

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ANNA PAULA DE MENDONÇA BARROS**

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
PRÁTICAS E SABERES DOS ENFERMEIROS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GOIÂNIA**

**2017**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:       Dissertação       Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: **Anna Paula de Mendonça Barros**

Título do trabalho: **Política Nacional de Promoção da Saúde: Práticas e Saberes dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Anna Paula de Mendonça Barros  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

Cristiane Lopes Lima Leiva  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 21/ 12/ 2017

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.  
Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

**ANNA PAULA DE MENDONÇA BARROS**

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
PRÁTICAS E SABERES DOS ENFERMEIROS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Promoção e Educação em Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos

**Co orientadora:** Profa. Dra. Fabiana da Cunha Saddi

GOIÂNIA

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Mendonça Barros, Anna Paula  
Política Nacional de Promoção da Saúde: Práticas e Saberes dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família [manuscrito] / Anna Paula Mendonça Barros. - 2017.  
CVI, 106 f.: il.

Orientador: Prof. Cristiane Lopes Simão Lemos; co-orientador Fabiana Cunha Saddi.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2017.  
Bibliografia. Anexos. Apêndice.  
Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Promoção da Saúde. 2. Política Pública. 3. Saúde da Família. 4. Enfermagem. I. Lopes Simão Lemos, Cristiane, orient. II. Título.

CDU 614



## ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Aos 21 dias do mês de dezembro 2017, as 14:00, na sala 403 do IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública –, Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Membro Interno) e Dra. Bárbara Souza Rocha (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: **"Política Nacional de Promoção da Saúde: Práticas e Saberes dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família"** em nível de Mestrado, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de Anna Paula de Mendonça Barros. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 19:15 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Prof. Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos  
Presidente e Orientadora / UFG

Prof. Dra. Nilza Alves Marques Almeida  
Membro Interno

Prof. Dra. Bárbara Souza Rocha  
Membro Externo

***Aos meus amados pais, Luzimar e Marli.***

## AGRADECIMENTOS

À Deus. Porque à Ele a glória, à Ele o louvor, à Ele o domínio. Ele é o Senhor!

À Nossa Senhora do Perpétuo do Socorro, por me abençoar e abrir todas as portas e caminhos do aprendizado e sucesso, segurando minha mão e intercedendo junto à Deus Pai.

Aos meus pais, Luzimar e Marli, pela vida, amor, dedicação, orações, apoio em minhas decisões e por estarem sempre na torcida da minha felicidade, crescimento profissional e intelectual. Às minhas irmãs Mallú e Mayse, pelo carinho e palavras de estímulo. Manas, vocês são meus exemplos de sucesso profissional e disciplina. Amo vocês!

À minha amada família Ribeiro de Mendonça e Lacerda Barros. Obrigada aos meus tios e tias, primos e primas, em especial à minha querida prima Renata Mendonça R. Vasconcelos pela ajuda, atenção e carinho.

À minha orientadora, professora Dra Cristiane Lemos, pela orientação, amizade, confiança, paciência e principalmente, por acreditar em mim até quando duvidei. Obrigada Cris pelo apoio, oportunidade e ensinamentos essenciais ao meu crescimento profissional. Te admiro e respeito muito!

À professora Dra Fabiana Saddi por aceitar ser minha co-orientadora, ajudando a concretizar meu sonho em ser Mestre. Obrigada pela parceira, aprendizado, atenção, incentivo.

Aos professores da Banca de Qualificação Dr. Otaliba Libânio, Dra Bárbara Souza e Dra Letícia Cunha Franco, pela disponibilidade, estímulo e valiosas contribuições.

Ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás e ao corpo docente do programa, que desenvolvem com responsabilidade a missão de formar profissionais e pesquisadores na área de Saúde Coletiva.

À Turma 5 do MPSC-UFG, pelos momentos de aprendizado coletivo, descobertas gastronômicas, angústias e companheirismo compartilhados durante essa jornada acadêmica, principalmente às queridas Priscilla Noll, Ana Carolina Sulino e Patrícia Alencar pela amizade que levarei sempre em meu coração.

À minha saudosa ESF Cora Coralina por me proporcionar tantos momentos de aprendizado, amizade e inspirar a realização deste trabalho.

Ao grupo interdisciplinar de pesquisa “Política e Política Pública de Saúde” da Faculdade de Ciências Sociais (FCS) da Universidade Federal de Goiás.

À Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia pela anuência neste estudo, aos colegas do CAIS Nova Era pelas vibrações positivas e, aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família pela colaboração e participação.

Aos colegas, professores e alunos do Colégio Cunha, pelo apoio, incentivo e carinho.

A todos que torcem e contribuem para o meu êxito em minha caminhada, a minha mais sincera gratidão!

***“Sejamos gratos às pessoas que nos fazem felizes.  
Eles são os jardineiros encantadores que fazem nossas almas florescerem”***

Marcel Proust

BARROS, APM. **Política Nacional de Promoção da Saúde: práticas e saberes dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES), 2017.

## RESUMO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) considera a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, evidenciada na articulação e cooperação intra e intersetorial, formação e articulação de rede de atenção à saúde com ampla participação e controle social. Esta política foi instituída em 2006 com o desafio de produzir saúde, qualificar práticas sanitárias e expandir ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. A PNPS passa por ampla revisão e reformulação em 2015, com o intuito de ampliar a participação e capilaridade, sinalizar novos arranjos, boa governança e fomentar espaços de articulação inter e intrasetorial. No mesmo ano de instituição da PNPS, o Ministério da Saúde estabelece a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de reorientação da atenção básica no SUS, ao propor mudanças do paradigma assistencial pela promoção da saúde, superar o modelo biomédico vigente, comprometer-se com a saúde enquanto direito da cidadania e, propiciar práticas envolvidas com o fortalecimento da saúde. Dentre os profissionais que compõem a equipe da Saúde da Família, o enfermeiro recebe a incumbência de implementar ações de redução de danos à saúde, influenciar o estilo de vida da comunidade e consolidar as práticas de promoção da saúde. Este estudo analisou a percepção deste profissional em um município grande porte no estado de Goiás com o intuito de investigar se as práticas discursivas, ou as ações decorridas pela linguagem implícitas na PNPS, viabilizavam mudanças necessárias na rotina da ESF. Trata-se de um estudo descritivo - exploratório com abordagem quali-quantitativa. Participaram da pesquisa 38 enfermeiros. Foi utilizado questionário autoaplicável com informações referentes ao perfil profissiográfico, conhecimento sobre a PNPS, práticas de promoção da saúde e, as motivações em trabalhar com promoção da saúde. Na ESF, o enfermeiro apresenta-se majoritariamente do sexo feminino, casado, com idade entre 26 a 35 anos, graduado em instituições privadas, com 3 a 5 anos de formação, especialista em diversas áreas da saúde e atua na mesma equipe entre 1 a 2 anos. Os enfermeiros afirmam conhecer entre 50%-75% a PNPS, porém ao indicar as práticas realizadas na rotina da ESF, observou ações distintas das propostas nesta Política. Afirmam que se sentem motivados em trabalhar a promoção da saúde pela possibilidade de acompanhar os usuários, e por acreditar na ESF como estratégia de impacto na qualidade de saúde da população.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Política Pública; Saúde da Família; Enfermagem.

**BARROS, APM. National Policy for Health Promotion: practices and knowledge of the nurses of the Family Health Strategy.** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Masters agreement Federal University of Goiás, Nucleus of Studies in Collective Health and Secretary of State of Health (UFG / NESC / SES), 2017.

### **ABSTRACT**

The National Health Promotion Policy (NHPP) considers the promotion of health as a set of strategies and ways of producing health, in the individual and collective scope, evidenced in the articulation and intra and intersectorial cooperation, formation and articulation of health care network with broad participation and social control. This policy was instituted in 2006 with the challenge of producing health, qualifying sanitary practices and expanding health promotion actions in SUS services and management. The NHPP undergoes extensive revision and reformulation in 2015, with the aim of increasing participation and capillarity, signaling new arrangements, good governance and fostering spaces for inter- and inter-sectoral articulation. In the same year of NHPP, the Ministry of Health establishes the Family Health Strategy (FHS) as a model for reorienting basic health care in the SUS, proposing changes in the health care paradigm, to overcome the existing biomedical model, health care as a right to citizenship, and to promote practices involved in strengthening health. Among the professionals who make up the Family Health team, nurses are assigned the responsibility of implementing actions to reduce health damage, influence the community's lifestyle and consolidate health promotion practices. This study analyzed the perception of this professional in a large city in the state of Goiás to investigate whether the discursive practices, or the actions taken by the language implicit in the NHPP, made possible the necessary changes in the FHS routine. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative-quantitative approach. 38 nurses participated in the study. A self-administered questionnaire was used with information on the professional profile, knowledge about the NHPP, health promotion practices and motivations to work with health promotion. In the FHS, the nurse is predominantly female, married, aged between 26 and 35 years, graduated in private institutions, with 3 to 5 years of training, specialist in several health areas and works in the same team between 1 to 2 years. The nurses affirm that they know between 50% and 75% NHPP, but when indicating the practices performed in the routine of the FHS, observed actions different from those proposed in this Policy. They affirm that they feel motivated to work on health promotion through the possibility of following the users and believing in the FHT as a strategy of impact on the health quality of the population.

**Key words:** Health Promotion; Public Policy; Family Health; Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Modelo de Dalghren e Whitehead para os Determinantes Sociais em Saúde. ....	31
<b>Figura 2.</b>	Temas transversais e prioritários da PNPS. ....	39
<b>Figura 3.</b>	Mapa do município de Aparecida de Goiânia-Goiás .....	46
<b>Figura 4.</b>	Distribuição dos cursos de especialização dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO.....	57
<b>Figura 5.</b>	Distribuição dos cursos de Mestrado dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO.....	59
<b>Figura 6.</b>	Ranking dos “Níveis de Sucesso” das práticas de promoção da saúde, realizadas pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, segundo os objetivos e diretrizes da PNPS .....	70

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença .....	26
<b>Quadro 2.</b>	Variáveis de análise quantitativas .....	49
<b>Quadro 3.</b>	Conceito de promoção da saúde segundo abordagens PSB e NBS, conforme Silva-Acioli, et al., 2013 .....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos Enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO, segundo sexo, estado civil e idade .....	55
<b>Tabela 2.</b> Caracterização do perfil profissiográfico dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO, segundo formação profissional .....	56
<b>Tabela 3.</b> Caracterização do perfil profissiográfico dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO, segundo dados profissionais .....	60
<b>Tabela 4.</b> Conhecimento dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO em relação à PNPS .....	62
<b>Tabela 5.</b> Frequência absoluta das práticas de promoção da saúde realizados pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, conforme os objetivos e as diretrizes da PNPS .....	67
<b>Tabela 6.</b> Frequência relativa das práticas de promoção da saúde realizados pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, conforme os objetivos e as diretrizes da PNPS .....	68
<b>Tabela 7.</b> Classificação dos “Níveis de Sucesso” das práticas dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, conforme os objetivos e diretrizes da PNPS .....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** - Atenção Básica

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

**AIS** - Ações Integradas de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**BR** - Brasil – rodovia federal

**CAAE** - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**CAIS** - Centro de Assistência Integral à Saúde

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CF** - Constituição Federal

**CGPNPS** - Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

**CIT** - Comissão Intergestora Tripartite

**CMEI** - Centro Municipal de Educação Infantil

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**COAP** - Contrato Organizativo de Ação Pública

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**COREN** – Conselho Regional de Enfermagem

**CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CONASP** - Conselho consultivo da administração de saúde previdenciária

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CREDEQ** - Centro de Referência e Excelência em Dependência Química

**DAB** - Departamento de Atenção Básica

**DCN** - Diretrizes Curriculares Nacionais

**DSS** - Determinantes sociais de saúde

**EaD** - Educação à distância

**EqSF** - Equipe de Saúde da Família

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**GM** - Gabinete Ministerial

**GT** - Grupo Temático

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IES** - Instituições de Ensino Superior

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**MS** - Ministério da Saúde

**NPS** - Nova Promoção da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PAISC** - Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança

**PAISM** - Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**PIASS** - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**PMAQ-AB** - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**PNPS** - Política Nacional de Promoção da Saúde

**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PREV-Saúde** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

**PSB** - Promoção da Saúde Behaviorista

**PSE** - Programa Saúde na Escola

**PSF** - Programa Saúde da Família

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**SAS** - Secretaria de Atenção à Saúde

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UFG** - Universidade Federal de Goiás

**UNICEF** - United Nations Children's Fund

**UPA** - Unidades de Pronto Atendimento

**URSS** - União das Repúblicas Sociais Soviéticas

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	6
AGRADECIMENTOS .....	7
RESUMO.....	9
ABSTRACT .....	10
LISTA DE FIGURAS .....	11
LISTA DE QUADROS .....	11
LISTA DE TABELAS .....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	13
SUMÁRIO .....	16
APRESENTAÇÃO.....	18
1. INTRODUÇÃO .....	20
2. OBJETIVO.....	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1. Promoção da saúde: trajetória histórica mundial .....	26
3.2. Atenção Primária à Saúde e a promoção da saúde .....	30
3.3. A promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde.....	34
3.4. A promoção da saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde .....	34
3.5. Transição PNPS 2006 – PNPS 2015 .....	37
3.6. A promoção da saúde e a Estratégia Saúde da Família.....	42
4. METODOLOGIA .....	45
4.1. Caracterização do estudo .....	45
4.2. Local do estudo .....	46
4.3. Público alvo .....	46
4.4. Critérios de inclusão e exclusão .....	47
4.5. Avaliação dos riscos e benefícios.....	47
4.6. Aspectos éticos-legais .....	47
4.7. Coleta de dados.....	48
4.7.1 Questionário .....	48
4.8. Análise dos dados quantitativos .....	49

4.8.1 Variáveis de análise quantitativa .....	49
4.9. Organização e análise dos dados qualitativos .....	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	54
5.1. Perfil profissiográfico.....	54
5.2. Conhecimento em relação à PNPS .....	62
5.3. Práticas em relação à PNPS .....	66
5.4. Motivação para trabalhar com promoção da saúde .....	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	86
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS .....	96
APÊNDICE .....	100

## APRESENTAÇÃO

A Saúde Coletiva me encanta! Trabalhar com a saúde em uma perspectiva ampliada, para além da centralidade do modelo biomédico tradicional, que centraliza a doença como principal eixo de cuidado, é um desafio que a promoção da saúde se propõe ao engajar-se como elemento estratégico para melhor qualidade da vida da população e a conquista de uma vida mais saudável.

