação ativa de todos os sujeitos na análise e na formulação de ações que visem à sua promoção. Assim, a abordagem de promoção da saúde aponta para o desenvolvimento de políticas públicas e para a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa (BRASIL, 2014; ARCE; TEIXEIRA, 2017; TAVARES et al., 2016).

É importante destacar que a PNaPS, ao propor mudanças no trabalho em saúde com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida, está em conformidade com a Declaração de Adelaide (2010) e com a Declaração de Helsinque sobre Saúde em todas as Políticas (BRASIL, 2014; ARCE; TEIXEIRA, 2017; TAVARES et al., 2016).

Estes documentos enfatizam que é mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas. Isto se dá porque as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor Saúde, sendo formadas social e economicamente. Estes documentos expressam a necessidade de que seja estabelecido um novo contrato social entre todos os setores para ampliar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade e a equidade, assim como para melhorar as condições de saúde adotando como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (ALEXANDRE et al., 2016.;TAVARES et al., 2016).

Dentro do desenvolvimento da gestão é necessário priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação. Utilização de múltiplas abordagens na geração e na análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais para subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de saúde e qualidade de vida (ARCE; TEIXEIRA, 2017).

Quadro 2. Recorte da fala de depoente sobre a visão de implementação da de Política Nacional de Promoção de Saúde por servidores da saúde de Benevides, Pará

õComo política de desenvolvimento, a política nacional de promoção a saúde, é, pra nós aqui na unidade, de suma importância, até por que a unidade sobrevive disso, né. Nosso atendimento é direto com o cliente, com a satisfação do cliente, e a promoção a saúde nós levamos através dos nossos programas: hipertensão, diabetes, atendimento ao idoso, a adolescentes, as grávidas....então assim a unidade tem tido sucesso dentro desse programa. Está sendo sempre bem desenvolvido esses programas dentro da unidade.õ (Servidor 5)

õ... eu acho que é oferecer a nossa comunidade mais conhecimento e formas de prevenção. Aqui nós realizamos atividades educativas, ações, consultas, além de que na atenção primária, ou melhor além de oferecer vários outros serviços para que não seja resolvido na atenção primária.õ (Servidor 3)

Neste sentido, considera-se de grande valia reiterar aqui a discussão sobre a complexidade da implementação das PNaPs na unidade básica no contexto das políticas e programas do SUS, que nos remete a uma diversidade de interpretações fundamentalmente necessárias de serem compreendidas, a fim de garantir o bom funcionamento do sistema, bem como por em prática aquilo que preconiza os princípios e diretrizes do próprio SUS (ALEXANDRE et al., 2016; MAGALHÃES, 2016).

Nesse caminho, destaca-se que a promoção da saúde deve ser retomada no SUS como estratégia de mudança de modelo de atenção. Os seus objetivos e diretrizes devem ser construídos observando o alcance do setor saúde e as potencialidades para efetivação dos mesmos por meio de ações intersetoriais. É imprescindível o reflexo dos conceitos da política nos objetivos e estratégias de implementação, a fim de nascer a compreensão e fortalecimento da política, promovendo, pelo contrário, uma leitura afunilada sobre a promoção da saúde pelos profissionais que atuam na atenção primária (MAGALHÃES, 2016; TAVARES et al., 2016).

Vista pela questão de ser formulada e desenvolvida pelo setor de saúde, a política de promoção da saúde deve contemplar como contexto a determinação exercida por vários elementos e estruturas, entre eles os políticos, os sociais, os econômicos, os culturais, os subjetivos e os objetivos na produção social da saúde. Porém, como discutido no estudo, considerando o contexto da gestão pública, estes lançam a promoção da saúde para além do alcance e possibilidade de resolução desse setor, podendo aprisionar estratégias propostas na denominação de reducionistas sempre que forem olhadas pela lente da determinação social da saúde (TAVARES et al., 2016).

Nos últimos anos, o que se tem observado, na maioria dos cursos que formam esses profissionais, é uma concepção de ensino desvinculada da prática reflexiva cotidiana das diversas profissões que compõem o campo da saúde, resultando em um perfil profissional muitas vezes incompatível com as demandas apresentadas pelos serviços e pela sociedade. As propostas de reformulação na formação de profissionais de saúde, orientadas pelas diretrizes curriculares e respaldadas por políticas públicas que estimulam esse processo, têm o intuito de superar algumas dessas questões (MAGALHÃES, 2016; ARCE; TEIXEIRA, 2017).

CONCLUSÕES

É urgente a real mudança da práxis e paradigmas dos modelo de atenção à atenção a saúde, destacando-se a importância da intersectorialidade e trabalho multiprofissional na lógica da totalidade da promoção da saúde, nesse sentido seus conceitos e funcionamento devem ser capilarizados aos profissionais e fazedores do SUS em todas as suas atividades e níveis de atuação e/ou gerenciamento. Constatam-se muitos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS, sendo destaque a formação de profissionais como fator determinante no bom funcionamento as demandas apresentadas pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, V. P.; ROCHA, D. G.; MARCELO, V. C.; LIMA J. R. Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2016, vol.21, n.6, p.1717-1726.

ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). Saúde debate 2017, vol.41, n.spe3, pp.228-240. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s317>.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. p.85.

BARROS, M. E. B.; MORI, M. E.; BASTOS, S. P. O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho o instrumento programa de formação em saúde e trabalho. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006.p.31-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Segunda edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível site www.dab.saude.gov.br. ISBN 978-85-334-1939-1.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESINA D.; FREITAS C. M., organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

BUSS, P. M., CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1998-2008). Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CARVALHO, A. I. Princípios e práticas da promoção da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. Ciênc. saúde coletiva. 2016, vol.21, n.6, pp.1767-1776. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013. 406p.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.726 .

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, 2011. p.927-934.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L.; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. A. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. Ciênc. saúde coletiva . 2016, vol.21, n.6, pp.1799-1808. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07622016>.

WHESTEPHAL, M. F. A promoção da saúde e prevenção de doenças. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-667.

