

A Atuação dos Profissionais da Atenção Primária Acerca das Práticas de Promoção e dos Determinantes Sociais da Saúde

Practices of Primary Care Professionals Concerning Health Promotion and Social Determinants

Camilla Costa Cypriano Schmitz¹

Ivonete Teresinha Shulter Buss Heinemann²

Michelle Kuntz Durand³

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. E-mail: camicypri@gmail.com. Autor correspondente.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. E-mail: ivoneteheideman@gmail.com.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. E-mail: michakd@hotmail.com.



Resumo

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que objetiva desvelar a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca dos Determinantes Sociais de Saúde das práticas de promoção da saúde. A coleta de dados foi realizada de julho a outubro de 2015, com entrevistas semiestruturadas. Participaram 25 profissionais que atuavam na rede de Atenção Primária em Saúde do Município de Florianópolis, SC. Os dados foram analisados a partir da análise temática de Minayo e discutidos à luz da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais. Os resultados indicaram que, tanto a academia quanto os gestores estão investindo na formação para a promoção da saúde, porém, ainda muito focada nos estilos de vida e pouco articulada com os Determinantes Sociais de Saúde. Os profissionais relataram atuar muito pouco sobre os dados determinantes e alguns não sabem o conceito de Determinação Social da Saúde. Observa-se que há carência de métodos que auxiliem a avaliação e efetividade da atuação sobre a promoção da saúde, porém, os profissionais já conseguem visualizar mudanças positivas na saúde da população. Conclui-se que os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde têm consciência da necessidade de realizar e manter as práticas de promoção em sua rotina diária, a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade, considerando os Determinantes Sociais de Saúde da população.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Exploratory-descriptive qualitative research, which aims to reveal the performance of Primary Health Care professionals about the Social Determinants of Health promotion practices. Data collection was carried out from July to October 2015, with semi-structured interviews. Participated 25 professionals who acted on the network of Primary Health Care in the city of Florianópolis, SC. Data were analyzed from the thematic analysis of Minayo and discussed in the light of the health promotion and social determinants. The results indicated that both the Academy and managers, are investing in training for the health promotion, however, still very focused on lifestyles and little coordinated with the Social Determinants of Health. The professionals have reported too little acting on determinants data and some do not know the Social Determination of Health concept. It is observed that there is a lack of methods to aid the evaluation and effectiveness of action on health promotion, however, professionals can show positive changes in the population's health. It is concluded that the Primary Health Care workers are aware of the need to achieve and maintain promotional practices in your daily routine, from the interdisciplinary and intersectoral approach, considering the Social Determinants of Health of the population.

Keywords: Health Promotion; Social Determinants of Health; Primary Health Care; Family Health Strategy.

Introdução

A promoção da saúde, como conceituada na Carta de Ottawa (1986), amplia a visão de saúde para um bem-estar universal, responsabilizando todos os setores sanitários pela qualidade de vida da população, indo além do setor saúde e do estilo de vida saudável. É necessário que os profissionais valorizem o engajamento comunitário e promovam o empoderamento, a coesão social, a solidariedade e possibilitem a diminuição das desigualdades sociais⁽¹⁾.

Neste contexto, o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) surgiu na década de 70, e foi definido como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, e que apontam tanto para as características específicas do contexto social quanto para a maneira com que as condições sociais traduzem os possíveis impactos sobre a saúde⁽²⁾.

A partir destes ideais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) delinearão três níveis de determinantes sociais que interagem e modificam a equidade em saúde e o bem-estar da população, que são: os fatores estruturais (sociais, trabalhistas, fiscais, políticas ambientais, normas sociais e valores); a posição social e os determinantes de estratificação (a classe social, gênero, raça, educação, ocupação e renda); e os determinantes intermediários (condições materiais, comportamentos e fatores biológicos; fatores psicossociais e o sistema de saúde). Acredita-se que para melhorar os resultados de saúde, é necessário compreender todos estes fatores que levam a más condições de saúde e intervir de forma eficaz sobre eles⁽³⁾.