Esse encantamento iniciou em 2007, com a conclusão do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás (UFG). Entre 2008 – 2012 atuei na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Goianira – Goiás, local que vivenciei a responsabilidade de trabalhar na Atenção Básica (AB) e a oportunidade de oferecer uma prática de atenção à saúde que superasse o olhar curativista especializado e focado na doença. Nesta perspectiva, sempre houve tentativas de inovar, buscando criatividade ao utilizar abordagens simples e de baixo custo, com o objetivo de motivar e proporcionar maior adesão e sensibilização da comunidade em participar das atividades e grupos de promoção e educação em saúde. A partir de 2013, passei a ser funcionária pública em Aparecida de Goiânia - Goiás, local que escolhi realizar este estudo, onde desempenho a função de enfermeira da AB no ambulatório do CAIS Nova Era.

Minha formação profissional foi aprimorada com a prática da assistência alinhada ao aprendizado teórico - científico, proporcionados pelas especializações em Saúde da Família e Educação e Promoção da Saúde. Tais cursos agregaram maior ciência da vivência profissional e contribuíram na reflexão sobre o cotidiano do trabalho da ESF. Neste processo de trabalho/formação sempre me perguntava: será a ESF um espaço para promoção de saúde? Como os enfermeiros tem lidado com estes saberes e práticas? O ingresso ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva possibilitou investigar e buscar respostas à estes questionamentos levantados na minha trajetória profissional.

Aprofundando nas questões teóricas sobre o tema, constatei que havia muita discussão sobre a promoção da saúde e a ESF, porém poucos estudos versavam sobre a prática e conhecimento sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e suas relações com a AB. Por compreender ser este o instrumento oficial

que orienta e sistematiza as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, optei por realizar uma pesquisa que pudesse contribuir para melhor compreensão deste universo.

Este estudo analisa aspectos sobre práticas e saberes dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia sobre a PNPS. Os resultados poderão contribuir para o incremento da produção científica sobre o assunto e oferecer subsídios para a gestão pública municipal e, demais instâncias de saúde, no planejamento das ações de saúde.

Desta forma, apresento este trabalho aqui estruturado em capítulos. A introdução delimita a temática abordada, a problemática levantada e a justificativa. A seguir, o objetivo geral do estudo, juntamente, com os objetivos específicos. No referencial teórico, é demonstrado a trajetória histórica mundial da promoção da saúde e como esta se fundamentou no Brasil ao longo do tempo, com destaque para o processo de criação da PNPS e suas interfaces com a AB. Na metodologia, estão descritos tópicos do delineamento e local do estudo, público alvo, variáveis e procedimentos de análise dos dados. No capítulo final, estão expostos os resultados juntamente com as discussões apresentadas pela literatura e, por fim, nas considerações finais, as reflexões e contribuições do estudo.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) considera a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, evidenciada na articulação e cooperação intra e intersetorial, formação e articulação de Rede de Atenção à Saúde (RAS) com ampla participação e controle social (Brasil, 2015).

A promoção da saúde reconhece que o processo saúde – doença está relacionado às intervenções sobre os determinantes e condicionantes e, não apenas sobre os danos à saúde, ao caracterizar-se como estratégia de mudança aos modelos tecnoassistenciais tradicionais, com a construção de novas possibilidades, novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população (Rodrigues; Ribeiro, 2012; Fagundes, 2011; Silva et al., 2009). Remete à dimensão social, existencial, ética e ao engajamento e comprometimento dos sujeitos, por compreender as necessidades cotidianas de saúde da população numa perspectiva coletiva que inclui a saúde como uma produção social (Mascarenhas et al., 2012; Rodrigues; Ribeiro, 2012). Além disso, a promoção da saúde parte da perspectiva da corresponsabilidade ao indivíduo, Estado, serviços e profissionais de saúde, compondo uma rede de compromissos voltados à qualidade de vida da população, fortalecendo a capacidade individual e coletiva, nas quais todos são participantes no cuidado à saúde, focando sua atenção na vigilância em saúde (Fagundes, 2011; Brasil, 2015).

Como questão de política pública, a promoção da saúde recebe destaque em 2006 com a publicação pelo MS (Ministério da Saúde) das Diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria/GM nº 399/2006), firmado entre os gestores do SUS (Sistema Único de Saúde), destinado ao exercício de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS e Pacto pela Vida. (Brasil, 2006b).

O Pacto pela Vida enfatiza situações sobre as condições de saúde, definição de metas estabelecidas pelas três esferas de gestão e pactuação de seis prioridades, dentre elas, a promoção da saúde e a Atenção Básica (AB) (Brasil, 2006b).

A PNPS, fruto do Pacto pela Saúde, é aprovada pela Portaria GM nº 687/2006 e ratifica o conceito ampliado de saúde apresentado na promulgação da Constituição

Federal (CF) de 1988, base do processo de criação do SUS, ao afirmar o compromisso do Estado brasileiro na ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, desenvolver o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e garantir opções saudáveis para a população (Brasil, 2006a).

Condizente aos princípios e diretrizes do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria GM nº 648/2006, a AB é apresentada como primeiro nível de atenção à saúde e eixo estruturante do SUS (Brasil, 2006b; Brasil, 2012a). É caracterizada por um conjunto de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012a).

A AB mostra-se como componente fundamental de elo entre políticas de saúde e a comunidade, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal porta de entrada do sistema, ao propor importantes mudanças na forma de conduzir o trabalho em saúde desenvolvido e ampliado por meio de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, que contribuem na construção de um novo paradigma assistencial voltado à prática humanizadora e integral que consolida a promoção da saúde (Rodrigues; Ribeiro, 2012; Tesser et al., 2011).

Conforme prioridades definidas no Pacto pela Vida, PNAB e PNPS, a ESF recebe a incumbência de atender aos princípios e diretrizes de reorganização da saúde na AB, ser o centro ordenador das RAS no SUS, comprometer-se com a prestação universal da assistência integral, equânime, contínua e resolutiva à população e, realizar serviços no primeiro nível de atenção com a garantia da qualidade de saúde e vida à população (Silva et al., 2010; Costa; Miranda, 2009).

A Saúde da Família possibilita integração, promove a organização das atividades em território adscrito, propicia o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, trabalha com a promoção da saúde e o princípio da vigilância em saúde e, determina atuação inter e multidisciplinar com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (Brasil, 2006a).

A ESF mostra-se essencial para a sistematização da promoção da saúde ao aplicar metodologia popular, oportunizar discussões com a comunidade, promover a aproximação dos profissionais com os movimentos sociais, ao exibir uma dinâmica centrada na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco (Menezes; Gobbi, 2010; Araújo et al., 2011).

A composição mínima da equipe de Saúde da Família (EqSF) requer presença de médico generalista, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista e, auxiliar de consultório dentário (Brasil, 2006a). A PNAB define as atribuições de todos os membros da EqSF como: participar do processo de planejamento local, territorialização da área de atuação na unidade de saúde, garantia da atenção à saúde visando a integralidade da assistência, acolhimento e, estabelecimento de vínculo com a comunidade adscrita (BRASIL, 2012a).

O enfermeiro da ESF tem por função supervisionar e qualificar a equipe de enfermagem e ACS atuando no co-gerenciamento da Unidade Básica de Saúde (UBS). É considerado um componente ativo no processo de consolidação da ESF como política integrativa e humanizadora da saúde ao agregar conhecimento da profissão, realizar ações de atenção à saúde, favorecer mudanças no perfil epidemiológico da população, desempenhar ações prioritárias na redução de danos à saúde e, promover o bem-estar proporcionado por um diálogo bidirecional entre os profissionais da ESF e usuários (Cardoso et al., 2013; Amaral et al., 2011; Gurgel et al., 2011; Lopes et al., 2010; Silva et al., 2010).

Conforme a PNAB 2012, as atribuições específicas do enfermeiro na ESF são (Brasil, 2012a, p. 46-47):

- I- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (...) em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

- IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

As atribuições do enfermeiro da ESF, firmados na PNAB, correlacionam-se com os preceitos da PNPS, ao assistir holisticamente o indivíduo/comunidade e desenvolver ações conjuntas com demais membros da EqSF afim da melhoria da qualidade de vida. Ao sistematizar e individualizar o cuidado, o enfermeiro da ESF deve influenciar o estilo de vida da comunidade ao favorecer a implementação de políticas públicas saudáveis, tornando-se essencial para consolidação da promoção da saúde propostas na PNPS (Amaral et al., 2011; Lopes et al., 2009).

Porém, ao que se refere às práticas de promoção da saúde desempenhadas pelos enfermeiros das ESF, alguns estudos indicam que as ações implementadas por estes profissionais ainda são pragmáticas, direcionadas às transformações de comportamentos de risco nas fases do ciclo de vida e recomendações de mudanças de hábitos, o que proporciona ao profissional agir como cumpridor de normas técnicas dos serviços, impossibilitando visualizar o usuário de forma integral (Sasaki; Ribeiro 2013; Gurgel et al.; 2011; Horta et al., 2009). Diante desta realidade, se propôs realizar este estudo com os enfermeiros da ESF do município de Aparecida de Goiânia com o intuito de compreender a proximidade desses profissionais com a PNPS.

Este estudo tem como questão norteadora: quais os saberes e as práticas de promoção da saúde realizadas pelos enfermeiros da ESF à luz dos objetivos específicos e diretrizes da PNPS? O teor deste questionamento se propõe em investigar se as práticas discursivas, ou as ações decorridas pela linguagem implícitas nesta política, viabilizam as mudanças necessárias na rotina diária na ESF, correlacionando ao conhecimento do enfermeiro sobre a PNPS.

O acompanhamento dos processos de implementação e avaliação do impacto das políticas públicas, assim como a consolidação das ações dos sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam e condicionam seus resultados, devem ser permanentemente revistos e avaliados (Lucchese, 2004). Desta maneira, este estudo pretende contribuir, numa perspectiva crítica e analítica, com a compreensão dos

aspectos da PNPS relacionados ao universo real dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia; colaborar com a gestão pública no planejamento de ações em saúde ao fornecer dados que ainda não existem no município e; incrementar com a produção científica sobre a temática, uma vez que estudos que relacionam a aplicabilidade da PNPS na ESF são escassos.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar a percepção dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Aparecida de Goiânia em relação às práticas e saberes relacionados à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil profissiográfico dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município;
- Compreender o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família deste município sobre a PNPS;
- Identificar as ações de promoção da saúde praticadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família deste município, segundo os objetivos específicos e as diretrizes da PNPS;
- Identificar as motivações que impulsionam os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família deste município a trabalhar com promoção da saúde.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Promoção da Saúde: trajetória histórica mundial

Na década de 1920, o médico e professor norte americano Charles-Edward Amory Winslow, trazia de forma incipiente o termo promoção da saúde, ao afirmar que esta seria uma conquista com esforços advindos da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde da população, com programas educativos, em todos os níveis de vida, adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (Buss, 2009). Somente em 1946, o termo promoção da saúde foi concebido oficialmente, quando o médico francês Henry Ernest Sigerist, considerado o pai da medicina social, definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação (Nunes, 1992; Buss, 2009).

Em 1965, Leavell e Clark utilizam o conceito de promoção da saúde ao incorporar o modelo da história natural das doenças em três “níveis de prevenção” (Quadro 1) desenvolvidas por atividades ao nível de prevenção primária, cujas medidas adotadas para a promoção da saúde se dirigem à aumentar a saúde e bem estar geral do indivíduo, com projeção para família ou coletividade (Teixeira, 2006; Buss, 2009).

Quadro 1. Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença (BUSS, 2009; p.22).

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

No período do pós segunda - guerra mundial surgem diversas agências e organismos internacionais (Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde (OMS)), frutos da nova ordem mundial construída pelos vencedores da guerra, que contribuíram para a institucionalização da saúde como política, o desenvolvimento capitalista e as contradições inerentes à sua existência, e a consolidação da questão saúde em um organismo internacional (Silva, 2015).

Em meados da década de 1970, os diversos sistemas de saúde do mundo começam a ser questionados com novas concepções do processo saúde – doença - cuidado, com indagações sobre saúde e qualidade de vida dentro de uma visão que supere o paradigma biomédico centrado na doença (Buss, 2009).

Em maio de 1974, surge no Canadá um amplo movimento de enfrentamento aos crescentes custos de assistência médica pouco resolutivos, motivado por questões políticas, técnicas e econômicas, que resultou com a elaboração do Informe Lalonde, primeiro documento oficial a utilizar o termo ‘promoção da saúde’ no contexto do pensamento e planejamento estratégico (Buss, 2009). Neste período, a promoção da saúde é compreendida por mudanças nas ações sobre os estilos de vidas dos diversos grupos populacionais e os riscos que se expõem em função de suas escolhas comportamentais, reunindo conceitos sobre os chamados determinantes de saúde (Teixeira, 2006; Buss, 2009).

O Informe Lalonde favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS em colaboração com a United Nations Children’s Fund (UNICEF) em 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga URSS (União das Repúblicas Sociais Soviéticas) (Buss, 2009). Este evento, segundo Giovanella e Mendonça (2012), foi inicialmente proposto pela China à OMS com o intuito de difundir novos modelos alternativos de atenção à saúde, contudo o país acabou não participando da conferência em razão de disputas políticas com a URSS acerca dos modelos de atenção à saúde no interior do bloco socialista.

Uma das primeiras observações realizadas pela OMS, relativas ao cuidado da saúde para além da tradicional abordagem médica, constitui o relato desta instituição sobre as missões enviadas à China entre 1973 e 1974, ao referir sobre um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, realizadas predominantemente em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses com: inclusão da organização da comunidade local; atenção aos idosos; assistência do Estado; promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras; ajuda às escolas e serviços em geral; organização popular de cuidados da saúde ambiental; realização de assistência preventiva e uso de ervas medicinais; manutenção da ordem social no tráfego, incêndio e policiamento; promoção de campanhas de saúde em todos os níveis; e mobilização comunitária (Ferreira; Buss, 2002).