Direitos autorais 2018 Kelly Lopes Calderaro Euclides e Liliane Silva do Nascimento

Artigo 02: enviado a REVISTA SAÚDE E DEBATE**Perspectivas e desafios na implementação da política nacional de promoção de saúde na atenção primária em um município do norte do Brasil****Resumo**

A promoção em saúde possui em suas concepções a ausência de doença, a transformação de indivíduos em seus comportamentos e a escolha de estilos de vida saudáveis. Avaliar a implementação da política nacional de promoção traduz a necessidade de compreender a concretização de seus preceitos. O presente artigo analisou a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Trata-se de estudo qualitativo realizado através de entrevistas com vinte profissionais de saúde no município de Benevides de março a junho de 2018. Através da análise de conteúdo identificou-se duas categorias: "Promoção tem tudo a ver com ação" e "Funciona tudo aqui (...)isso faz que tudo aconteça aqui". As falas revelaram um pensamento hegemônico limitante dos profissionais ao confundirem a realização de ações programáticas das linhas de cuidado dos planos anuais de saúde municipais ao sinônimo da promoção de saúde, revelando desconhecimento da transversalidade e intersetorialidade da política. Considera-se que existem desafios na efetiva implementação desta política na atenção primária, sobretudo na concepção de saber fazer promoção de saúde, onde o agir dos profissionais deve ser consciente em estar, realmente, promovendo saúde

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Avaliação em Saúde.

Abstract

Health promotion has in its conceptions the absence of diseases, transformation of individuals, their behaviors and choice of healthy lifestyles. Evaluating the implementation of the national promotion policy reflects the need to understand the fulfillment of its precepts. This article analyzes the implementation of the National Policy on Health Promotion. This is a qualitative study that was conducted through interviews with twenty health professionals in the municipality of Benevides from March to June 2018. A content analysis was carried out and the reports showed two categories: "Promotion is all about action"; "It works here. That makes everything happen here. ". Hegemonic thought demonstrates that the actions of health are confused and they limit the perception of health promotion. It is considered that there are challenges in implementation, demonstrating a cyclical understanding, whose implementation period coincides transversally with the annual municipal health plans, as well as overlapping the programmatic actions of care lines. Protagonism, knowledge, action and collective can be the answers for the effective implementation of this policy in primary care.

Keywords: Primary health care. Health promotion. Health evaluation.

Introdução

A promoção em saúde ascende, em 1986, com a Carta de Ottawa, na qual foram definidas ações de saúde efetivas para reduzir iniquidades pela escolha de elementos para promover saúde de forma real e efetiva, trazendo todos os envolvidos no processo, de forma protagonista e corresponsável^{1,2,3}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde como processo que empodera as pessoas, tanto no sentido de melhoria como de controle de sua saúde. A saúde é, portanto, vista como recurso para o dia a dia e não somente como objetivo do viver. É um conceito ampliado e indutor da intersetorialidade, por enfatizar recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, não se restringindo ao setor da saúde.^{3,4,5}. Westphal⁴ define a promoção de saúde em cinco aspectos e conceitos: biomédica, que está diretamente relacionada ao processo saúde-doença, e suas interfaces de cura; comportamental, com foco nos comportamentos individuais, seus estilos de vida, saudáveis ou não; educacional, que relaciona a promoção de saúde ao nível educacional das pessoas; empoderamento coletivo, que define o protagonismo comunitário, onde todos se envolvem, cuidando da saúde; transformação social e seus determinantes sociais de saúde, com as relações de poder, participação no desenvolvimento participativo em políticas públicas^{3,5}.

No Brasil, a efetivação da promoção de saúde ocorre com a aprovação da Política Nacional de Promoção em Saúde (PNAPS), através da Portaria n. 687/GM de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde⁶. Essa efetivação teve como objetivo realizar a promoção da qualidade de vida e a diminuição da insegurança ou possíveis situações que coloquem em prova à saúde, levando-se em conta os determinantes e condicionantes modos de viver, relacionados ao trabalho, moradia, sociedade, educação, entretenimento e serviços, essenciais à manutenção do mínimo de qualidade de saúde^{7,8}.

A implementação da PNAPS se desenvolve com ações e atividades a fim de promover saúde com processo na melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com conseqüente melhoria de qualidade, e assim efetivação da promoção em saúde no âmbito coletivo. Além do reforço aos princípios da participação social, corresponsabilidade, autonomia, equidade, integralidade e trabalho intersetorial.^{9, 10, 11,12}

Os programas e as ações de promoção em saúde buscam a qualificação do SUS, corroborando com o escopo da PNAPS, que evidencia a necessidade de consolidação de

práticas voltadas para indivíduos e coletividades. Reforça o trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades de saúde da população, com articulação dos diversos setores, na atenção primária^{8,12}.

Ao longo do processo de implementação de políticas, um importante fator de monitoramento, é a avaliação, caracterizada como importante mecanismo de gestão, com informações e subsídios para tomada de decisão dos gestores, formuladores e implementadores de programas^{13,14,15,16}.

No processo de avaliação, considera-se que as políticas públicas, com objetivo de promoção da saúde, devem considerar as iniquidades sociais presentes na APS, o que torna viável a eficácia nos resultados de saúde, partindo desta consideração.. Especificamente na saúde coletiva, esta é uma realidade mais complexa, que se traduz em transversalidade na definição de políticas públicas^{3,5}.

No processo de avaliação de políticas públicas é necessário reconhecer propósitos de e, dessa forma, configurar a investigação para mensurar seus impactos, relação causal entre o programa e a mudança provocada, no sentido de alcance de resultados, avaliando todo o processo de desenvolvimento das práticas, ou ações, trazendo à luz respostas para o escopo almejado^{15,16,17,18}.

Avaliar e acompanhar a qualidade de sistemas de saúde, a partir do monitoramento e avaliações é uma prioridade da OMS. Por outro lado, é pertinente e comprovado, por estudos, que a promoção da saúde tem competência para atuar com existência real no processo saúde-doença, de forma conexas com a realidade de cada comunidade, sendo assim, a avaliação de programas de promoção de saúde representa um desafio, pois necessita de um olhar diferenciado, baseado na territorialidade e desvinculado do olhar exclusivamente biomédico de doença^{2,3,7}. Nessa lógica, este estudo propôs compreender a implementação da política nacional de promoção da saúde sob a perspectiva de profissionais

Material e Métodos

Trata-se de estudo qualitativo, assim escolhido por se constituir em um campo no qual é possível visualizar o interesse pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde²³. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, definida como um método de análise, que objetiva compreender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira²⁵.