No Brasil, a partir da orientação da OMS, instituiu-se a CNDSS no âmbito do

Ministério da Saúde (MS). Em abril de 2008, foi lançado o seu relatório final intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, que tinha entre as principais recomendações a criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República para realizar articulação intersetorial no plano federal das políticas públicas que têm reconhecidas influências sobre a saúde, e uma secretaria executiva – na forma de Secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Primária, outorgando a este campo a devida prioridade⁽⁴⁾.

Os DSS são pautados em uma forte justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrado no papel da política de redução da desigualdade, distanciando-se do discurso tradicional da promoção da saúde que se pauta no indivíduo⁽⁵⁾.

Neste sentido, objetivando implantar modelos de atenção à saúde que favorecessem, ao mesmo tempo, a equidade, a integralidade, a participação social, a intersetorialidade e a orientação das necessidades de saúde das pessoas, foi instituída no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o intuito de proporcionar acessibilidade à saúde e formular ações voltadas ao coletivo, consolidando-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), que até hoje, encontra-se em constante processo de aprimoramento, de acordo com as necessidades e perfil populacional de cada área onde está inserida⁽⁵⁾.

Para que haja uma atuação efetiva na APS sobre os determinantes sociais como caminho para promover a saúde da população, é necessário que os profissionais transponham as concepções biológicas e se apropriem de conceitos de saúde que respondam as diretrizes

políticas, os construtos antropológicos, as demandas sociais e a construção histórica, e estejam cientes de que a saúde é um bem público e encontra-se refém dos DSS que perpassam por macro e micro contextos⁽⁶⁾.

Baseado no que foi exposto, este estudo teve como questão norteadora: Qual a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca dos determinantes sociais articulados com a promoção da saúde da população?

Assim, estabelecemos como objetivo desvelar a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca das práticas de promoção da saúde articuladas com os Determinantes Sociais da Saúde.

Método

O presente estudo possui abordagem qualitativa, na forma de uma pesquisa exploratória descritiva, cuja qual tem a intenção de tornar a questão problema mais explícita, objetivando a descoberta de intuições ou o aprimoramento de ideias, bem como descrever determinado aspecto de uma população ou fenômeno⁽⁷⁾.

Esta pesquisa se realizou em Florianópolis (SC), em 2015, por conta de uma pesquisa de Mestrado com a participação de coautores, e ocorreu em cinco Unidades de Saúde (US). Dentre as unidades dos Distritos Sanitários, selecionaram-se as que possuíam o maior número de equipes de Saúde da Família e que houvesse atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Com o intuito de contemplar o maior número de profissões atuantes na APS do Município, foi sorteada uma equipe do NASF para integrar a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses julho a outubro de 2015, a partir de entrevistas semiestruturadas com os profissionais das US, com questões guias,

relacionadas ao tipo de formação recebida para realizar as atividades; às práticas que são desenvolvidas e sua frequência; às estratégias metodológicas utilizadas; às facilidades, dificuldades e resultados pertinentes à PS; e à atuação sobre os DSS. As entrevistas tiveram duração aproximada de uma hora, sendo realizadas em Florianópolis, por um dos autores.

Foram entrevistados 25 profissionais de nível superior da ESF e do NASF, sendo cinco médicos da Saúde da Família, um pediatra, cinco enfermeiros, cinco odontólogos, um nutricionista, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um assistente social e cinco gestores. Excluindo-se os que estavam de férias e os de nível técnico e agentes comunitários por não atenderem ao critério de possuir Graduação, mas não menos importante no desenvolvimento das práticas de PS. Todas as entrevistas foram realizadas nos consultórios das US, em ambiente privativo e silencioso, com data e horário marcados.

Para a análise dos dados, valeu-se da análise temática de Minayo⁽⁸⁾, que se desdobra em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação. O referencial teórico que orientou a análise dos dados foi o da PS e DSS⁽²⁻⁵⁾. A pré-análise consistiu da transcrição fiel das entrevistas gravadas, leituras do material e organização dos dados. As transcrições foram armazenadas em uma pasta de arquivos do serviço de armazenagem virtual. Esses documentos contemplam as falas dos sujeitos entrevistados, as notas dos entrevistadores, duração da entrevista, horário e local.

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

com os significados revelados nas falas dos sujeitos.