A responsabilidade de programar e atribuir os recursos disponíveis para sua realização na sociedade rural chinesa caracteriza uma situação que os canadenses definiam como o “empoderamento” (*empowerment*) da sociedade, que apesar da não autorização do Governo chinês para a publicação pela OMS dessas informações, essas atividades “aparentemente bem sucedidas”, tinham como referenciais os ideais da Atenção Primária à Saúde (APS), e suas ideias foram posteriormente utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma - Ata (Brasil, 2002). A realização da Conferência em Alma-Ata ratificou os questionamentos dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista (Giovanella; Mendonça, 2012).

O evento contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo, ao incluir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” e recomendar a adoção de um conjunto de elementos essenciais: educação aos problemas de saúde prevalentes e métodos de prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico; atenção materno - infantil; controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (Buss, 2009; Giovanella; Mendonça, 2012).

O grande ponto da Conferência em Alma-Ata, segundo Silva (2015), foi direcionar a saúde como um direito fundamental do ser humano, fruto direto da organização social da humanidade com participação do cidadão na formulação de políticas. Esse momento determinou a OMS atingir sua maior influência no mundo e constituir um consenso junto à ONU e UNICEF em torno da Declaração de Alma-Ata ao apontar a desigualdade econômica como questão central para os problemas de saúde e ressaltar a importância da participação do cidadão na formulação das políticas públicas (Silva, 2015).

Em 1986, a OMS em parceria com o Ministério da Saúde (MS) do Canadá e a Associação Canadense de Saúde Pública, realiza a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa, documento este que apresentava três desafios para alcançar a “saúde para todos”: redução das

desigualdades; desenvolvimento de esforços para prevenção e; capacidade das pessoas ao enfrentamento dos problemas de saúde (Buss, 2009).

A Carta de Ottawa apresentou o conceito de promoção da saúde como (Brasil, 2002, p. 9-10):

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (...). A saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Este documento estabelece que as condições e os recursos fundamentais para saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema, justiça social e equidade; e preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde (Buss, 2009).

As estratégias e os conjuntos de valores apresentados na Carta de Ottawa são referências em promoção da saúde em todo mundo e esse conceito foi se enriquecendo nas sucessivas Conferências realizadas: Adelaide (Austrália), Sundsvall (Suécia), Bogotá (Colômbia), Jacarta (Indonésia), Cidade do México (México), Bangkok (Tailândia), Nairóbi (Quênia); cujas propostas enfatizavam ideias de: cidades saudáveis; formulação de políticas públicas saudáveis e; desenvolvimento de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida (Silva, 2015; Brasil, 2002; Teixeira, 2006; Heidmann et al., 2006; Buss, 2009). Sob o patrocínio da OMS, a promoção da saúde avançava no contexto mundial, incorporando-se como novo paradigma na constituição das funções essenciais da coletividade (Buss, 2009).

Atualmente, as discussões a promoção da saúde (e seus princípios) têm contribuído na renovação do discurso sanitário, pela contraposição ao modelo biomédico e resgate da determinação social do processo saúde–doença, indicando duas macrotendências no que concerne ao seu conceito: Promoção da Saúde Behaviorista

(PSB) e Nova Promoção da Saúde (NPS) (Silva-Arioli et al.; 2013). Em um polo, encontra-se a PSB, baseada na mudança dos estilos de vida (comportamentalista) e atrelada ao modelo preventivista, enquanto que em outro tem-se a NPS que transcende ao apontar a relação negativa existente entre iniquidade social e saúde, ao evidenciar que a forma como a sociedade se organiza tem relação direta com as suas condições de saúde (Silva-Arioli et al.; 2013).

### **3.2. Atenção Primária à Saúde e a Promoção da Saúde**

Os debates ocorridos em diversas partes do mundo entre as décadas de 1960 e 1970, relacionados à determinação social e econômica da saúde, enfocavam a busca por novas alternativas que superassem as centradas nas doenças (Buss, 2009; Giovanella; Mendonça, 2012). As Conferências ocorridas pós carta de Ottawa, colocaram na agenda global a discussão sobre promoção da saúde enfocando mudanças nos paradigmas da saúde no mundo focando sobretudo na APS (Lopes et al., 2010).

A concepção de APS, expressa desde Alma-Ata, é abrangente ao envolver a cooperação com outros setores na promoção do desenvolvimento social, ao enfrentar os amplos determinantes de saúde de caráter socioeconômico e ser considerada como novo modelo assistencial dos sistemas de saúde com foco no usuário (Giovanella; Mendonça, 2012).

A APS constituir-se como 'serviço de primeiro contato' e porta de entrada do sistema de saúde com programas seletivos, focalizados, de baixo custo e alta resolutividade; crítica à especialização progressiva e tecnicista das práticas médicas; articulação às atividades populares, democratização do conhecimento e autonomia das pessoas frente à sua saúde (Starfield, 2002; Giovanella; Mendonça, 2012).

Os serviços da APS, centrados na família, têm a responsabilidade na 'coordenação' das ações e serviços, resolução das necessidades menos frequentes e mais complexas, garantia da continuidade do cuidado e, orientação da comunidade no reconhecimento de suas necessidades de saúde com acompanhamento regular do usuário (Starfield, 2002; Giovanella; Mendonça, 2012).

Uma importante característica de uma APS integral é a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, como discutido em Alma-Ata, ao

implicar atuação dirigida para a comunidade no enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde - doença com participação social (Giovanella; Mendonça, 2012). Os determinantes sociais de saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, sendo o Modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 01) um dos exemplos adotados pela organização, simplicidade, fácil compreensão e visualização gráfica dos DSS (CNDSS, 2008).



**Figura 1.** Modelo de Dalghren e Whitehead para os Determinantes Sociais em Saúde. CNDSS, 2008.

No Brasil, a adesão às proposições de APS, segundo Giovanella; Mendonça (2012), entrou no debate da agenda de reforma do setor saúde em meados da década de 1970, acompanhando o movimento internacional, ocasionado por aprofundamento da crise econômica nacional, exposto pelas limitações da assistência médica previdenciária na garantia de recursos financeiros e, insuficiência dos sistemas sociais e de saúde expresso por padrões de saúde precários e altas taxas de morbimortalidade.

A ideia de adesão às proposições de APS, segundo Giovanella; Mendonça (2012), integradas por ações preventivas e curativas e de organização em redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços de saúde, foi inspirada por iniciativas políticas como: Projeto Montes Claros, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa nacional de serviços básicos de saúde (Prev-Saúde), Plano do conselho consultivo da administração de saúde previdenciária (CONASP) e, programa de Ações Integradas de Saúde (AIS).

Esses serviços visavam a implantação e organização de serviços básicos em municípios de pequeno porte, cuja implantação inicial ocorreu nas regiões nordeste e sudeste do país, com vistas à expansão da cobertura assistencial e convênio entre as três esferas de governo (Giovanella; Mendonça, 2012; Paim, 2012).

Na década de 1980, as AIS estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, secretarias estaduais e municipais de saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)) na definição de uma ação unificada em nível local, na qual a UBS torna-se responsável por ações de caráter preventivo e assistência médica, com integração ao sistema de saúde público e assistência previdenciário, de forma a prestar atenção integral à toda população independentemente de contribuição financeira à previdência social (Giovanella; Mendonça, 2012).

O princípio da integralidade se torna mais explícito com a implantação de outros programas de APS direcionados à grupos específicos, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), lançados paralelamente ao processo de implantação das AIS, como parte da estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde que serviram, posteriormente, de modelo para outros programas de atenção integral, voltados à promoção da saúde à grupos de risco: idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes; com o intuito de propiciar ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de UBS em parte de municípios brasileiros, como primeiro nível de atenção (Paim, 2012; Giovanella; Mendonça, 2012).

A integralidade pressupõe um conceito ampliado de saúde no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção da saúde, a prevenção de agravos, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária

e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto, com capacidade de identificar as necessidades percebidas, e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes (CONASS, 2011a).

A reorganização dos serviços de saúde no Brasil suscitou o processo da Reforma Sanitária com envolvimento de estudantes, profissionais de saúde e intelectuais que defendiam a unificação do sistema de saúde, valorização da APS, e a integralidade como orientadora do cuidado, das práticas dos programas, políticas e o sistema de saúde (Paim, 2012; Giovanella; Mendonça, 2012). Esse movimento foi contemporâneo à reestruturação da política social brasileira, apontado à um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, com a definição constitucional da saúde como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988; Giovanella; Mendonça, 2012).

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária brasileira sob as seguintes perspectivas (Paim, 2012, p. 466):

- 1) Como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária da saúde, compondo nível;
- 2) Como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais;
- 3) Como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
- 4) Como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança (...), mediante ação intersetorial.

O movimento da Reforma Sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das Políticas de saúde, culminou na consolidação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que foi fundamental para a construção do texto da saúde na Constituição Federal (CF) promulgada em 1988 e a criação do SUS, organizado em princípios e diretrizes, que definiram a APS como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente (CONASS, 2011a). O relatório final da 8ª CNS determinou os fundamentos da proposta do SUS.

### **3.3. A promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde**

A CF/1988, além de reconhecer a saúde como direito da população e dever do Estado, estabeleceu as políticas públicas de saúde pautadas nas bases do SUS e em seus princípios constitucionais e organizativos: universalização da assistência garantida à todo cidadão; integralidade da atenção, incluindo as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; equidade, ofertando serviços e bens; descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; regionalização e hierarquização das redes de serviços; e participação da comunidade na organização e gestão do sistema (Lucchese, 2004; CNDSS, 2008).

As discussões e decisões da 8ª CNS foram incorporadas, quase que em sua totalidade, na CF e regulamentadas por seus artigos referentes à saúde (art. 196 ao 200 da CF/1988) e por meio das Leis Complementares 8.080/1990 e 8.142/1990, que instituíram o SUS e representaram a incorporação de uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde ao impor modificações significativas no desenho e na formulação das políticas de saúde com importantes inovações estruturais e dinâmicas do processo decisório (Lucchese, 2004; CONASS, 2011b).

A promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, constituída deste a 8ª CNS (Brasil, 2015), sendo incorporada ao SUS na Lei Orgânica (Lei 8.080/1990). No entanto, a inclusão legal da promoção da saúde no SUS não garantiu a imediata institucionalização, nem a reorientação do modelo de gestão e atenção de modo a reduzir a excessiva fragmentação das ações e políticas de saúde, ocasionando o MS a ampliar as discussões acerca da promoção da saúde (Castro, 2005).

### **3.4 A promoção da saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde**

O MS investiu na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, na construção de um modelo de atenção voltado para ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos ao longo do tempo (Brasil, 2006a).

Nos anos 90, vários eventos pautaram suas discussões sobre promoção da qualidade de vida e cidades saudáveis, sendo um deles a Conferência das Nações Unidas sobre

Meio Ambiente e Desenvolvimento (Eco 92 ou Cúpula da Terra), ocorrida no Rio de Janeiro, com compromisso global firmado em estabelecer o desenvolvimento sustentável entre os países com a materialização da Agenda 21 (Brasil, 1995; CRUZ, 2010).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) elabora em 1995, a Carta de Fortaleza, na qual assume compromisso com o SUS e aponta a estratégia de Cidades Saudáveis como possibilidade de deslocar o foco na doença e integrar a promoção da qualidade de vida com evidente protagonismo do cidadão (Cruz, 2010). Em 1998, o Brasil participa da Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, organizado pela OMS, e discute questões relacionadas ao desenvolvimento urbano, impacto sobre doenças, a degradação do meio ambiente, dentre outros, com o intuito de fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações (Brasil, 2002).

A promoção da saúde é legitimada pelo MS com a formalização do Projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, conhecido como Projeto BRA98/006, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), cujo instrumento desenvolve um modelo de atenção sob a ótica promocional (Castro, 2005; Buss e Carvalho, 2009). Posteriormente publica as denominadas “Cartas da Promoção da Saúde” (BRASIL, 2002) visando a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) além de parcerias fora do setor sanitário e ampliação da discussão dos determinantes em saúde (Castro, 2005).

Em 2005, os gestores do SUS, reunidos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde ao definir a agenda de compromissos pela saúde agregando três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Vida, aprovado em fevereiro de 2006 pela Portaria GM/MS nº 399/2006 (Brasil, 2006b). O Pacto pela Vida foi constituído na tentativa de superar a fragmentação de políticas e programas de saúde e, pactuar entre as três esferas de gestão, a organização de uma rede hierarquizada de ações de saúde na qualificação e autonomia dos entes federados da gestão (Brasil, 2006b; CONASS, 2009).

O Pacto pela Vida constitui em um conjunto de compromissos entre os gestores do SUS, com definição das responsabilidades entre os entes, de prioridades de impacto sobre a saúde brasileira, sendo: saúde do idoso; controle do câncer de útero e mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento de respostas às doenças emergentes e endemias; promoção da saúde (com o objetivo de elaborar e implementar a PNPS); fortalecimento da AB (com ênfase na Estratégia Saúde da Família - ESF) (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; CONASS, 2009).

A partir das definições constitucionais e das legislações que regulamentam o SUS, e das deliberações das CNS e do Plano Nacional de Saúde (2004 - 2007), a PNPS foi aprovada na CIT em 2006, com o desafio da produção de saúde e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2015).

Sua institucionalização no SUS iniciou-se em 2005, com a criação do Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS), pela Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, cuja atribuição era consolidar esta Política e definir a condução da implantação nas diferentes secretarias e órgãos do MS (Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Gestão Participativa; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Fundação Nacional de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Agência Nacional de Saúde Suplementar; e Instituto Nacional de Câncer), e articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2006a; Brasil, 2015).

A PNPS foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, ratificando o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, sendo inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (Brasil, 2006a). A publicação da PNPS 2006 representa um marco na consolidação do SUS ao reafirmar o debate dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença (Malta, et al., 2014).

A PNPS 2006 tem como objetivo geral (Brasil, 2006a, p.19):

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

As ações específicas da PNPS 2006 apontam como prioridades: alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006a).

De 2008 - 2011 a PNPS 2006 foi incluída na agenda interfederativa por meio do Pacto pela Vida, período que houve a introdução pelo MS do programa “Mais Saúde” (Brasil, 2008a). Este programa desencadeou: implementação de indicadores de monitoramento de redução da prevalência de sedentarismo e tabagismo, instituído a partir do Decreto 7.508/2011; distribuição de repasses financeiros e implantação de núcleos de prevenção à violência, vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito (Brasil, 2008b); elaboração do Plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (2011-2022) com priorização os quatro fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas); implantação do programa Academia da Saúde e; expansão do programa Saúde na Escola (Malta et al., 2014).