O cenário de estudo foi o município de Benevides, estado do Pará, Brasil, com população de aproximadamente 60.000 habitantes, situado na região metropolitana de Belém. A rede municipal de saúde conta com 15 unidades de saúde, e 100% de cobertura pela estratégia Saúde da Família ²¹.

As entrevistas foram realizadas com 20 profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma individual, por meio de instrumento semiestruturado²², no período de março a junho de 2018, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento foi norteado por três perguntas referentes a promoção de saúde e a visão dos profissionais em relação a esta, na perspectiva da prática na unidade, em sua atuação profissional e a nível municipal. Durante as entrevistas foi perguntado sobre a profissão, idade e sexo do profissional, tempo de formação profissional e tempo de atuação na APS. As entrevistas foram gravadas em áudio (celular modelo J7 prime, marca Samsung), salvas em mp3 e posteriormente transcritas, a fim de estarem em alinhamento com o diário de campo. Durante a transcrição os profissionais receberam codinomes de flores a fim de preservar o anonimato. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, em ambiente reservado, sendo previamente agendadas, por contato telefônico. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente trinta minutos.

A análise de dados foi realizada pela leitura das transcrições, considerando-se respostas concordantes e unânimes, para análise de conteúdo, correlacionou-se estas com o referencial teórico bibliográfico. Com esta metodologia procurou-se pelos núcleos de sentidos, com significação expressiva e de conteúdo para a análise escolhida²⁵.

A pesquisa seguiu os princípios da ética em pesquisa com seres humanos sob parecer de número 2.283.867, aprovado pelo Comitê de Ética em Saúde do ICS/UFPA.

Resultados e Discussão

As entrevistas foram realizadas com diferentes categorias profissionais, totalizando 20 profissionais: enfermagem (12), farmácia (3), medicina (2), administração (1), serviço social (1) e biomedicina (1). A idade dos profissionais foi entre 25 a 59 anos, com mais de 4 anos de formação profissional. Os profissionais

trabalhavam mais de dois anos nas Unidades de Saúde, que foram cenários desta pesquisa. Do total, 70% dos entrevistados foram mulheres.

Um fator determinante para a realização da pesquisa foi o agendamento prévio na realização das entrevistas. Foram marcados, pelos profissionais, dois horários diferentes: antes de iniciar os atendimentos e após o atendimento aos pacientes.

A análise das entrevistas revelaram duas categorias de respostas: *“promoção tem tudo a ver com ação”* e *“funciona tudo aqui. Isso faz que tudo aconteça aqui”*.

Todos os profissionais entrevistados evidenciaram em seus discursos que a prática da promoção de saúde são ações desenvolvidas na Unidade. Reconhecem que a promoção de saúde está relacionada às práticas sugeridas pelo Ministério da Saúde e Gestão local, percebem a PNAPS, contudo a perspectiva de sua implementação não é uma realidade.

“Promoção tem tudo a ver com ação”

Esta primeira categoria indica a realização de ações, conforme a própria PNAPS recomenda, contudo, ações programadas e cumprimentos de agendas não são, de fato, promover saúde. Segundo a PNAPS há constante necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores e trabalhadores do SUS, revendo o papel do setor Saúde na articulação e indução de outras políticas públicas *“é fundamental para que se tenha consciência do que é promoção em saúde”*^{15,29}.

Essa precariedade na operacionalização das ações de promoção da saúde também foi detectada por Peixoto-Pinto²⁶ na análise que fez sobre a PNAPS. Observa-se que diante da dificuldade de propor ações condizentes com a riqueza dos princípios postos pela política, a PNAPS indica ações que se assemelham àquelas de prevenção de doenças.

Assim, a fala desta profissional retrata claramente este contexto:

[...] É cumprir a agenda do Ministério da Saúde. E fazer as ações acontecerem...com as ações os pacientes vem até a unidade, recebem ações educativas, participam, tem conhecimento...é muito bom... o NASF vem...a secretaria está sempre presente. Até que aqui em Benevides as coisas acontecem...claro que os profissionais fazem um grande esforço...todos se empenham... ACS, técnicos, os outros, das outras profissões...e aí as ações acontecem...é assim aqui no município [...] (URZE)

Observa-se uma certa preocupação por parte dos profissionais em descobrir estratégias e instrumentos que tornem a PNAPS uma política operativa, alienando a

proposta de política transversal, que é seu *õstatusö*, originando assim uma limitação no seu processo de implementação.

Vale ressaltar que a PNAPS, em sua reformulação, evidencia a necessidade de ações mais concretas, resolutivas, que possam ser avaliadas, que sejam registros verdadeiros de promoção de saúde²³. Este processo de execução é identificado nas seguintes falas:

[...] são ações de promoção e prevenção...prevenção de doenças, e os seus agravos, com reduções, redução de morbidades e de tudo aquilo que pode aumentar a qualidade de vida das pessoas...na unidade aqui nossa, nós realizamos palestras, rodas de conversa, atendimento com médicos, a gente tem enfermeira, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, e assistente social.... além do serviços especializados. Com tudo isso, a gente tem como promover a saúde dos nossos pacientes, e vai vivendo no dia a dia isso, colocando em prática as nossas ações e nossos cuidados...assim dá pra promover a saúde[...](ACACIA).

[...]vejo as ações que são feitas com os pacientes...sempre tem uma ação, que ajuda na prevenção, na orientação, na ajuda pra campanhas de vacinação...pra mim ação e promoção estão ligadas...e pode ser feita de várias maneiras...tem a enfermagem que é muito de nisso, sempre trabalhando pra que as ações saiam...a mais famosa é a do outubro rosa e do novembro azul...sempre tem muita gente...e eles gostam por que tem comida, palestras, brindes...as ACS se envolvem...ação de promoção mesmo[...](CREOPISIS)

Passada uma década de sua implantação, a PNAPS visa a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, bem como amplia a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo as instabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Para isso é necessário consciência sobre o que é promover saúde na atenção primária^{8,15}.