Após a leitura exaustiva do material transcrito das entrevistas, capturaram-se as ideias centrais do tema em questão. Os temas centrais foram formados com base no sentido principal das perguntas feitas pelos pesquisadores, num total de três tipos: formação para a atuação sobre as práticas de promoção da saúde, atuação sobre os DSS e Avaliação das práticas de promoção da saúde, buscando compreender as orientações teóricas que as direcionam.

Com a definição dos temas, seguiu-se para a terceira etapa, tratamento dos resultados, na qual foi estabelecido um código de siglas e números que representavam as iniciais da unidade e o codinome escolhido pelo entrevistado em cada entrevista, sendo copiadas e coladas as falas principais em quatro planilhas no serviço de armazenagem virtual. Relacionadas às entrevistas com cada tema central, confrontaram-se as diferentes falas e se construiu a análise final dos dados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) e pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, sob o protocolo de n.º 1.053.016. Os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), preconizado pela Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional da Saúde (CNS).

Resultados e Discussão

A seguir será exposto o resultado da pesquisa por temas que emergiu das próprias perguntas aos profissionais de nível superior que atuam diariamente com aspectos relacionados aos DSS e a promoção da saúde. Três temas emergiram: Formação profissional para a

atuação na promoção da saúde, Atuação sobre os DSS e Avaliação das práticas.

Formação profissional para atuação na promoção da saúde

Em relação à formação, os entrevistados afirmaram que durante a Graduação tiveram alguma disciplina específica de Promoção da Saúde. Inclusive, um deles afirmou que antes de ingressar na Área da Saúde cursou Pedagogia, em que teve seu primeiro contato com as disciplinas sobre promoção da saúde.

Os achados da pesquisa sinalizam uma mudança curricular nos cursos de graduação, que tem enfatizado a capacitação profissional para atender às reais demandas da APS a partir de uma visão mais ampla que vai além do modelo biomédico, abrangendo as ações de promoção da saúde e considerando os determinantes sociais das comunidades⁽⁹⁾.

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

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

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

Dentre as especializações na modalidade *lato sensu*, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência em Medicina da Família e da

Comunidade foram citadas pelos profissionais como cursos que focam na promoção da saúde da população.

“Eu recebi formação na residência, e na residência em medicina de família e neste curso recebi formação técnica e também formação prática para realizar as atividades coletivas e também a promoção que é realizada individualmente, na consulta” [CLARA].

“Na residência em Saúde da Família, foi o curso que se obteve mais conteúdo focado na promoção da saúde” [ORQUÍDEA].

A realização de cursos de especialização *lato sensu*, relacionados com a APS, sugere que os profissionais estão se qualificando para atender às necessidades cada vez mais complexas dos usuários, como visto em outros estudos⁽⁹⁻¹⁰⁾. No Brasil, a criação a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNER) possibilitou a capacitação de recursos humanos em saúde, por meio de parcerias entre o MS e instituições de ensino e pesquisa⁽¹⁰⁾, e contribuiu para assegurar o trabalho como ambiente de conhecimento e a necessidade de capacitação específica para a promoção da saúde.

A reorientação da formação constitui como premissa para o fortalecimento do sistema de saúde. A formação de futuros profissionais é visto ainda como um desafio da política nacional de saúde no Brasil, devido a sua

complexidade em promover uma qualificação humanista, crítica-social e generalista que alavanca mudanças no processo de trabalho, ou possibilitem capacitações suscitadas pelo próprio serviço ou conforme as experiências oriundas dos Cursos e Pós-graduação em Promoção da Saúde, Saúde Coletiva ou Saúde Pública, com ênfase em APS⁽¹⁰⁾.

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

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

É essencial o investimento na educação permanente dos profissionais, investindo-se na aprendizagem integrada ao trabalho para que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações, e propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, que devem estar estruturadas a partir do processo de problematização⁽¹¹⁾.

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

Para que haja esta articulação entre as práticas de promoção da saúde e a atuação sobre os determinantes sociais, é necessário produzir tecnologias gerenciais que contemplem a complexidade das ações voltadas para a ampla determinação do processo saúde/doença e estratégias de fortalecimento da ESF, a partir da incorporação da Política de Educação Permanente nos municípios. Visto que os polos de capacitação da atenção básica são constantes instrumentos de superação das barreiras que a ESF encontra para qualificar o trabalho na direção da saúde ampliada⁽⁴⁾.