Todos os programas de promoção da saúde, elaborados e implementados desde a promulgação da PNPS 2006 tem financiamento pelo MS aos entes federados, sendo que no período entre 2006 - 2010, foram repassados cerca de R\$ 171 milhões às secretarias estaduais e municipais de saúde que integraram a Rede Nacional de Promoção da Saúde, favorecendo aos gestores públicos o desenvolvimentos de projetos de promoção da saúde (Malta et al., 2014).

### **3.5. Transição PNPS 2006 - PNPS 2015**

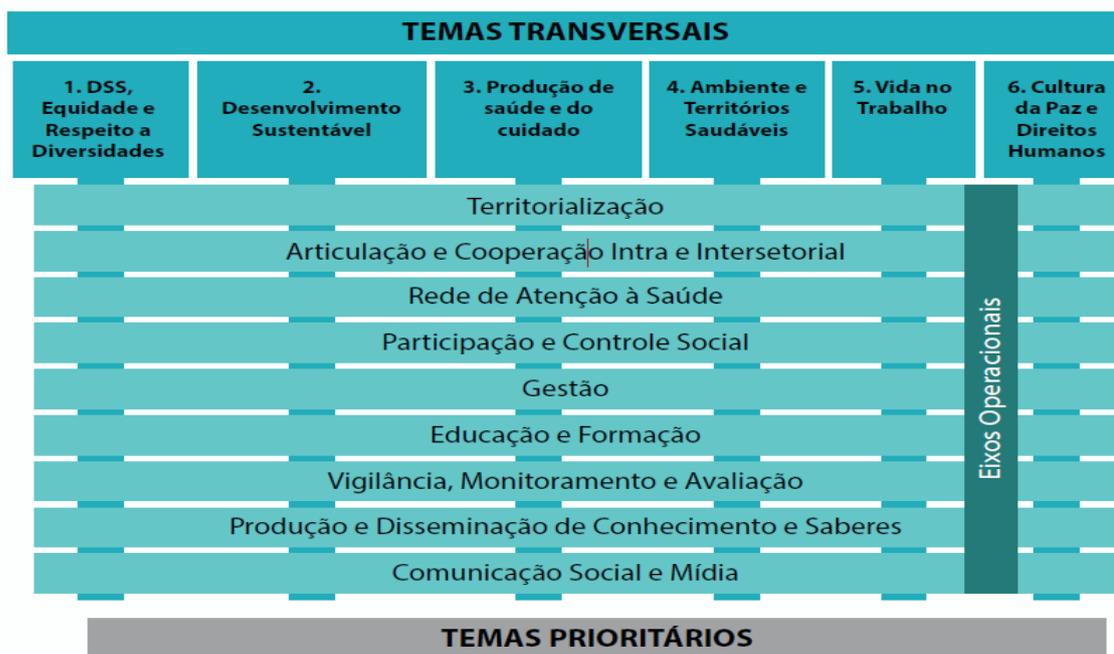
Deste a instituição da PNPS 2006 até sua revisão em 2014, diversos eventos foram organizados com o intuito de ampliar a compreensão da promoção da saúde no SUS, com destaque ao Seminário Nacional sobre a PNPS realizado em três momentos – 2007, 2010, 2014 – que contou com a participação de profissionais, gestores do SUS dos entes federados e representantes de instituições de ensino e pesquisa, além de ampla participação social (Malta et al., 2014). Essa revisão ampla participativa e

inclusiva da PNPS, foi uma opção encontrada pelo MS de cumprir o objetivo de garantir a representatividade democrática na formulação desta política e superar o déficit ocorrido na formulação de 2002 e 2006 (Rocha et al., 2014). Durante estes anos, a atuação do CGPNPS foi fundamental na coordenação das ações intra e intersetoriais da revisão da PNPS (Malta et al., 2014).

A partir de 2007, por meio da Portaria MS nº 1.409, de 13 de junho de 2007, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o CONASEMS passaram a fazer parte do referido colegiado e mais recentemente, em 2012, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) passou a compor o Comitê, conforme a Portaria MS nº 1.571/2012, participando de forma ativa na coordenação técnica e metodológica da revisão, visando garantir a ampla participação de diferentes setores (Malta et al., 2014; Brasil, 2015).

A parceria estabelecida entre representantes de uma instituição não governamental (GT Promoção da Saúde da ABRASCO) e equipe governamental (representantes do MS) mediada pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), visando a ampliação da participação e capilaridade regional do processo de formulação de uma política, sinaliza novos arranjos de *advocacy* e boa governança mediante a criação de espaços de articulação intergovernamental e intersetorial (Rocha et al., 2014).

A PNPS 2015 foi instituída e divulgada pela da Portaria GM 2.446/2014, propiciada após ampla atualização desde a sua institucionalização em 2006, conforme apresentado anteriormente. Esse processo apontou a necessidade identificar como a promoção da saúde no SUS vinha sendo operacionalizada nos territórios no intuito de rever de que modo a PNPS como política pública, mobilizava os atores na busca de sua efetivação de prática; articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la; além de inclusão de novos elementos indutores para a sua concretização, como a explicitação de valores, a definição de temas transversais e de eixos operacionais (Figura 2), bem como a adequação e a atualização dos temas prioritários da política (Brasil, 2015).



**Figura 2.** Temas transversais e prioritários da PNPS. Fonte: BRASIL, 2015.

Os valores e os princípios da PNPS configuram-se como expressões fundamentais à todas práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde no SUS reconhecendo a subjetividade das pessoas e das coletividades no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida (CONASS, 2014; Brasil, 2015).

A PNPS apresenta como valores essenciais no processo de efetivação: a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social e; como princípios: a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (CONASS, 2014; Brasil, 2015).

O objetivo geral da PNPS é: “promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (Brasil, 2015, p.11).

Os objetivos específicos da PNPS são (Brasil, 2015, p.11-12):

- I. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social.

II. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais.

III. Favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade; o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável.

IV. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.

V. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver.

VI. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.

VII. Promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão, e também a autonomia de sujeitos e de coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida.

VIII. Promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e os valores expressos nesta Política, para trabalhadores, gestores e cidadãos.

IX. Estabelecer estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis.

X. Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde.

XI. Promover meios para a inclusão e a qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e de inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações.

XII. Fomentar discussões sobre os modos de consumo e de produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e com os valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde.

XIII. Contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais.

As diretrizes da PNPS devem ser entendidas como linhas que fundamentam as ações e explicitam as suas finalidades, sendo (Brasil, 2015, p.13):

I. O estímulo à cooperação e à articulação intrassetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.

II. O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.

III. O incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil.

IV. A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.

V. O estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.

VI. O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.

VII. A incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.

VIII. A organização dos processos de gestão e de planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

Os temas transversais da PNPS são: DSS, equidade e respeito à diversidade; desenvolvimento sustentável; produção de saúde e cuidado; ambientes e territórios saudáveis; vida no trabalho; cultura da paz e direitos humanos; aplicados na formulação de agendas de promoção da saúde e na adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e os valores do SUS e da PNPS (Brasil, 2015).

A PNPS apresenta nove eixos operacionais: territorialização; articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial; Rede de Atenção à Saúde; participação e controle social; gestão; educação e formação; vigilância, monitoramento e avaliação; produção e disseminação de conhecimentos e saberes; e comunicação social e mídia; sendo empregados como estratégias para concretização das ações de promoção da

saúde, respeitando os valores, princípios, objetivos e diretrizes desta Política (Brasil, 2015).

O MS afirma que a reelaboração da versão atualizada PNPS foi oportuna por estabelecer o diálogo com novos marcos nacionais e internacionais, garantir os princípios e as diretrizes do SUS e, reconhecer a constante necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores e pelos trabalhadores do SUS, ao rever o papel do setor saúde na articulação e na indução de outras políticas públicas (Brasil, 2015).

### **3.6 A Promoção da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família**

Com o intuito de operar os preceitos da promoção da saúde e os princípios dos SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo MS em 1992, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS visando a expansão e qualificação da AB (Buss; Carvalho, 2009).

O MS instituiu o PSF por meio da Portaria MS nº 692/1993, o qual foi precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991 em áreas rurais e periurbanas das regiões Norte e Nordeste, cujo o objetivo era oferecer assistência onde não houvessem condições de interiorização da assistência médica, tendo o ACS como protagonista das ações e sob supervisão direta de enfermeiros (Giovanella; Mendonça, 2012).

Em 1997, o PSF passa a ser intitulado 'Saúde da Família: uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial', visto pelo MS como estratégia de intervenção horizontal e organização do território adscrito, de caráter mais abrangente, modelo para a AB no SUS e, articulado aos demais níveis afim de orientar a reestruturação do sistema de saúde (Giovanella; Mendonça, 2012). Em 2006, o PSF torna-se uma estratégia permanente e contínua na AB, sendo designado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2012a).

A ESF visa à reorganização da AB, de acordo com os princípios do SUS, tida pelo MS, CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária por: favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da

AB; ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades e; propiciar importante relação custo-efetividade (Brasil, 2012a). A ESF preconiza o trabalho com equipe multiprofissional, territorialização, adscrição de clientela, cadastramento e, acompanhamento da população residente na área de abrangência (Giovanella; Mendonça, 2012; Brasil, 2012a).

Conforme prioridades definidas no Pacto pela Vida, PNAB e PNPS, a ESF recebe a incumbência de ser o centro ordenador da RAS no SUS, comprometer-se com a prestação universal da assistência integral, equânime, contínua e resolutiva à população e, realizar serviços no primeiro nível de atenção (Silva et al., 2010; Costa; Miranda, 2009).

As equipes de Saúde da Família (EqSF) são compostas por profissionais de diferentes formações que juntos constroem a roda motora de todo o sistema, garantindo a realização dos princípios básicos, cumprimento das metas e o alcance dos objetivos da ESF (Rocha et al., 2009). Dentre as atribuições comuns da EqSF estão: garantia da atenção à saúde; integralidade da assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; garantia de atendimento da demanda e, realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (Brasil, 2012a).

A composição mínima da EqSF requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita; pode somar-se à essa, um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, compondo a equipe de saúde bucal (Brasil, 2012a).

Além das atribuições de organização de gestão e atenção à saúde, comuns a qualquer enfermeiro da AB, este profissional planeja, coordena e avalia as ações desenvolvidas pelo ACS e equipe de enfermagem, contribui para a atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe (Brasil, 2012a).

Como membro da EqSF, o enfermeiro é responsável para que haja mudanças no perfil da população ao implementar ações de redução de danos à saúde, promover bem-estar, produzir diálogo bidirecional entre os profissionais da ESF e usuários; influenciar o estilo de vida da comunidade ao favorecer a implementação de políticas

públicas saudáveis e, consolidar as práticas de promoção da saúde propostas na PNPS (Lopes et al., 2009; Amaral et al., 2011; Cardoso et al., 2013).

A ESF vislumbra uma mudança de paradigma pela promoção da saúde por propiciar práticas comprometidas com o fortalecimento da vertente que se considera mais condizente com a produção de saúde (Sasaki; Ribeiro, 2013). Nesse modelo assistencial, segundo Villela, et al. (2011, p. 248), “a enfermagem destaca-se como prática social inserida no sistema de saúde universal, igualitário, integral, de qualidade e fundamentado nos princípios de cidadania em direção a uma nova fase de consolidação da sua força de trabalho no âmbito da saúde coletiva”.

O vínculo formado entre o enfermeiro e a comunidade proporciona percepção do indivíduo/família como objeto de sua ação, ao favorecer uma assistência integralizada voltada à promoção da saúde. Desta forma, analisar a percepção deste profissional em relação às práticas e saberes de promoção da saúde fundamentados na PNPS, possibilita um olhar sobre comprometimento deste profissional com as políticas públicas do SUS e os princípios da ESF.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quali-quantitativa.

Estudos do tipo descritivo consistem em investigações cuja principal finalidade é o delineamento, ou análise, das características de fatos/fenômenos, avaliação de programas ou, isolamento de variáveis principais ou chaves (Lakatos; Marconi, 2003). O método exploratório tem por objetivo a formulação de questões com a finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno (Lakatos; Marconi, 2003). Ambos os métodos podem ser aplicados a partir de dados originais ou extraídos de documentos.

O uso de métodos quantitativos, segundo Minayo (2014), traz à luz de dados, indicadores e tendências observáveis com aplicabilidade prática de dados estatísticos sobre os fatos observados. Já os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos que estudam saúde e estabelecimentos de atenção à saúde, uma vez que procuram não apenas quantificar ou enumerar, ao lidar com falas ou palavras em vez de especificamente números, relacionando os significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como compreendem esse mundo (Pope; Mays, 2006).

As metodologias de pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2014, p.22) são entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Os estudos qualitativos e quantitativos quando feitos em conjunto promovem uma construção mais elaborada e completa da realidade se complementando dentro da pesquisa (Minayo, 2014). A opção por este tipo de abordagem se deu por acreditar ser a mais adequada ao objeto deste estudo.

## 4.2. Local do estudo

O município de Aparecida de Goiânia (Figura 3) localiza-se na região sul da capital do estado de Goiás, às margens da BR 153, possui uma área de 278,539 Km<sup>2</sup> e aproximadamente 532.135 habitantes, segundo maior número de habitantes do Estado de Goiás (IBGE, 2017). Em 1980 a taxa de urbanização situava-se na ordem de 46%, valor que em vinte anos atingiu 99,75% de crescimento (Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia, 2010).



**Figura 3.** Mapa do município de Aparecida de Goiânia-Goiás. Fonte: Dados cartográficos 2017, Google<sup>®</sup>. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/4H6>. Acesso em: 04/08/2017.

Atualmente, 56 unidades de saúde integram a RAS do município, sendo: 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Centros de Saúde, duas Academias de Saúde, uma Maternidade, um Centro de Especialidades Médicas, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), dois CAIS (Centro de Assistência Integral à Saúde), quatro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um CREDEQ (Centro de Referência e Excelência em Dependência Química), além de quatro hospitais particulares conveniados.