A diferenciação entre promoção e prevenção é apontada por alguns profissionais como um entrave à efetivação da promoção da saúde, que deve ser concebida em um conceito ampliado, como produto de uma junção de fatores relacionados à qualidade de vida, tais como: alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho e educação, como cita este profissional:

Na atenção básica, ou melhor, na atenção primária é o primeiro lugar que o paciente vem, é aqui que ele busca logo, pra fazer qualquer atendimento...dá pra fazer a promoção de saúde e a prevenção, que estão diretamente ligadas, no acolhimento do paciente, quando ele está na sala de espera, conversando... a gente tenta fazer aqui, conversar pra entender o que o paciente quer...depois também quando ele vai pra consulta, é um momento que

dá pra tentar ajudar mais de perto...mas eu acho que a promoção de saúde na unidade é por ações, atividades, vacinação, que são as campanhas, e festas que promovemos aqui...(BEGÔNIA)

Contudo, vê-se que os profissionais sentem o prazer em realizar as ações aos usuários, um sentimento que está intrinsecamente relacionado ao trabalho coletivo em desempenhar suas funções. Nesse sentido afirma-se que o trabalho em equipe é um fator motivacional aos profissionais e seus grupos de trabalho, pois possibilita o relacionamento entre esses atores, o que resulta no alcance de objetivos por meio de esforço coletivo e soma de resultados individuais com o coletivo^{19,30}.

Diante da coletividade, do prazer em fazer, destaca-se que a promoção de saúde pode ser vista como oportunidade de ação, que significa construir ações, atividades, iniciativas que de fato tragam resultados, como protagonismo e fortalecimento do sujeitos envolvidos, e ação de coletividade, que atinjam o escopo da política.

oFunciona tudo aqui. Isso faz que tudo aconteça aquiö

Na categoria *ofunciona tudo aqui. Isso faz que tudo aconteça aquiö*, vê-se que a ampliação de práticas públicas que já existiam no SUS, foi pactuada a integração de conselhos e instituições de educação, os quais trouxeram a linha de ligação e o processo de incorporação das ações de promoção da saúde no SUS^{10,27}. Os profissionais tem concepção das ESFs, mas projetam o desenvolver da PNAPS na atuação das estratégias:

Aqui na unidade...a promoção de saúde..., bem distante de tudo...aqui temos quatro estratégias, que funciona tudo aqui. Isso faz que tudo aconteça aqui, as ações que a gente faz envolve todas as equipes...isso faz que a promoção de saúde pra população seja mais ampliada, e aí a gente tem maior poder de alcance [...](ALFAZEMA)

Parece haver uma confusão na distinção entre a função principal e a função complementar das equipes da APS, tanto no imaginário dos profissionais como dos gestores do SUS. A função principal das equipes da ESF é o alívio do sofrimento por meio do cuidado individual e familiar, ou seja, responder às necessidades da população contribuindo para a promoção da saúde^{7,8}.

Complementarmente, as equipes da ESF deveriam fazer atividades de promoção e prevenção, em âmbito micro social, cujos efeitos são difusos e leves, mas que contribuem para a melhoria da consciência sanitária, organização popular, reivindicações e para a participação na gestão local do SUS²⁸. Na perspectiva dos

profissionais, essa consciência é possível por meio da educação em saúde, no acolhimento e conversa individual, permitindo a maior aproximação com os usuários.

Na atenção básica, ou melhor, na atenção primária é o primeiro lugar que o paciente vem, é aqui que ele busca logo, pra fazer qualquer atendimento...dá pra fazer a promoção de saúde e a prevenção, que estão diretamente ligadas, no acolhimento do paciente, quando ele está na sala de espera, conversando... a gente tenta fazer aqui, conversar pra entender o que o paciente quer...depois também quando ele vai pra consulta, é um momento que dá pra tentar ajudar mais de perto...mas eu acho que a promoção de saúde na unidade[...](BEGÔNIA)

O enfoque centrado na ação e participação da comunidade, assim como, a educação sanitária e a comunicação para a saúde, com vistas à ampliação das atitudes pessoais, a capacidade de melhorar às condições físicas e psicossociais, nos espaços onde as pessoas vivem, são pontos essenciais para que se promova saúde e para que os profissionais, que estão diretamente ligados à comunidade, assim o façam.

Um ponto fundamental de promoção de saúde diz respeito a uma busca pelo crescimento da autonomia daqueles que estão sendo cuidados, buscando a capacidade de superintender seu próprio cuidado em saúde, suas próprias vidas. Assim, não deve ser um trabalho unilateral, no qual, o profissional de saúde é o responsável exclusivo e mantenedor da saúde. Trata-se de um trabalho em conjunto. Todos os envolvidos, tanto as pessoas que estão sendo atendidas, quanto os diversos grupos sociais que ajudam a produzir saúde, participam da formulação das ações que pretendem melhorar a qualidade de vida¹⁰.

[...] a nossa unidade, aqui, é uma USF, unidade saúde da família, que tem o foco principal é a promoção e a prevenção da saúde dos usuários, e isso envolve principalmente a informação...aqui temos uma equipe completa, e oferecemos todos os serviços básicos...tipo consulta de enfermagem, serviços básicos, todos os serviços básicos...consulta de enfermagem, como disse, enfermagem e médica, vacinação, medicações, curativos e outros muitos procedimentos...tem também apoio ao NASF, também tem consulta odontológica [...](ORQUÍDEA).

Na operacionalização dos serviços da APS/ESF, a promoção da saúde não deveria estar conceitualmente dissociada das ações assistenciais e/ou dos cuidados realizados pelos profissionais das equipes da ESF, pois a legitimidade destes e da própria APS/ESF consolida-se socialmente ao oferecer cuidado efetivo diante do sofrimento dos indivíduos.

Mas para que isto ocorra, é necessário que a gestão seja atenta a multi-setorialidade e colaborativa com a efetiva implementação da promoção à saúde²⁶.