Atuação sobre os DSS

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

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

bastante à comunidade”
[AZALEIA].

As condições sociais sempre influenciaram a saúde, logo, é preciso programar ações em todos os setores para promoção do bem-estar da sociedade, pois a sustentabilidade do trabalho com os DSS no âmbito da APS passa obrigatoriamente pela parceria sólida com outros setores da comunidade⁽⁴⁻⁵⁾.

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

A garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e sociais para a utilização dos serviços de saúde disponíveis, sendo o período no qual a prestação do cuidado se faz mais benéfica e necessária. A acessibilidade passa a ser vista além da disponibilidade de recursos nos serviços de saúde e engloba as características que facilitam e desobstruem o uso por clientes potenciais⁽¹²⁾.

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

conselho local de saúde como instrumento de vínculo com a comunidade e a atuação interdisciplinar com o NASF.

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

Observa-se que quando as equipes de saúde se dispõem a realizar a análise de situação de saúde da população, planejamento e organização do serviço na APS, utilizando além dos critérios epidemiológicos um mapeamento participativo em saúde, isto contribui para a reorganização do serviço de saúde. A partir disto, é possível garantir o acesso, o acolhimento e a identificação dos problemas de saúde, facilitando a atuação interdisciplinar e a percepção da dinâmica viva das relações do desenvolvimento econômico com a produção e a saúde nos territórios e sua interface com o processo saúde/doença⁽¹³⁾.

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

seus direitos trabalhistas e sociais e intermediando conflitos familiares.

A atuação na ESF favorece a compreensão da realidade no território e auxilia a população a se organizar para modificá-la, desenvolvendo atitudes mais políticas nas comunidades, ampliando o exercício da autonomia e do controle social. Em consonância com estes ideais, as políticas públicas em vigor, propõe a participação social como uma diretriz nas ações educativas e tem como missão o apoio ao desenvolvimento de práticas que fortaleçam a constituição desses sujeitos⁽¹⁴⁾.

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

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

“[...] a gente tenta ver todos os fatores que estão envolvidos na saúde, sempre agindo nas causas. Mas muitas vezes são causas intersetoriais, ligadas à educação, geração de renda, trabalho e sabemos que é difícil de atuar na saúde se não houver uma intersetorialidade maior entre os locais” [GÊ].

A partir das falas dos entrevistados, nota-se que os profissionais não conseguiram incorporar a visão ampliada de saúde em sua totalidade que abrange as questões sociais da comunidade. Esta fragilidade pode se constituir como parte inerente ao paradoxo de crescimento da Atenção Primária e à visão limitada da gestão que serve de base para sua reestruturação. As estratégias de fortalecimento da gestão e os polos de capacitação da APS são constantes instrumentos de superação das barreiras que a ESF encontra para qualificar o trabalho na direção da saúde ampliada⁽³⁾.

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

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

Deve-se deixar claro que os atributos conceituais de uma Atenção Primária ampliada, integrando ações de promoção da saúde e manejo de condições de saúde e doença, que consideram as singularidades e vulnerabilidade dos sujeitos, pressupõe

uma preocupação com os DSS. Assim, é necessária a ampliação das estratégias de cuidado que envolva a população e outros setores, já que as questões sociais e de saúde estão profundamente imbricadas e a promoção da saúde tem sido considerada uma importante resposta a esses desafios na medida em que recupera a saúde como prática socialmente construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os atores sociais estão inseridos⁽¹⁵⁾.

Avaliação das práticas de promoção da saúde

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

“Se a gente for ver (a avaliação) de uma forma mais ampla, fica difícil, eu vejo (a avaliação) de uma forma mais pontual, pelo retorno do paciente, pois não temos uma forma de avaliar as ações de promoção da saúde... Então temos que avaliar pontualmente” [LARANJA].