## 4.3. Público Alvo

A ESF está implantada no município desde 1999. Estima-se que 179.975 pessoas são atendidas pelas equipes de Saúde da Família (EqSF) cadastradas pelo Ministério da Saúde (MS/SAS/DAB, 2016).

A coleta dos dados ocorreu no mês de dezembro de 2016. Neste período, estavam lotados 52 enfermeiros distribuídos em 36 UBS e 63 EqSF. Participaram da pesquisa 38 profissionais. Não houve cálculo amostral no estudo, visto que a coleta aconteceu em todas as EqSF do município com o intuito de alcançar o maior número possível de profissionais participantes.

#### **4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão**

O estudo contou como critério de inclusão: ser enfermeiro e estar lotado na ESF do município de Aparecida de Goiânia. Foram excluídos da amostra os profissionais que: estavam de férias (n=04), atestado (n=03), afastamento por qualquer motivo ou natureza (n=02<sup>1</sup>), não estavam na unidade de saúde no momento da coleta dos dados (n=02<sup>2</sup>), atuassem na atual EqSF há menos de trinta dias (n=02); desistiram ou negaram participar (n=01).

#### **4.5. Avaliação dos Riscos e Benefícios**

Os participantes foram esclarecidos e pormenorizados sobre as finalidades do estudo (objetivos, métodos, benefícios previstos), potenciais riscos e incômodos que poderiam acarretar aos mesmos e que as informações coletadas são confidenciais e de utilização exclusiva para fins científicos.

#### **4.6. Aspectos éticos-legais**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG) e aprovado em outubro de 2016, com o parecer nº 1.775.577 e CAAE: 58902716.5.0000.5083 (Anexo 1).

Todas as etapas das pesquisas respeitaram as normas e diretrizes da Resolução 466/2012 (Brasil, 2012b) do CNS. Todos os participantes leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01).

---

<sup>1</sup> Afastamento por Licença maternidade

<sup>2</sup> Os profissionais ausentes estavam de folga no período

#### **4.7. Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2016, após aprovação do CEP UFG em 14 de outubro de 2016 (Anexo 1) e anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município em 01 de agosto de 2016 (Anexo 2) com assinaturas da Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Atenção à Saúde e Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, órgãos responsáveis pelo local do estudo.

Os dados foram coletados durante visita às UBS do município na qual os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário autoaplicável individual com perguntas adaptadas dos objetivos específicos e das diretrizes da PNPS 2015, elaborado pela pesquisadora responsável.

Antes de iniciar a coleta, foi apresentado um resumo da pesquisa aos participantes, bem como as condições éticas nas quais a pesquisa seria desenvolvida, com garantia do anonimato dos participantes. Aos mesmos, houve explicação sobre o conteúdo ético explícito no TCLE, o qual foi assinado pelos participantes.

Foi realizado estudo piloto com os enfermeiros de uma UBS do próprio município após agendamento prévio com esses profissionais. A realização do piloto demonstrou a maneira mais efetiva para a logística da coleta dos dados, além de aprimorar o instrumento conforme a compreensão dos profissionais e adequá-lo para melhor aplicação do mesmo, chegando-se à versão final do Instrumento (Apêndice 2).

##### **4.7.1 Questionário**

Para esse estudo foi utilizado questionário semi-estruturado, autoaplicável e individual com informações referentes ao perfil profissiográfico dos enfermeiros da ESF, sobre conhecimentos e práticas de promoção da saúde, conforme os objetivos específicos e diretrizes da PNPS e, as motivações em trabalhar a promoção da saúde.

Questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas abertas e fechadas que possui vantagens quanto à abrangência e anonimato dos informantes com conseqüente liberdade de respostas devido a não influência do pesquisador, que devem ser respondidas sem a presença do mesmo,

que em geral entrega o questionário ao informante e depois de preenchido é devolvido do mesmo modo (Lakatos; Marconi, 2003).

#### 4.8. Análise dos dados quantitativos

Após a coleta, a tabulação dos dados quantitativos do questionário foi realizada no programa Microsoft Excel® 2013. A análise estatística foi realizada pelo software R-3.3.2 (*Project for Statistical Computing*), versão para Windows, usando a medida de frequência absoluta (n) e relativa (%) para comparação dos dados que foram apresentados em tabelas e com posterior discussão.

##### 4.8.1. Variáveis de análise quantitativa

As variáveis quantitativas estão descritas no Quadro 2, a seguir:

**Quadro 2.** Variáveis de análise quantitativas

Variáveis gerais	Sub-variáveis	Forma de quantificação das variáveis
Caracterização	Gênero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feminino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solteiro</li> <li>• Casado</li> <li>• Viúvo</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Amasiado</li> <li>• Outro</li> </ul>
	Idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Variados</i></li> </ul>
Formação	Curso de graduação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem</li> <li>• Outro</li> </ul>
	Nome da instituição de graduação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Variados</i></li> </ul>
	Tipo de Instituição de graduação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pública</li> <li>• Privada</li> </ul>
	Tempo de formação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Variados</i></li> </ul>
	Curso de pós-graduação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialização</li> <li>• Mestrado</li> <li>• Doutorado</li> </ul>
	Outro curso de graduação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
	Tempo de atuação na ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 1 mês</li> <li>• 1 mês – 5 meses</li> <li>• 6 meses – 1 ano</li> <li>• 1 ano – 2 anos</li> </ul>

Dados profissionais		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 anos – 4 anos</li> <li>• ≥ 5 anos</li> </ul>
	Tempo de atuação na atual EqSF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤1 mês</li> <li>• 1 mês – 5 meses</li> <li>• 6 meses – 1 ano</li> <li>• 1 ano – 2 anos</li> <li>• 3 anos – 4 anos</li> <li>• ≥ 5 anos</li> </ul>
	Trabalha em outro local	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
	Tipo de vínculo empregatício com o município	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Credenciado</li> <li>• Estatutário</li> <li>• Comissionado</li> <li>• CLT</li> <li>• Outro</li> </ul>
Conhecimento em relação à PNPS	<i>Porcentagem do conhecimento</i>	0%; 25%; 50%; 75%; 100%
Práticas em relação à PNPS	Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Contribui para adoção de práticas sociais e de saúde a fim de reduzir as desigualdades sociais, gênero, orientação sexual, étnico-raciais, culturais e de portadores de necessidades especiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Favorece/colabora para a mobilidade humana e a acessibilidade, promovendo o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Promove a cultura da paz na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Proporciona/Colabora para o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao bem viver e ao desenvolvimento humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Valoriza saberes populares e tradicionais da comunidade e aprecia a realização de práticas integrativas e complementares na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Promove o empoderamento, a capacidade para tomada de decisão, autonomia dos sujeitos e da	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> </ul>

<p>(continuação) Práticas em relação à PNPS</p>	<p>coletividade, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e competências em promoção e defesa da saúde e da vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Participa (como aluno(a)/formador(a)) de processos de educação permanente, capacitação ou formação profissional, específicos em promoção da saúde, incentivando o aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Estabelece estratégias de educação em saúde direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Envolve-se em pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos e experiências, que utilizem estratégias inovadoras que apoiem a tomada de decisão, autonomia, empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Realiza/participa discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflitos com os princípios e valores da promoção da saúde, e que aumentam vulnerabilidades e riscos à saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Proporciona a cooperação e articulação intrasetorial e intersetorial a fim de ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Promove/participa do planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	<p>Incentiva/participa da gestão democrática, participativa e transparente a fim de fortalecer a participação, o controle social, a corresponsabilidade de sujeitos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>

	coletividades, instituições e da sociedade civil	
	Apoia/Participa a ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>
	Atua na incorporação das intervenções de promoção da saúde, no modelo de atenção à saúde, no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Raramente</li> <li>• Frequentemente</li> <li>• Quase Sempre</li> <li>• Sempre</li> </ul>

A variável geral “Práticas em relação à PNPS” é formada por sub variáveis que consistem de perguntas adaptadas dos objetivos específicos e das diretrizes da versão atualizada da PNPS (BRASIL, 2015). Já a frequência das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF foi determinada por uma escala de cinco opções, sendo: nunca (0%); raramente (25%); frequentemente (50%); quase sempre (75%); sempre (100%).

#### 4.9. Organização e análise dos dados qualitativos

Para a os dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise do conteúdo, conforme Bardin (2011), que abrange as seguintes fases: pré análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e, interpretação; detalhadas abaixo.

O termo análise do conteúdo, segundo Bardin (2011, p.47), consiste em:

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

Para Minayo (2014), a análise do conteúdo é uma técnica de tratamento de dados que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto por meio de procedimentos especializados e científicos ao realizar a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo.

Após a coleta dos dados, foi realizada uma *leitura flutuante* do material descrito nas questões abertas do instrumento de coleta. Esse momento é importante para obter domínio do material e permitir o levantamento de impressões, conhecimentos, hipóteses e orientações dos dados coletados (Bardin, 2011; Minayo, 2014).

Foi realizada leitura exaustiva do material coletado, com posterior agrupamento por categorias para melhor organização e categorização das unidades de registro (*palavras-chaves*). Os dados coletados das perguntas abertas do questionário foram categorizados por temáticas correlatas, determinada por Minayo (2014, p.317) como fase pré-analítica:

Nesta fase determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais (tratados no início ou levantados nesta etapa) que orientarão a análise.

As categorias temáticas levantadas foram:

- Conhecimentos gerais sobre os principais fundamentos da PNPS;
- Inferências sobre práticas de promoção da saúde, conforme os objetivos específicos e as diretrizes da PNPS;
- Motivação para trabalhar com promoção da saúde na ESF.

O tratamento dos conteúdos das categorias temáticas permitiu a construção da síntese e seleção dos resultados com posterior interpretação baseada no referencial teórico.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo buscou analisar a percepção dos enfermeiros da ESF em relação às práticas e saberes relacionados à PNPS. Para o alcance deste objetivo foi traçado inicialmente o perfil profissiográfico, seguido pela análise do conhecimento sobre a PNPS; identificação das ações de promoção da saúde praticadas por estes profissionais, segundo os objetivos específicos e diretrizes da PNPS e; as motivações em trabalhar a promoção da saúde.

### 5.1 Perfil Profissiográfico

O perfil profissiográfico dos enfermeiros da ESF do município em estudo está apresentado nas Tabelas 1, 2 e 3 a seguir, que foram desmembradas nos seguintes itens: caracterização do perfil (dados gerais), formação profissional e, dados profissionais; para melhor apresentação dos dados.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos enfermeiros da ESF, segundo sexo, estado civil e idade. Estes profissionais são prioritariamente do sexo feminino (94,8%), casados (44,8%), com idade entre 26 a 35 anos (76,3%).

Pesquisa de Rocha et al., (2009) em Goiânia-GO, traz dados semelhantes ao estudo aqui trabalhado ao demonstrar a predominância do enfermeiro ser do sexo feminino (97,9%), ser casado (50%) e com idade entre 31 a 40 anos (54,1%). Semelhantemente, Espíndola et al. (2011) investigaram o perfil dos profissionais de saúde da ESF de Anápolis-GO e comprovaram a predominância do sexo feminino entre os membros da EqSF e mais especificamente dos enfermeiros (96,8%).

**Tabela 1.** Caracterização dos Enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO, segundo sexo, estado civil e idade. Goiânia, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Gênero</b>	Feminino	36	94,8
	Masculino	02	5,2
	Total	38	100%
<b>Estado civil</b>	Casado	17	44,8
	Solteiro	13	34,2
	Divorciado	05	13
	Amasiado	02	5,3
	Viúvo	01	2,7
	Total	38	100%
<b>Idade</b>	20-25	03	7,9
	26-30	16	42,1
	31-35	13	34,2
	36-39	03	7,9
	Mais de 40	03	7,9
	Total	38	100%

Em um estudo mais ampliado, realizado sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, evidenciou que 85,1% dos membros da equipe de Enfermagem é predominantemente feminina, mas que a profissão tem se destacado com o aumento da presença de homens em sua composição (Machado et al., 2016a). Observa-se que a presença do sexo feminino tem sido demarcada nos levantamentos relativos ao trabalho na área da saúde e mais especificamente na ESF, o que demonstra ser uma característica comum da identidade profissional da Enfermagem.

A caracterização dos enfermeiros da ESF referentes à formação profissional está descrita na Tabela 2, que apresenta dados referente à tipo de instituição de graduação, tempo de formação e curso de pós-graduação.

Os enfermeiros da ESF do município majoritariamente (65,8%) graduaram-se em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas localizadas no estado de Goiás e possuem de 3 a 5 anos de formação (65,8%).

**Tabela 2.** Caracterização do perfil profissiográfico dos Enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO, segundo formação profissional. Goiânia, 2017.