[...]a prevenção de doenças e cuidados pra manter a saúde. Na nossa unidade a gente busca promover a promoção de saúde da nossa população adotando alguns caminhos, bomí .entre eles com os agentes, de manter eles sempre informados sobre as condicionalidades de saúde, com educação permanente....entendo que é importante o empoderamento científico sabe[...](TULIPA).

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, com reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde doença-cuidado².

[...] nos diversos temas, nós seguimos o cronograma do ministério da saúde e o cronograma do município, a gente leva informação sobre prevenção de doenças e cuidados de si...nessas informações nós falamos de temasí sabe, por exemplo o pré-natal, realização de PCCU antes da coleta, faz o aconselhamento pré e pós testagem dos testes rápidosí claro que além do hiperdia, outubro rosa, novembro azul e todos esses (GIRASSOL).

Embora os profissionais entrevistados afirmem que a principal tarefa da ESF, ou da atenção primária, seja realizar ações de promoção da saúde, fica evidente que há entendimentos diversos sobre o tema, o que leva a posturas igualmente diversificadas. Além disso, por não haver espaços em que o trabalho da equipe possa ser questionado e discutido, pode ocorrer que alguns de seus membros estejam realizando atividades pensando em caminhar em uma direção, mas, que na realidade, acabam dirigindo-se em sentido oposto²³.

Há outras atribuições que igualmente dizem respeito às equipes segundo a Política Nacional de Atenção Básica, bem como: participar das atividades de planejamento e avaliação das ações das equipes, utilizando para isso as informações que estão a elas disponíveis; buscar formas de promover a mobilização e a participação da comunidade, assim fortalecendo a participação e o controle que a população tem sobre a gestão do SUS; verificar que parceiros e recursos estão presentes na comunidade e podem fazer parte de ações conjuntas com diferentes setores que não somente o da saúde (educação, saneamento, lazer etc.), junto com a equipe, coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde; zelar pela qualidade das informações que são registradas

nos sistemas nacionais de informação da atenção básica (como por exemplo o Sistema de Informação da Atenção Básica ó SIAB); participar de atividades de Educação Permanente e de diversas outras ações e atividades que serão indicadas a partir das particularidades de cada local³⁰.

Em razão disso, os profissionais das UBS selecionam as estratégias ó que não são poucas ó estabelecidas pelo MS, como prioritárias, até mesmo para assegurar o repasse de financiamento previsto em lei. Além disto, a forma verticalizada como estes programas chegam às UBS, por vezes, reforçam a lógica de produção hierarquizada, cabendo aos profissionais cumprir as determinações ministeriais. No entendimento dos profissionais, esse direcionamento dificulta a realização de outras ações que poderiam ser relevantes àquela comunidade^{18,26}.

[...] a promoção de saúde aqui é, na prática é com ações para os usuários. Eu participo das ações que o Ministério da Saúde coloca na agenda, e tem muito aqui...fazemos o outubro rosa, o novembro azul, e essas cores todas...mas é muito bom, por que os pacientes vem pra cá e s sentem bem, daí tem a oportunidade de conversar com eles, saber da vida, se tá tomando o medicamento direitinho, se pegou o medicamento no mês certo...a médica pergunta se já veio na consulta...quando ela pode participar, por que nem sempre eles ficam aqui...mas tem muita participação[...] (BROMÉLIA).

Os profissionais também fizeram referências aos grupos educativos desenvolvidos com os usuários, uma das atividades relacionadas ao trabalho do NASF que mais mobiliza sentimentos de prazer e realização³⁰.

O diretor da unidade sempre pede e orienta que sigamos as ações da agenda do Ministério e também a agenda daqui do município. Fazemos ações e nas ações a gente tenta criar um relacionamento com os pacientes. Cada enfermeiro com os pacientes de suas estratégias, mas no final fica tudo misturado. Também com prevenção, a gente pode fazer prevenção de doenças com conversas com os pacientes [...](BEGÔNIA)

[...]aquí no município a promoção de saúde é totalmente baseada nas normativas de fortalecimento da atenção básica e a atuação do NASF, e o apoio deles...é assim que vejo, são estratégia que visam prevenir, tratar, ou os dois juntos, maior parte da demanda populacional...vejo assim[...] (GÉBERA)

[...] tem o NASF também, eles dão muito apoio...sempre estão aqui nas ações e nas atividades que a gente faz aqui na unidade. Cada profissional do NASF, assim, meio que contribui do seu jeito, com a área que conhece... a gente e no final todos se ajudam pra, pra, pra, justamente promover a saúde dos pacientes, que no final é nosso objetivo, como profissional de saúde[...](BEGÔNIA).

Os discursos demonstraram que a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe são fontes geradoras de prazer e potencialidades no trabalho, que oportunizam crescimento profissional ao trabalhador, troca de conhecimentos, novas possibilidades de intervenção e aprendizagem na prática, por meio do trabalho cooperativo grupal. A potência do trabalho em grupo foi observada principalmente entre os trabalhadores do NASF, por meio de ações compartilhadas e reuniões de equipe³⁰.

Um fator importante a ser considerado é que há uma compartimentação no cuidado, com uma verticalização do trabalho na atenção básica, o que traz indícios da hegemonia das práticas médicas dentro do campo da saúde. Mesmo em um programa como o de Saúde da Família, que é a principal proposta de organização da atenção básica nas redes públicas de saúde, observa-se em vários municípios uma mudança nos processos de trabalho, porém, sem haver uma inversão das tecnologias do trabalho, que ainda persistem em uma razão instrumental, desenhadas a partir do médico e de seu ato de prescrever. Isso conduz para um alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais e não nos usuários dos serviços de saúde, o que resulta em caminhar em sentido oposto a proposta de promoção de saúde^{32,33}.

Considerações Finais

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar a implementação da PNAPS e as perspectivas dos profissionais no caminhar desta implementação.

Observou-se que a implementação envolve diversas interpretações e os profissionais da saúde estão em constante empenho em promover saúde, mas a leitura desse processo se confunde com ações que tem fim em si mesmas, ou fins de cumprir agendas ministeriais.

De maneira geral, foi possível verificar que a determinação exercida pelos elementos políticos, sociais, econômicos, culturais, subjetivos e os objetivos da produção social da saúde, ainda não é uma realidade estabelecida entre os profissionais de saúde do município em estudo.