“A gente consegue ver os resultados mais individualmente na verdade, acredito que por ser muito pouco o que a gente consegue realizar de práticas de promoção, então nós tentamos ver mais individualmente, não

dá pra dizer se na comunidade tem tido um impacto, não tenho como te relatar isto” [ORQUÍDEA].

Uma avaliação sistematizada das práticas de promoção da saúde se constitui como ferramenta útil para o aprimoramento e melhoria da atenção primária no país e para a promoção do necessário debate em torno da mudança do modelo de atenção em saúde vigente. Essa questão aponta para o fato que a informação de que as equipes desenvolvem uma prática de promoção da saúde não traduz a qualidade do que está sendo ofertado ou proposto, limitando enormemente a avaliação de sua real efetividade⁽¹⁶⁾.

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

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

O que mostra que as práticas de promoção da saúde realizadas por meio de ações interdisciplinares, refletem um impacto positivo sobre as necessidades de saúde da população, superando a visão simplificada de promoção da saúde e

rompendo a hegemonia do modelo biomédico⁽¹⁷⁾.

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

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

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

“Eu acho que vai mudando aos pouquinhos a cultura das pessoas, estimulando a reflexão dela mesmo sobre o que é saúde pra ela e entendendo que o centro de

saúde não é só o remédio, não é só a consulta [...] pode buscar outras coisas não só pro seu diagnóstico, mas para melhoria da qualidade de vida, que a vinda à unidade não precisa ser só por motivo de doença, mas para se sentir melhor, e isso é aos poucos” [JASMIM].

Isto evidencia que o profissional que possui uma visão ampliada de promoção da saúde, preocupando-se com o empoderamento da população, influencia significativamente a sua prática, pois direciona a sua atuação de modo a desenvolver uma visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural das comunidades em que atua. Desta forma, reforça-se a questão da saúde e sua íntima ligação aos determinantes sociais e culturais, especialmente ao se pensar em populações étnicas minoritárias⁽⁶⁾.

Conclusão

Com este estudo foi possível perceber que os trabalhadores da APS têm consciência da necessidade de realizar e manter as práticas de promoção da saúde em sua rotina diária, a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade, considerando os DSS da população.

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

Os programas de Residência em Saúde da Família têm demonstrado

potencial para fortalecer a atuação interdisciplinar e intersetorial na Atenção Primária, sendo primordial para a efetivação das práticas de promoção da saúde e incorporação dos DSS.

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

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

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

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

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

empoderamento da população para seu autocuidado.

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

Referências

1. Popay J, et al. *The impact on health inequalities of approaches to community engagement in the New Deal for Communities regeneration initiative: a mixed methods evaluation*. Public Health Res. 2015; 3(12):1-178.
2. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Diário Oficial da União. 2015.
3. Jackson SF, Birn AE, Fawcett SB, Schultz JA. *Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas*. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(6):473- 480.
4. Dowbor TP, Westphal MF. Determinantes Sociais da Saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2013;47(4):781-790.
5. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21(6):1767-1776.
6. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Arkeman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciênc. saúde coletiva 2016; 21(6):1683-1694.
7. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez editora; 2017.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, Rodrigues CAQ. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2013; 27(8):90-96.
10. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Moraes AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde Debate. 2014;38(100):26-34.
11. Viana, DMS, Nogueira, CA, Araújo, RS, Vieira, RM, Rennó, HMS, Oliveira, VC. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. Rev de Enferm do Centro-Oeste Mineiro. 2015.
12. Tavares, MFL, Rocha, RM, Bittar, CML, Petersen, CB, Andrade, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(6):1799-1808.
13. Flisch TMP, Alves RH, Almeida AC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? Interface. 2014; 18(2):1255-1268.

14. Teixeira MB, Ensgtrom EM, Oliveira CCM, Bodstein RCA, Casanova A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2014; 38(esp):52-68.
15. Gracietti A, Vendrusculo C, Adamy EK, Trindade LT, Brum MLB. Promoção da saúde: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE on line*. 2014; 8(11):3972-82.
16. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde soc*. 2015; 24(1):165-179.
17. Graham R, 2017: *a new era for health promotion or just another year? Global Health Promotion*. IUHPE – Global Health Promotion. 2017; 24(1):3-4.