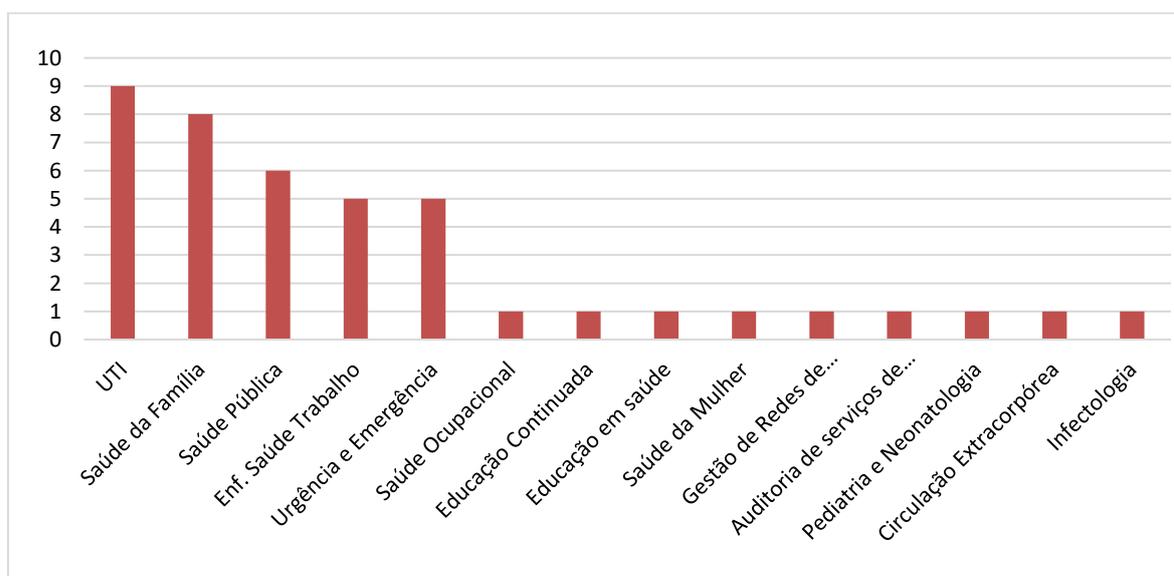
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Curso de graduação</b>	Enfermagem	38	100
	Total	38	100%
<b>Instituição de graduação</b>	PUC-GO	13	34,2
	UFG	11	29
	UNIVERSO	06	15,8
	UNIP	05	13,2
	Faculdade Padrão	01	2,6
	UFU	01	2,6
	UESPI	01	2,6
	Total	38	100%
<b>Tipo de Instituição de graduação</b>	Pública	13	34,2
	Privada	25	65,8
	Total	38	100%
<b>Tempo de formação</b>	1 a 2 anos	03	7,9
	3 a 5 anos	25	65,8
	6 a 10 anos	08	21,1
	Mais de 10 anos	02	5,2
	Total	38	100%
<b>Especialização</b>	Sim	27	71,1
	Não	11	28,9
	Total	38	100%
<b>Mestrado</b>	Sim	07	18,2
	Não	31	81,8
	Total	38	100%
<b>Doutorado</b>	Sim	01	2,6
	Não	37	97,4
	Total	38	100%
<b>Outro curso de graduação</b>	Sim	02	5,3
	Não	36	94,7
	Total	38	100%

Os dados convergem com a pesquisa nacional de Machado, et al. (2016b) que demonstrou que 37,8% dos enfermeiros possuem até 5 anos de conclusão da graduação e em sua maioria (57,4%) em IES privadas.

Nota-se que os enfermeiros do município em estudo são recém ingressos ao mercado de trabalho, comprovado pelo tempo de formação na graduação (até 5 anos), o que indica que os cursos oferecidos pelas IES possivelmente passaram por renovação de seus projetos pedagógicos propostos pelas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Brasil, 1996) que visam novo modelo de formação profissional generalista, com visão crítico-reflexivo focado na integralidade e coletividade, com ênfase no SUS.

Moreira; Dias (2015) afirmam que após a promulgação das DCN, novas políticas públicas específicas à formação profissional em saúde e relacionadas ao novo modelo assistencial, começaram a ser implantadas com foco na saúde coletiva, ampliando as ações de saúde visando a promoção da saúde. O que pode indicar que os enfermeiros passaram por processo de preparação ao enfrentamento das transformações na prática comunitária, especificamente na ESF e, no desenvolvimento de suas competências no exercício profissional de políticas públicas, como a PNPS.

Dentre os cursos de pós-graduação, houve predominância da modalidade *lato-sensu* com 71,1% (n=27) no qual os enfermeiros descreveram ter cursado, ou estar cursando, especialização. A distribuição desses cursos está apresentada na Figura 4. Vale destacar que alguns enfermeiros indicaram formação em mais de um curso de especialização.



**Figura 4.** Distribuição dos cursos de especialização dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO. Goiânia, 2017.

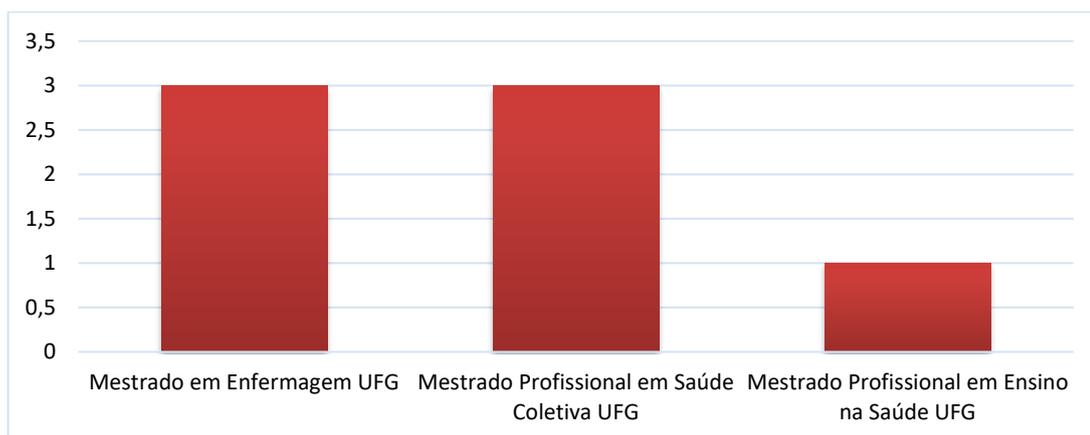
A área da saúde é um setor que permeia por diversas e constantes mudanças e avanços no conhecimento, sendo essencial que os enfermeiros se atualizem e complementem sua formação com o objetivo oferecer assistência de qualidade aos usuários da ESF.

Dentre os cursos de especialização citados pelos enfermeiros da ESF, nota-se procura por formação de cursos voltados ao SUS na AB: Saúde da Família, Saúde Pública, Educação Continuada, Saúde da Mulher, Educação em Saúde, Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Além de permitir a qualificação/formação dos enfermeiros da ESF, esses cursos potencializam as práticas de promoção da saúde, fortalecem a intersectorialidade e a participação social, além de torná-los aptos a compreender e propor abordagens assistenciais fundamentadas no SUS e essenciais ao trabalho na AB.

A pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil demonstrou que 80% dos enfermeiros fez, ou está fazendo alguma pós-graduação, prevalecendo (57,4%) cursos em IES privadas (Machado, et al., 2016b). É possível dizer também que a especialização, mesmo auto - financiada, acaba sendo a preferencial e mais acessível para os enfermeiros, tornando de grande relevância pública para o SUS, o que deveria merecer das autoridades, maior empenho no financiamento de oferta para este enorme contingente de profissionais de saúde (Machado et al., 2016b).

Neste estudo, 18,2% (n=7) dos enfermeiros mencionaram ter cursado, ou estar cursando, mestrado e 01 enfermeiro (2,6%) doutorado. Todos os cursos *stricto-sensu* foram realizados em IES pública e estão descritos na Figura 5. A modalidade *stricto-sensu* compreende programas de Mestrado e Doutorado abertos à candidatos diplomados em cursos superiores e que atendam às exigências das IES (art. 44, III, Lei nº 9.394/1996).

Dados semelhantes ao encontrado foram apresentados na pesquisa nacional do Perfil da Enfermagem no Brasil, que evidenciou que os enfermeiros cursaram mestrado em IES públicas e que, apesar da categoria “Mestrado Profissional” ser a mais recente (final da década de 1990) dentre todas as modalidades de pós-graduação *stricto-sensu* no Brasil, houve crescente representatividade por parte dos enfermeiros por esta formação (Machado et al., 2016b).



**Figura 5.** Distribuição dos cursos de Mestrado dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO. Goiânia, 2017.

A formação em Mestrado Profissional valoriza o enfermeiro por associar a pesquisa à prática profissional visando transformação da realidade do trabalho em saúde, além disso, a formação para o SUS de um profissional que está na ESF, torna-se relevante no processo de mudança na reorientação profissional no serviço de saúde, conforme proposto pela Carta de Ottawa, contribuindo na superação à formação tecnicista e pragmática, ainda prevalente na área da saúde.

Para Rocha e Zeitune (2007), analisar a realização de cursos de pós-graduação por enfermeiros da ESF, não significa considerar toda a competência deste fato, mas que esta formação se mostra importante, como uma oportunidade de qualificação não obtidos na graduação e que contribui de forma positiva na prática profissional.

Em relação ao tempo de atuação na Saúde da Família e vínculo empregatício, todos os Enfermeiros da ESF (n=38) afirmaram serem concursados e efetivos, trabalham apenas no município (73,7%), atuam na ESF (42,1%) e na mesma EqSF (39,4%) entre 1 a 2 anos. Esses dados estão apresentados na Tabela 3. É importante salientar que o município realizou concurso público na área da saúde no ano de 2013.

Os dados apresentados em Aparecida de Goiânia concordam com os apresentados na pesquisa nacional sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, a qual evidenciou que o setor público municipal agrega 39% do enfermeiros, sendo que 43,9% desses profissionais estão vinculados ao serviço pelo regime estatutário e, em sua maioria, declaram ter apenas um emprego (Machado et al., 2016c).

**Tabela 3.** Caracterização do perfil profissiográfico dos Enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO, segundo dados profissionais. Goiânia, 2017.

<b>Variável</b>	<b>Período</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de atuação na ESF</b>	Menos de 1 mês	0	0
	1 mês a 5 meses	03	7,8
	6 meses a 1 ano	05	13,2
	1 ano a 2 anos	16	42,1
	3 anos a 4 anos	06	15,8
	Mais de 5 anos	08	21,1
	Total	38	100%
<b>Tempo de atuação na atual ESF</b>	Menos de 1 mês	02	5,7
	1 mês a 5 meses	05	13,1
	6 meses a 1 ano	06	15,8
	1 ano a 2 anos	15	39,4
	3 anos a 4 anos	07	18,2
	Mais de 5 anos	03	7,8
	Total	38	100%
<b>Trabalha em outro local</b>	Sim	10	26,3
	Não	28	73,7
	Total	38	100%
<b>Tipo de vínculo empregatício com o município</b>	Efetivo (Estatutário)	38	100
	Total	38	100%

A importância do vínculo empregatício dos enfermeiros da ESF com o município favorece a confiança da comunidade com o serviço prestado e sua aceitação, possibilitando a continuidade das ações prestadas e o comprometimento dos profissionais de saúde com o serviço. Além disso, o vínculo impede a precarização do serviço prestado, fortalece a implementação da Saúde da Família e propicia a efetivação de práticas de promoção da saúde, atuando em consonância com os princípios e os valores do SUS e da PNPS. Esta estabilidade, a partir do vínculo empregatício, segundo Rocha e Zeitouné (2007), acarreta mudanças de

comportamento deste profissional, gera maior segurança, interesse e motivação ao trabalho realizado na ESF.

Traçar o perfil do enfermeiro da ESF auxilia na autopercepção do próprio profissional ao se apresentar quem é, ao identificar suas habilidades de formação técnica e, compor o indivíduo que está na prática laboral. Para o gestor público, conhecer o perfil de seus profissionais favorece a identificação de suas competências, correlacionando a formação com o local onde este está lotado, refletindo em melhorias assistenciais no dia a dia de trabalho. Além disso Machado et al. (2012) afirmam que a necessidade imperiosa de conhecer de forma sistemática a enfermagem, faz-se importante às entidades da corporação que os representam, à academia que formam esses profissionais e, ao governo nas devidas esferas gestão que os empregam.

Caracterizar o enfermeiro da ESF favorece no planejamento de projetos de educação permanente, desenvolvimento de ações baseadas nas necessidades reais desses profissionais dentro da intuição, auxilia no aprimoramento da qualificação e no processo de trabalho deste profissional, além de servir como parâmetro para possíveis processos seletivos direcionados às necessidades dos serviços (Rocha et al., 2009).

Para Rocha; Zeitoune (2007), determinar que é o enfermeiro da Saúde da Família contribui na discussão da prática de promoção da saúde na gestão dos serviços de saúde ao relacionar os recursos humanos com a qualificação da equipe; proporcionar que o profissional aproprie de suas necessidades de formação e educação permanente para a garantir de assistência de qualidade, de acordo com as necessidades da comunidade, ao proporcionar a efetivação das políticas públicas de saúde.

Por fim, o enfermeiro da ESF apresenta-se como um profissional prioritariamente do sexo feminino, casado, com idade entre com idade entre 26 a 35 anos, graduado em IES privada no Estado de Goiás, com 3 a 5 anos de formação, especialista em diversas áreas da saúde e que atua na mesma EqSF entre 1 a 2 anos.

A PNPS considera a articulação de saberes, potencialidades, experiências e o estabelecimento de vínculos dos profissionais no campo de atuação da promoção da saúde e, sendo a enfermagem uma profissão comprometida com o cuidado da vida e promotora de saúde, conforme os preceitos descritos na PNPS, torna-se relevante

determinar o perfil do enfermeiro da ESF afim de ampliar olhares sobre esse profissional, no âmbito da atenção e do cuidado em promoção da saúde.

## 5.2 Conhecimento em relação à PNPS

O conhecimento dos enfermeiros da ESF em relação à PNPS foi levantado por meio de dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos, apresentados na Tabela 4, foram aferidos pelas respostas referentes à auto percepção desses profissionais sobre a PNPS (frequência auto referida) e, os dados qualitativos, por meio da categorização, via análise do conteúdo.

Primeiramente, buscou-se analisar os conhecimentos gerais da PNPS com o seguinte questionamento: “*Quanto você diria que conhece da Política Nacional de Promoção da Saúde?*”, indicado em porcentagens de 0% a 100%. É importante ressaltar que em nenhum momento o instrumento de coletas indicou qual versão da PNPS estava em avaliação com o intuito de não induzir o participante.

A maioria dos enfermeiros 76,3% (n=29) afirmaram conhecer entre “50% a 75%” da PNPS. Nenhum profissional referiu conhecer integralmente a PNPS e 5,3% (n=02) afirmaram desconhecer esta Política.

**Tabela 4.** Conhecimento dos Enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia-GO em relação à PNPS. Goiânia, 2017.

Variável	Escala	n	%
Conhecimento em relação à PNPS	0%	2	5,3
	25%	7	18,4
	50%	18	47,4
	75%	11	28,9
	100%	0	0
	Total	38	100

Segundo Malta, Morais Neto, Silva, et al. (2016), para que uma política permaneça viva ela precisa ser conhecida e vista para além de algo absoluto e definitivo, mas como um dispositivo estratégico de intervenção. Essa afirmativa confirma com o indicado pelos enfermeiros deste estudo que asseguram conhecer parcialmente a

PNPS, o que possibilita à eles o reconhecimento e a adoção de ações de promoção da saúde.

Afim de compreender o conhecimento dos enfermeiros da sobre a PNPS, foi solicitado que respondessem a seguinte indagação: “*Para você, quais são os principais fundamentos da PNPS?*”.