Ressalta-se que durante as entrevistas realizadas antes do atendimento, os profissionais apresentaram alguma pressa, sobretudo quando os pacientes batiam a porta e perguntavam sobre o atendimento. As respostas foram objetivas, o que diminuiu a proposta de tempo de conversa, que inicialmente foi prevista para uma hora.

Nas entrevistas realizadas após o atendimento, os profissionais mostravam interesse em logo encerrá-la, visto que sempre estavam indo a outro vínculo, e rapidamente deveriam se deslocar das unidades. Desse modo, foram obtidas respostas objetivas e mais sucintas.

Assim, percebeu-se que o fator tempo é um indicador importante no envolvimento profissional com as suas atividades nas unidades de saúde, não somente para entrevistas, mas para todo o processo que se desenvolve na atenção primária e os profissionais que ali atuam.

Foi possível perceber que a avaliação desta implementação no contexto APSé de grande relevância, pois possibilita a observação dos pontos que devem ser mudados e proceder-se melhorias no que tange a efetividade e resolutividade da promoção de saúde na APS.

Na perspectiva dos profissionais, o olhar direcionado confunde a execução de outras ações que poderiam ser mais expressivas nas comunidades. E nesta variedade de entendimentos, é importante analisar as diferentes concepções dos profissionais de saúde da APS e a política de promoção da saúde, questionando-se: como está acontecendo a implementação da PNAPS? A resposta para este questionamento enquadra-se em problematizar os sentidos e suas práticas, para que ações não se tornem automáticas, mas ressaltar o pensar e saber fazer, e o significado de cada ação. Trata-se de atuar como profissional, que traz sua técnica, conhecimento e capacidade de intervenção de forma efetiva na qualidade de vida de sua comunidade^{3,4,15}.

Cabe pontuar por fim, que faz-se necessário traçar uma linha entre a compreensão do conceito de promoção da saúde, as estratégias de implementação e as ações a serem enfatizadas na PNAPS, como tática para o desenvolvimento da atenção à saúde, não obstante a realidade na qual os profissionais estão inseridos.

Referências

- 1.WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- 2.Buss, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
- 3.Malta, DC. et al.Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.6, pp.1683-1694. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.
- 4.Westphal, MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006:635-67, 2006.
- 5.Vasconcelos, CM; Pasche, DF. O SUS em perspectiva. In: *Tratado de saúde coletiva/Gastão Wagner de Sousa Campos... [et al.]*. 2ª ed. Rev. Aum. ó São Paulo: Hucitec, 968 p.: il. ó (Saúde em debate; v. 170) 2012.
- 6.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, documento disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>.
- 7.Paim, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil*, maio de 2011. Disponível em: www.thelancet.com.
- 8.Almeida, BC; Paula SL. Papel da avaliação de políticas públicas no contexto dos governos locais. *Planejamento e políticas públicas* 2014; 42:39-59.
- 9.Shubert,CO; Carvalho,CMSM; Silva,CBF; Almeida, EV; Silva, SL. A promoção da saúde do homem no contexto da atenção primária em saúde. *Ciência Atual*. Volume 11, Nº 1. 2018. inseer.ibict.br/cafsj . Rio de Janeiro. Pg. 02-12.
- 10.Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2014. *Política Nacional de Promoção de Saúde*.
- 11.Carvalho, AI, Bodstein R, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Cien SaudeColet* 2004; 9(3):521-529.
- 12.López-Dicastillo, O; Canga-Armayor, N; Mujika, A; Pardavila-Belio, MI; Belintxon, M; Serrano-Monzó, I. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *GacSanit* [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Abr 03] ; 31(3): 269-272. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000300269&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.011>.
- 13.Rodrigues, AFJ.; Vieira, LJES. Is there a field and a concept in the study of public policy for the effectiveness of health promotion., 2017, p.149-152.LILACS | ID: biblio-847736

14. Magalhães, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.6, pp.1767-1776. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>.
15. Alexandre, VP; Rocha, DG; Marcelo, VC; Lima, JR. Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016, vol.21, n.6, p.1717-1726.
16. Trevisan, A. P., & Bellen, H. M. V. (2008). Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, 42(3), 529-550.
17. O'Neill, M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé: d'où vient-il et pourquoi est-il si important? In: *Promotion & Education, Efficacité de la promotion de la santé*. IUHPE/UIPES, v. 1, 2004 ó Edition Especial p. 6-9.
18. Travassos, C; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2): 5190-5198, 2008.
19. Costa, JP et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.103, pp.733-743. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.
20. Carvalho, AI. Princípios e práticas da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. p. 4-5.
21. Buss, PM. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. 2000.
22. Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013. 406p.
23. Mercado-Martinez FJ. editores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. P. 23-71.
24. Mendes, R.M.; Miskulin, R.G. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cad. Pesqui.* [online]. 2017, vol.47, n.165, pp.1044-1066. ISSN 0100-1574. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143988>
25. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. p.85.
26. Peixoto-Pinto EE. *Promoção da saúde: uma nova política pode alterar um paradigma?* Mestrado [dissertation]. Vitória (ES): Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES; 2008.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Segunda edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
28. Tesser, CD, Norman AH. *Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família*. Saúde Soc. 2013.

29. Minowa, E; Watanabe, HAW; Nascimento, FA; Andrade, EA; Oliveira, SC; Westphal MF. Contribuição das universidades na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, Aheadofprint, 2017. DOI 10.1590/S0104-12902017169405.
30. Nascimento, DDG; Quevedo, MP; Oliveira, MAC. O prazer no trabalho no núcleo de apoio à saúde da família: uma análise Dejouriana. *Texto contexto - enfermagem.* vol.26 no.1 Florianópolis 2017.<http://dx.doi.org/10.1590/010407072017006380015>.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *ó Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. ó (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I ó Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.*
32. Franco, TB; Merhy, EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.
33. Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*, 22(6):1171-1181. 2006.

Diretrizes para Autores/ Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista "Saúde em Debate", criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A "Saúde em Debate" aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A "Saúde em Debate" não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista -Saúde em Debate- passam por *softwares* detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista -Saúde em Debate- continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: revista.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a Saúde em Debate apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação

Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o [Manual de Normalização de Referências](#) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: "porta de entrada", "Saúde em Debate". Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem

ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista *–Saúde em Debate* é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação *“Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho”* será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível [aqui](#).