A categorização dos conteúdos se deu conforme o conceito de promoção da saúde, apresentada nas abordagens de Silva-Arioli et al. (2013) sendo: Promoção da Saúde Behaviorista (PSB) e Nova Promoção da Saúde (NPS), descritos no Quadro 3. Vale ressaltar que ambas abordagens são diferentes, porém têm em comum a afirmação na determinação social do processo saúde-doença, a busca da superação do modelo biomédico e, o compromisso com a saúde enquanto direito da cidadania.

**Quadro 3.** Abordagens de promoção da saúde PSB e NPS, conforme Silva-Acioli, et al., 2013.

<b>Promoção da Saúde Behaviorista (PSB)</b>	<b>Nova Promoção da Saúde (NPS)</b>
• Modelo Preventivista	• Modelo <i>Empowerment</i> dos indivíduos
• Fundamentada no Informe Lalonde	• Princípios da Carta de Ottawa
• Mudança no estilo de vida	• Autonomia e singularidade dos sujeitos
• Foco na melhoria do ambiente (ações sanitárias) e diminuição dos riscos auto impostos	• Amplia o entendimento saúde – doença
• Saúde é o oposto de doença e doença é falta de cuidados	• Saúde é constituída por: políticas públicas e ambientes saudáveis; fortalecimento e desenvolvimento de ações comunitárias; reorientação dos serviços de saúde
<b>Abordagem de educação para a saúde</b>	
• Perspectiva pedagógica verticalizada	• Prática educativa transformadora, pautada no diálogo e na consciência crítica-reflexiva • Discussões Coletivas
• Influência sobre hábitos e comportamentos	• Transformação da realidade
• Profissional informa sobre o que é saudável	• Valorização do conhecimento popular
• Culpabilização dos sujeitos	• Subjetividade do sujeito coletivo
• Desconsidera o contexto político e histórico dos envolvidos	• Participação social

Como fundamentos da PNPS, entre os enfermeiros houve ênfase nos conhecimentos sobre a PNPS com respostas fundamentadas na NPS, com compreensão ampliada do processo saúde - doença e seus determinantes e, articulação de conhecimentos científicos e populares para seu enfrentamento, conforme pode ser observada com as seguintes afirmativas:

*“Promover a qualidade de vida e saúde, promoção de ações comunitárias, participação do usuário como agente principal do cuidado, promoção de estratégias de enfrentamento do processo saúde-doença, etc” (E.04)*

*“Atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Considera o indivíduo em sua dimensão global, sem perder de vista a sua singularidade” (E.13)*

*“Equidade, participação da população, acolhimento, respeito, igualdade social, proporcionar sempre o que de melhor a instituição possa promover” (E.17)*

*“Equidade como forma de reparar as diferenças existente e intersetorialidade como forma de abrangência das necessidades” (E.32)*

A abordagem da NPS, baseada nos princípios da Carta de Ottawa, é uma tendência que amplia as ações em saúde ao realizar a construção de debates interdisciplinares de uma consciência crítica sobre os problemas de saúde, ao buscar autonomia, fortalecimento, empoderamento (*empowerment*) e, as capacidades do indivíduo e comunidade, intervindo nas ações do Estado (Silva-Arioli, et al.; 2013). O enfermeiro da ESF ao indicar conhecimentos baseados na NPS pressupõe suas atribuições direcionadas ao coletivo, aos determinantes socioambientais e econômico-culturais, objetivando a equidade e os direitos sociais, coerentes com os princípios do SUS.

A versão atual da PNPS apresenta como objetivo geral “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2015, p. 09)”. Para Silva-Arioli, et al. (2013), a PNPS idealiza a compreensão que o estilo de pensamento da promoção em saúde deve priorizar a produção do conhecimento, das práticas e das políticas públicas por meio da construção e da gestão compartilhadas.

A PNPS traz maior aproximação com a NPS ao indicar avanços referentes às competências dos entes federativos, reconhecer o papel prioritário da ESF e da AB e,

a necessidade de melhor integração com os princípios e diretrizes da promoção da saúde e das ações públicas de proteção social (Brasil, 2015).

Alguns enfermeiros expressaram o que conheciam sobre a PNPS, apoiados na abordagem da PSB (promoção da saúde comportamental), que prevalece o modelo preventivista, com culpabilização dos sujeitos. Neste modelo, a comunidade assume a responsabilidade sobre os efeitos negativos de seus hábitos de vida e as ações de promoção da saúde são realizadas pelo enfermeiro da ESF sem considerar a subjetividade dos sujeitos, imposta por atitudes verticalizadas pelo profissional de saúde, conforme observado pelas seguintes afirmações:

*“Educação em saúde, mudança de hábitos, atenção médica hospitalar, água potável, esgoto, exercícios físicos, boa nutrição e alimentação, vigilância sanitária e Educação” (E.11)*

*“A PNPS se fundamenta na prevenção de fatores de risco, trazendo uma qualidade da assistência à saúde” (E.22)*

*“São os valores voltadas para prevenir doenças, identificando condutas adequadas à melhora da qualidade de vida, através da medicina preventiva” (E.38)*

Segundo Silva-Arioli et al.; (2013), a PSB faz referência à promoção da saúde fundamentada pelo Informe Lalonde, que considera aspectos da biologia humana, do ambiente, dos estilos de vida e da organização da atenção como princípios norteadores das intervenções em saúde, utilizando abordagem preventivista sobre os determinantes de saúde.

Em estudo realizado por Tesser et al. (2011), sobre concepções de promoção da saúde pelos profissionais da ESF, foi identificado que os participantes também apresentaram seus conhecimentos baseadas na PSB como alguns enfermeiros em Aparecida de Goiânia, ao identificarem como uma visão preventivista, centrada no comportamento e estilo de vida individual.

A discussão aqui conduzida nos permite dizer que o conhecimento referidos pelos protagonistas do estudo está apoiado no conceito ampliado de saúde, com reconhecimento do papel do usuário, fundamentados nos princípios do SUS e da PNPS, porém com algumas concepções ainda remetidas à ações de cunho preventivista, que embora importantes para o setor, não avançam para uma concepção positiva de saúde (Silva et al.; 2010).

É possível que essa visão ampliada da saúde coletiva na assistência na ESF, se dê pela recente formação dos profissionais (menos de cinco anos) com estímulo da inclusão do tema “promoção da saúde” nas grades curriculares e nos espaços de formação profissional. Costa; Miranda (2009) enfatizam que para consolidar a promoção da saúde na ESF e no SUS, é necessário que as IES modifiquem suas práticas pedagógicas, transformem a formação em saúde e garantam a preparação de profissionais comprometidos com a reconstrução do modelo assistencial, com vistas à integralidade da atenção e ao cuidado humano.

No entanto, é importante confrontar os saberes dos enfermeiros da ESF com as práticas de promoção da saúde por eles realizadas, determinadas pelos objetivos específicos e diretrizes da PNPS e, se essas são compatíveis com as informações aqui apresentadas.

### **5.3 Práticas em relação à PNPS**

As práticas de promoção da saúde realizadas pelos enfermeiros serão apresentadas por meio de dados quantitativos, com inferências de dados qualitativos obtidos da assertiva: *“Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação”*.

Para análise dos dados quantitativos, foram elaboradas perguntas com base nos objetivos específicos e diretrizes da PNPS, identificadas pela frequência auto referida das atividades desenvolvidas por cada enfermeiro na ESF, determinada por uma escala de cinco opções: Nunca (0%); Raramente (25%); Frequentemente (50%); Quase sempre (75%); Sempre (100%).

Esses dados estão apresentados em duas tabelas: frequência absoluta (Tabela 5) e frequência relativa (Tabela 6). A descrição completa das variáveis apresentadas nas Tabelas 5 e Tabela 6, encontra-se no Quadro 2, do capítulo de Metodologia.

**Tabela 5.** Frequência absoluta das práticas de promoção da saúde realizados pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, conforme os objetivos e as diretrizes da PNPS. Goiânia, 2017.

<b>Práticas segundo objetivos e diretrizes da PNPS</b>	Nunca (0%)	Raramente (25%)	Frequentemente (50%)	Quase sempre (75%)	Sempre (100%)
Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade	0	1	7	9	21
Contribui adoção de práticas sociais	4	4	8	17	5
Colabora para a mobilidade humana	7	4	8	12	7
Promove cultura da Paz	8	7	4	9	10
Proporciona desenvolvimento de espaços para produção social	9	7	14	6	2
Valoriza saberes populares e tradicionais	6	4	7	13	8
Promove empoderamento dos sujeitos e coletividade	2	6	11	11	8
Participa de Educação Permanente	1	3	6	11	17
Estabelece estratégias educação em saúde	4	1	7	15	11
Envolve-se em pesquisa	13	7	8	9	1
Envolve-se estratégias de inclusão e qualificação	9	5	8	11	5
Realiza discussões modo de consumo e produção	9	5	10	11	3
Proporciona cooperação e articulação intra/inter-setorial	7	3	11	9	8
Promove planejamento ações territorializadas	10	3	6	9	10
Incentiva gestão democrática e participativa	15	5	7	10	1
Apoia ampliação da governança	18	4	7	7	2
Atua em intervenção de promoção da saúde	6	1	10	13	8

**Tabela 6.** Frequência relativa das práticas de promoção da saúde realizados pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, conforme os objetivos e as diretrizes da PNPS. Goiânia, 2017.

<b>Práticas segundo objetivos e diretrizes da PNPS</b>	Nunca (0%)	Raramente (25%)	Frequente mente (50%)	Quase sempre (75%)	Sempre (100%)
Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade	0%	3%	18%	24%	55%
Contribui adoção de práticas sociais	11%	11%	21%	45%	13%
Colabora para a mobilidade humana	18%	11%	21%	32%	18%
Promove a cultura da Paz	21%	18%	11%	24%	26%
Proporciona desenvolvimento de espaços para produção social	24%	18%	37%	16%	5%
Valoriza saberes populares e tradicionais	16%	11%	18%	34%	21%
Promove empoderamento dos sujeitos e coletividade	5%	16%	29%	29%	21%
Participa de Educação Permanente	3%	8%	16%	29%	45%
Estabelece estratégias educação em saúde	11%	3%	18%	39%	29%
Envolve-se em pesquisa	34%	18%	21%	24%	3%
Envolve-se estratégias de inclusão e qualificação	24%	13%	21%	29%	13%
Realiza discussões modo de consumo e produção	24%	13%	26%	29%	8%
Proporciona cooperação e articulação intra/inter-setorial	18%	8%	29%	24%	21%
Promove planejamento ações territorializadas	26%	8%	16%	24%	26%
Incentiva gestão democrática e participativa	39%	13%	18%	26%	3%
Apoia ampliação da governança	47%	11%	18%	18%	5%
Atua em intervenção de promoção da saúde	16%	3%	26%	34%	21%

Foi estabelecido um ranking dos “Níveis de Sucesso” das práticas de promoção da saúde, segundo os objetivos específicos e as diretrizes da PNPS, realizadas pelos enfermeiros da ESF, categorizados em três grupos: Insucesso (nunca/quase nunca) para as práticas referidas como nunca ou quase nunca realizadas; Caso Frequente (frequentemente) para as atividades realizadas medianamente; Sucesso (quase sempre/sempre) para as ações realizadas com maior regularidade pelos profissionais. Esses dados estão apresentados na Tabela 7.

**Tabela 7.** Classificação dos “Níveis de Sucesso” das práticas dos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, conforme os objetivos e diretrizes da PNPS. Goiânia 2017.

<b>Práticas segundo objetivos e diretrizes da PNPS<sup>3</sup></b>	<b>Insucesso</b> (nunca/raramente)	<b>Caso frequente</b> (frequentemente)	<b>Sucesso</b> (quase sempre/ sempre)
Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade	3%	18%	79%
Contribui para adoção de práticas sociais	21%	21%	58%
Colabora para a mobilidade humana	29%	21%	50%
Promove a cultura da Paz	39%	11%	50%
Proporciona desenvolvimento de espaços para produção social	42%	37%	21%
Valoriza saberes populares e tradicionais	26%	18%	55%
Promove empoderamento dos sujeitos e coletividade	21%	29%	50%
Participa Educação Permanente	11%	16%	74%
Estabelece estratégias educação em saúde	13%	18%	68%
Envolve-se em pesquisa	53%	21%	26%
Envolve-se estratégias de inclusão e qualificação	37%	21%	42%
Realiza discussões modo de consumo e produção	37%	26%	37%
Proporciona cooperação e articulação intra/inter-setorial	26%	29%	45%
Promove planejamento ações territorializadas	34%	16%	50%
Incentiva gestão democrática e participativa	53%	18%	29%
Apoia ampliação da governança	58%	18%	24%
Atua em intervenção de promoção da saúde	18%	26%	55%

<sup>3</sup>A descrição completa das variáveis da Tabela 8 estão descritas no Quadro 2 do capítulo Metodologia

A Figura 6 representa o ranking dos “Níveis de Sucesso” categorizados segundo as variáveis dos objetivos específicos e diretrizes da PNPS, realizados pelos enfermeiros deste estudo.

SUCESSO (praticam)	CASO FREQUENTE	INSUCESSO (não praticam)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade</li> <li>• Contribui para adoção de práticas sociais</li> <li>• Valoriza saberes populares e tradicionais</li> <li>• Participa de Educação Permanente</li> <li>• Estabelece estratégias educação em saúde</li> <li>• Atua em intervenção de promoção da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a cultura da Paz</li> <li>• Promove empoderamento dos sujeitos e coletividade</li> <li>• Colabora para a mobilidade humana</li> <li>• Envolve-se em estratégias de inclusão e qualificação</li> <li>• Realiza discussões de modo de consumo e produção</li> <li>• Proporciona cooperação e articulação intra / intersetorial</li> <li>• Promove planejamento ações territorializadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoia ampliação da governança</li> <li>• Incentiva gestão democrática e participativa</li> <li>• Envolve-se em pesquisa</li> <li>• Proporciona desenvolvimento de espaços para produção social</li> </ul>

**Figura 6.** Ranking dos “Níveis de Sucesso” das práticas de promoção da saúde, realizadas pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia, segundo os objetivos e diretrizes da PNPS.

### Práticas de Sucesso

As “práticas de sucesso” foram determinadas pela frequência auto referida pelos enfermeiros quando questionados sobre as atividades de promoção da saúde realizadas no dia a dia do trabalho na ESF de Aparecida de Goiânia, caracterizada pelas opções “Quase sempre” e “Sempre”.