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 ó Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Eu, *Kelly Lene Lopes Caderaro Euclides*, brasileira, portador(a) da cédula de identidade nº 2940064, expedida por Polícia civil, PA, autor do artigo “**Perspectivas e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária**”, contribui na sua elaboração com as seguintes atividades: contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico. Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações e foram cumpridos todos os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Em caso de aprovação e publicação do artigo concordo que os direitos de autor a ele relacionados se tornem propriedade exclusiva do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)**, CNPJ nº 48.113.732./0001-14, autorizando a sua publicação na revista Saúde em Debate e em quaisquer meios e suportes existentes, inclusive no sítio do Cebes.

No caso de reprodução, no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação, impresso ou eletrônico, farei constar os devidos créditos à revista.

Belém, 04 de agosto de 2018

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Eu, *Andréa Cristina Marassi Lucas, brasileira*, portador (a) da cédula de identidade nº8769953, expedida por Polícia civil, PA, autor do artigo "**Perspectivas e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária**", contribuí na sua elaboração com as seguintes atividades: contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico. Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações e foram cumpridos todos os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Em caso de aprovação e publicação do artigo concordo que os direitos de autor a ele relacionados se tornem propriedade exclusiva do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)**, CNPJ nº 48.113.732./0001-14, autorizando a sua publicação na revista Saúde em Debate e em quaisquer meios e suportes existentes, inclusive no sítio do Cebes.

No caso de reprodução, no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação, impresso ou eletrônico, farei constar os devidos créditos à revista.

Belém, 16 de agosto de 2018.

Andréa Cristina Marassi Lucas

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Av. Brasil, 4036 – sala 802 - Mangueiras – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21040-361 - Tel: 021-3882-9140/9141 - Fax: 021-2260-3782
E-mail: cebes@cebes.org.br | revista@saudeemdebate.org.br



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Eu, *Pettra Blanco Lira Matos, brasileira*, portador (a) da cédula de identidade nº4019488, expedida por Polícia civil, PA, autor do artigo "**Perspectivas e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária**", contribui na sua elaboração com as seguintes atividades: contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico. Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações e foram cumpridos todos os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Em caso de aprovação e publicação do artigo concordo que os direitos de autor a ele relacionados se tornem propriedade exclusiva do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)**, CNPJ nº 48.113.732./0001-14, autorizando a sua publicação na revista Saúde em Debate e em quaisquer meios e suportes existentes, inclusive no sítio do Cebes.

No caso de reprodução, no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação, impresso ou eletrônico, farei constar os devidos créditos à revista.

Belém, 16 de agosto de 2018.
Pettra Blanco Lira Matos
Pettra Blanco Lira Matos



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Eu, *Flávia Sirotheau Corrêa Pontes*, brasileira, portador (a) da cédula de identidade nº283004, expedida por Policia civil, PA, autor do artigo "**Perspectivas e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária**", contribui na sua elaboração com as seguintes atividades: contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico. Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações e foram cumpridos todos os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Em caso de aprovação e publicação do artigo concordo que os direitos de autor a ele relacionados se tornem propriedade exclusiva do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)**, CNPJ nº 48.113.732./0001-14, autorizando a sua publicação na revista *Saúde em Debate* e em quaisquer meios e suportes existentes, inclusive no sítio do Cebes.

No caso de reprodução, no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação impresso ou eletrônico, farei constar os devidos créditos à revista.

Belém, 16 de agosto de 2018


Flávia Sirotheau Corrêa Pontes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Av. Brasil, 4036 – sala 802 - Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21040-361 - Tel: 021-3882-9140/9141 - Fax: 021-2260-3782
E-mail: cebes@cebes.org.br | revista@saudeemdebate.org.br



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

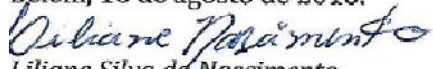
Eu, *Liliane Silva do Nascimento*, brasileira, portador (a) da cédula de identidade nº6852517, expedida por Polícia civil, SP, autor do artigo "**Perspectivas e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde na atenção primária**", contribui na sua elaboração com as seguintes atividades: contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico. Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações e foram cumpridos todos os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

Em caso de aprovação e publicação do artigo concordo que os direitos de autor a ele relacionados se tornem propriedade exclusiva do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)**, CNPJ nº 48.113.732./0001-14, autorizando a sua publicação na revista Saúde em Debate e em quaisquer meios e suportes existentes, inclusive no sítio do Cebes.

No caso de reprodução, no todo ou em parte, em qualquer forma ou meio de divulgação, impresso ou eletrônico, farei constar os devidos créditos à revista.

Belém, 16 de agosto de 2018.


Liliane Silva do Nascimento

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Av. Brasil, 4036 – sala 802 - Mangueiras – Rio de Janeiro/RJ – CEP 21040-361 - Tel: 021-3882-9140/9141 - Fax: 021-2260-3782
E-mail: cebes@cebes.org.br | revista@saudeemdebate.org.br

REFERÊNCIAS

ALMEIDA ÓFILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. The Lancet [Internet]. 2011; (mai):6-7. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>

ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. **O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil**. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, Vol. 18, n. 7, jul. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução de: L'Analyse de Contenu.

BARROS, M.E.B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. **O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho o instrumento o programa de formação em saúde e trabalho**. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 31-48, 2006.

BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Segunda edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. CF/88 - Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde**. Departamento de Atenção Básica_ Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il- (Série A: Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**._ Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, **VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica**.<https://blog.atencaobasica.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Síntese-VII-Fórum-AB.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília; Ministério da Saúde; 2014. 32 p.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, documento disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>.

CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) ;57(5):611-4, set/out 2004.

CARVALHO, F.F.B.; COHEN, S.C. AKERMAN, M. **Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'**. *Saúde debate* [online]. 2017, vol.41, n.spe3, pp.265-276. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s320>

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. *História, Ciências, Saúde* ó Manguinhos, Rio de Janeiro, vol 9(2): 315-33, maio-ago, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. Relatório final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

COSTA, N.R. **A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1389-1398. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>.

FLEURY, S.M. **Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS)**. *Rev. Adm. Empres.* Vol. 49 n. 4. São Paulo oct/dec 2009.

FREITAS, M.L.A.; MANDÚ, E.N.T. **Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras**. *Acta Paul Enferm*, 23(2): 200-5, 2010.

GOMES, R.O. **Atenção primária à saúde da menina dos olhos do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde**. *Ciência & saúde coletiva*. 16 (supl1) 881-892, 2011.

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 19 set. 1990..

MALTA, D.C. et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.6, pp.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.**/Maria Cecília de Souza Minayo. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 269 p.; 21 cm. (Saúde em debate; 46), 2004.

MORSCHER, A.; BARROS, M.E.B. **Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** *Saúde debate*[online]. 2018, vol.42, n.116, pp.11-24. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

NUTBEAM, D. 1999. **Eficácia de la Promoción de la Salud ó Las preguntas que Debemos Responder.** In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud, p 1-11. Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo.

PAIM, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Saúde no Brasil, maio de 2011. Disponível em: www.thelancet.com.

PEREIRA, V.L.G.; CAMPOS, N.R., **Health promotion, health education and social communication on health: specificities, interfaces and intersections.** *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education VII* (4): 8-12. 2001.

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. **A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.7, pp.2135-2144. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017>.

TANAKA, O.Y. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. **O SUS em perspectiva.** In: Tratado de saúde coletiva/Gastão Wagner de Sousa Campos... [et al.] . 2ª ed. Rev. Aum. São Paulo: Hucitec, 968 p.: il. (Saúde em debate; v. 170). 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

WHO 1986. **Carta de Ottawa,** pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO 1988. **Declaração de Adelaide,** pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO 1991. **Declaração de Sundsvall,** pp. 31-40. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO 1997. **Declaración de Yakarta**, pp. 174-178. In Buss PM (ed.) 1998. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. ENSP, Rio de Janeiro. 178 pp. (Mimeo).

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo/pesquisa intitulado (a) ESTUDO DA IMPLEMENTAÇÃO DA PROMOÇÃO NACIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, conduzida por KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES.

Este estudo tem por objetivo: Avaliar a implementação e execução da PnaPs na atenção primária com dialógica entre a práxis e a realidade.

Você foi selecionado (a) por fazer parte da equipe da unidade, local onde será realizada a pesquisa.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação no estudo não acarretará riscos e não será remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a quatro perguntas de maneira informal sobre o tema promoção em saúde, no seu setor e horário de trabalho diário, o tempo da conversa será em torno de trinta minutos, onde eu mesma farei as perguntas, sendo esta conversa será feita com registro de áudio.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa ó CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES, FARMACÊUTICA, residente a Rodovia Augusto Meirfá Filho, 1000, bairro centro, Benevides/PA, e-mail: kellycalderaro@hotmail.com, fones: 982123996/999647567.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Belém, ____ de _____ de 2017

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

APÊNDICE II

Roteiro semiestruturado

- 1) Fale-me da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNAPS) nesta unidade.

- 2) Fale-me da PNAPS na sua prática profissional.

- 3) Fale-me sobre a PNAPS no município.

ANEXO I

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE SAÚDE

Pesquisador: KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73241417.4.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.283.867

Apresentação do Projeto:

A saúde pode ser compreendida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal de uma população, assim como uma importante dimensão do conceito de qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Assim, a promoção em saúde ultrapassa o conceito de saúde de um bem estar físico para um círculo mais abrangente, envolvendo aspectos gerais e totais de vida, que visam garantir o direito a saúde, equível e integral. A eficaz e eficiente implementação de sua política na atenção primária conduz a mudanças de conduta no tratamento dos pacientes, com ações que vão além do tratamento de doenças, mas que tendem a alcançar a saúde completa do indivíduo, considerando os determinantes de saúde que compõe este universo. Desta forma as ações de saúde são entendidas como ações educativas, humanitárias e sociais em que, tanto profissionais como usuários, aprendem e ensinam, numa construção dialógica do conhecimento. E é neste processo que na atenção primária se faz necessário observar e medir o grau de conhecimento acerca das políticas nacionais de promoção de saúde por parte funcionários de unidades de saúde. Por tal, este estudo objetiva compreender a implementação da política nacional de promoção de saúde na atenção primária e as dialógicas existentes neste contexto. Utilizar-se-á pesquisa qualitativa, e esta ocorrerá nas unidades de atenção primária, do

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66 075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer. 2.283.867

município de Benevides.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a implementação Política Nacional de Promoção de Saúde (PNaPs) por profissionais de unidades de saúde do município de Benevides. Objetivo Secundário: Descrever a implementação Política Nacional de Promoção de Saúde (PNaPs)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos serão mínimos aos participantes pois a coleta de dados será feita por uma única entrevistadora respeitando-se a ética e a individualidade de cada profissional. Será mantido o sigilo de identificação dos participantes, assim os riscos do conhecimento público dos dados ficam minimizados. Somente os pesquisadores terão acesso às informações em sua totalidade. Benefícios: Os participantes receberão informações sobre o trabalho e a PNaPs após a coleta de dados, incluindo a discussão da promoção de saúde na educação permanente dos serviços em que estiverem lotados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

A pesquisadora deve atualizar o endereço deste CEP/ICS/UFPA no TCLE apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.
Devendo a pesquisadora atender as recomendações constante neste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_063072.pdf	09/08/2017 10:50:32		Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sil do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-0020 E-mail: cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.283.867

Declaração de Pesquisadores	CARTEENENCAMINHAMENTOCEP.pdf	08/08/2017 23:50:20	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2017 23:40:26	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/07/2017 18:57:11	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	25/07/2017 18:53:07	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/07/2017 18:49:21	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE ONUS.pdf	14/07/2017 22:15:58	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	QUESTIONARIO.pdf	11/07/2017 22:14:31	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL.pdf	14/07/2017 22:12:40	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/07/2017 22:04:22	KELLY LENE LOPES CALDERARO EUCLIDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BFI FM, 19 de Setembro de 2017

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2ª and
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@utpa.br