No item “*Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade*”<sup>4</sup> 79% dos enfermeiros afirmaram praticar “sempre” ou “quase sempre” essa ação na ESF. Desde a CF/88 e a instituição do SUS, um dos pilares da AB é o princípio da integralidade, que permite uma visão holística do sujeito ao considerar seu contexto histórico, sociocultural, político, familiar e ambiental. A Lei 8.080/90 traz que a integralidade da assistência é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde, com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no

<sup>4</sup> Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Saúde da Família

âmbito individual e coletivo abrangendo os diversos níveis que compõem o sistema (Brasil, 1990).

Pode-se dizer que integralidade da assistência é ao mesmo tempo individual e coletiva por conceber o conceito ampliado de saúde, identificar as necessidades dos sujeitos e da comunidade e, favorecer a promoção da saúde nos diversos campos de saberes. A visão integral do usuário pelo enfermeiro da ESF pode ser confirmada com as falas dos profissionais, quando indagados sobre como realizavam a integralidade do cuidado:

*“Incentivando a população (crianças, adultos, fumantes, mulheres, adolescentes, escolares, etc) para participar dos grupos (HiperDia, Tabagismo, CD, Bolsa Família) e unidades parceiras da UBS (academia da saúde, CRAS, NASF)” (E.19)*

*“Atendendo os pacientes (todas as idades) analisando todos os aspectos possíveis, nas consultas de enfermagem, nos grupos, nos outros atendimentos (procedimentos)” (E.22)*

A integralidade da assistência direciona a atuação do enfermeiro da ESF a desenvolver uma visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural da população, além de conhecer, compreender e considerar os determinantes e condicionantes como indicadores que ampliam ou reduzem as vulnerabilidades dos grupos populacionais (Gurgel et al., 2011).

Os enfermeiros referiram utilizar estratégias intersetoriais e interdisciplinares como instrumentos que possibilita a integralidade da assistência, em estudo realizado por Gurgel et al. (2011) com esse mesmo grupo de profissionais, também foi observado que as concepções de promoção da saúde foram ampliadas quando incluídas o enfoque de ações transdisciplinares e intersetoriais, que proporciona ao enfermeiro da ESF integração e vínculo entre a comunidade e a EqSF, além de despertar no profissional o interesse e conhecimento de suas potencialidades no trabalho.

A adoção de práticas sociais<sup>5</sup> e a valorização de saberes populares e tradicionais<sup>6</sup> foram referidos com 58% e 55% respectivamente, como “práticas de sucesso” realizadas pelos enfermeiros da ESF.

---

5 Contribui para adoção de práticas sociais e de saúde a fim de reduzir as desigualdades sociais, gênero, orientação sexual, étnico-raciais, culturais e de portadores de necessidades especiais

6 Valoriza saberes populares e tradicionais da comunidade e aprecia a realização de práticas integrativas e complementares na comunidade

Segundo a PNPS, a adoção de práticas sociais na saúde favorece a equidade e o controle social, princípios do SUS, proporcionando redução das desigualdades e respeitando as diferenças de classe social, gênero, orientação sexual, étnico-raciais, culturais e territoriais (Brasil, 2015). O enfermeiro da ESF que valoriza as práticas sociais tem olhar diferenciado à população por ele assistida ao contribuir na ampliação de ações de promoção da saúde, com consciência crítica sobre os problemas de saúde e, garantir a integralidade e individualidade do cuidado.

*“Estimulando todos os indivíduos a participarem conjuntamente, informando-os e desenvolvendo atividades de conscientização na UBS e comunidade” (E.20)*

*“Atendendo os desiguais de forma desigual (prioridade aos mais necessitados, estimulando os pacientes a se aceitarem quanto a orientação de gênero sexual e etc.) em todos os tipos de atendimentos” (E.22)*

*“Levantando temas como o processo saúde-doença, machismo, feminismo... com toda a comunidade: homens, mulheres, idosos” (E.09)*

De maneira semelhante, valorizar os saberes populares e tradicionais da comunidade e a realização de práticas integrativas e complementares na comunidade viabiliza a formação vínculo entre o conhecimento popular e o científico possibilitando maior aproximação da comunidade com os serviços de saúde, a EqSF e os profissionais nela atuante, de maneira especial os enfermeiros, na perspectiva da integralidade da assistência, visando respeito às diferenças e ao contexto sociocultural da população.

*“Reconhecendo os benefícios dos fitoterápicos com idosos na UBS” (E.09)*

*“Nos atendimentos procuramos mostrar que o paciente também tem saberes sobre seu estado de saúde e que ele sabe muito sobre como se cuidar, valorizamos isso!” (E.24)*

*“Escuta ativa do cliente quando relata algum tratamento alternativo, ou uso comum, principalmente nas visitas domiciliares à população com dificuldade de mobilidade, acamado, ferida crônica e durante o pré-natal, no grupo de gestantes com cuidados com coto umbilical” (E.19)*

No entanto, apesar de apontado como frequente, observa-se que essas práticas desempenhadas pelos enfermeiros da ESF, indicam experiências pontuais realizadas de maneira não sistematizada, uma vez nas discussões propostas pelas questões abertas do instrumento de coleta, muitos não manifestaram como de fato as exerciam, colocando em dúvida se realmente eram efetivadas.

Outros dois itens: Estabelece estratégias educação em saúde<sup>7</sup> (68%) e; atua em intervenção de promoção da saúde<sup>8</sup> (55%) foram ações indicadas como “Práticas de Sucesso” pelos enfermeiros da ESF.

*“Através de palestras e orientações aos usuários (grupos de saúde)”  
(E.36)*

*“Com educação em saúde, nas palestras, principalmente no grupo de gestante” (E.07)*

*“Com palestras e rodas de conversas com os funcionários e pacientes em geral na UBS” (E.27)*

*“Utilizando a educação popular em saúde como estratégia de ação”  
(E.09)*

Houve predomínio entre os enfermeiros da ESF o uso estratégias de educação em saúde baseadas na PSB, aplicando abordagens verticalizadas (palestras) onde o profissional informa sobre o que é saudável. Alguns indicaram utilizar de rodas de conversas como estratégia de educação em saúde e apenas um enfermeiro afirmou utilizar a educação popular como técnica pedagógica, o que pode assinalar mudanças na prática educativa, voltada à NPS, fundamentada no diálogo, na consciência crítica-reflexiva, incentivando discussões coletivas.

Associado à formação profissional e educação permanente<sup>9</sup>, 74% dos enfermeiros da ESF afirmaram que buscam a aprimoramento de práticas de promoção da saúde visando melhoria da assistência à saúde da comunidade. É importante ressaltar no que se refere à educação permanente em saúde, segundo Lemos (2016), esse conceito transcende o significado pedagógico pois visa a reestruturação dos serviços de saúde, utilizando de problematização e aprendizagem significativa como parâmetros da educação, com possibilidade de transformação do SUS diante das novas demandas do modelo.

As metodologias de ensino e formação profissional citadas pelos profissionais, ocorrem por meio de cursos da internet (canais de educação à distância (EaD)/ sites

---

7 Estabelece estratégias de educação em saúde direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis.

8 Atua na incorporação das intervenções de promoção da saúde, no modelo de atenção à saúde, no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.

9 Participa (como aluno(a)/formador(a)) de processos de educação permanente, capacitação ou formação profissional, específicos em promoção da saúde, incentivando o aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas.

científicos), meios acadêmicos (universidades/pós-graduações) e por capacitações dos gestores públicos (estado e município).

*“Participando como aluna de curso de aperfeiçoamento como formadora, em simpósios e congressos, capacitando a equipe que atuo” (E.25)*

*“Capacitação de câmaras técnicas de educação permanente em saúde da SMS, com foco sempre na promoção da saúde e participação de grupos de estudos na UFG” (E.09)*

*“Capacitações, cursos EaD e presenciais sobre atenção primária a saúde” (E.22)*

*“Participo como aluna para uma melhor formação profissional em cursos particulares ou disponibilizados pela Secretaria de Saúde, notícias da internet de atualização, site do COFEN/COREN, Ministério da Saúde” (E.18)*

Esse ideal de práticas voltadas ao conceito ampliado de saúde, visando a promoção em saúde, segundo Silva-Arioli et al. (2013), prioriza a produção do conhecimento e das práticas dos profissionais de saúde da ESF, proporcionando a implementação das políticas públicas. A ESF exige dos seus profissionais clareza dos seus limites de atuação, intervenção e habilidade para construção do vínculo, com responsabilização, qualificação e produção de saberes, como meios de superar o paradigma biologicista e buscar a promoção das ações voltadas para o cuidado, em atenção às novas e complexas necessidades de saúde da população (Costa; Miranda, 2009).

### **Caso Frequente**

Os casos frequentes de promoção da saúde foram os que apresentaram tendência mediana em comparação às demais práticas executadas pelos enfermeiros da ESF, indicando atividade realizada de modo intermediário na rotina desses profissionais.

A cultura da paz<sup>10</sup> foi uma das ações indicadas pelos enfermeiros como caso frequente na ESF do município em estudo. A PNPS refere que a cultura da paz (Brasil 2015, p.14) “consiste em criar oportunidades de convivência, solidariedade, respeito à vida e fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz”.

---

<sup>10</sup> Promove a cultura da paz na comunidade.

Para Milani (2003), promover a cultura de paz pressupõe trabalhar de forma integrada com justiça social, igualdade entre os sexos, eliminação do racismo, tolerância religiosa, respeito às minorias, educação universal, equilíbrio ecológico e liberdade política.

Na ESF, a realização de atividades em prol da cultura da paz tem encontrado espaço no Programa Saúde na Escola (PSE), cuja finalidade encontra-se em práticas de promoção da saúde orientados à formação, com projetos educativos direcionados à saúde do escolar que favorecem o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade escolar e proporciona a intersetorialidade. O PSE é resultado de uma parceria interministerial (Saúde e Educação) com o ideal de promover a saúde e a cultura da paz; articular ações de saúde e educação; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades do escolar; e incentivar a participação da comunidade na formação dos estudantes (Brasil, 2009).

Os enfermeiros da ESF referiram promover a cultura da paz com atividades do PSE nas instituições de ensino (Centro Municipal de Educação Infantil – CMEI e escolas públicas) localizadas no território de suas UBS.

*“Campanhas de combate à violência e promoção da paz na UBS e na escola municipal, principalmente com crianças e adolescentes (grupo), porém com todos quando oportuno durante as consultas, quando apropriado” (E.20)*

*“Atividades que discutem violência, uso de álcool e drogas, tráfico na comunidade, com adolescentes tanto na UBS quanto na escola” (E.09)*

*“Nas ações do PSE com palestras educativas realizadas na UBS quanto no CMEI” (E.12)*

Outros profissionais mencionaram não realizar ou realizar esporadicamente a promoção da cultura da paz.

*“Dentro das nossas possibilidades nas ações coletivas do bairro em geral” (E.24)*

*“Ainda não foi possível essa ação” (E.28)*

A cultura de paz propõe mudanças inspiradas em valores como justiça, diversidade, respeito e solidariedade, por parte de indivíduos, grupos, instituições e governos, ao viabilizar a redução dos níveis de violência através de intervenções fundamentadas

na educação e saúde, com participação popular e melhoria da qualidade de vida (MILANI, 2003).

Outra ação indicada pelos enfermeiros da ESF como ação mediana, foi a promoção de planejamento de ações territorializadas<sup>11</sup>. A territorialização é um dos eixos operacionais da PNPS, um dos princípios estruturantes da ESF e está incluída no princípio do SUS da regionalização, ao reconhecer a área de abrangência geográfica da ESF, favorecer a identificação da população adscrita na região e, oportunizar o fortalecimento de vínculos entre a comunidade e a EqSF. Além disso, realizar a territorialização possibilita que o enfermeiro determine outros locais de assistência além dos muros da UBS e desenvolva um olhar holístico sobre a população.

No município em estudo, alguns enfermeiros indicaram realizar essa ação de modo frequente, apontando como e onde a fazem:

*“Através da planificação e reuniões com a coordenação [municipal]” (E.35)*

*“Com o conhecimento do território e da área de abrangência realizado com todos os funcionários da unidade e os usuários” (E.36)*

*“Identificando junto com a equipe e comunidade aquelas pessoas que necessitam de maior apoio no território” (E.25)*

*“Planejamento anual, junto com a gestão local e equipe na UBS” (E.28)*

*“Nas reuniões com o representante do bairro na associação dos moradores da região” (E.30)*

É importante ressaltar que muitos enfermeiros responderam esta questão, porém omitiram como a realizavam. A efetivação do planejamento de ações territorializadas permite conhecer, durante o mapeamento das áreas e micro áreas, as condições de vida da população adscrita, devendo ser realizado em conjunto com os ACS e demais membros da EqSF, pois possibilita melhor visualização do espaço geográfico, político e social da ESF e a elaboração das ações de promoção da saúde.

A mobilidade urbana<sup>12</sup> foi uma atividade referida como mediana pelos enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia. O conceito de mobilidade urbana é bastante atual por

---

<sup>11</sup> Promove/participa do planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.

<sup>12</sup> Favorece/colabora para a mobilidade humana e a acessibilidade, promovendo o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável.

integrar ações inter e intrasetoriais relacionadas à cidades saudáveis, acessibilidade e trânsito seguro, e está inserida como um dos temas prioritários da PNPS (BRASIL, 2015).

No município em estudo, alguns enfermeiros referiram colaborar para a mobilidade urbana priorizando cuidados voltados à acessibilidade.

*“Facilitando o acesso do indivíduo ao serviço de saúde e promovendo ações na própria comunidade” (E.20)*

*“Agendando visitas domiciliares para pacientes com dificuldades de acesso à UBS, fornecendo cadeiras de rodas e priorizando o atendimento na UBS” (E.19)*

*“A unidade tem estrutura acessível para a população que a procura” (E.35)*

Observa-se que as ações voltadas à mobilidade urbana são incipientes, apesar de ser referida como prática mediana na rotina do serviço pelo enfermeiro da ESF, pois diversos profissionais assinalaram realizá-la, mas não indicaram como nem onde, permanecendo uma lacuna. Segundo a PNPS, está é uma ação que requer avanço na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito (Brasil, 2015).

O empoderamento dos sujeitos<sup>13</sup> e a promoção de discussões de modo de consumo e produção<sup>14</sup> serão discutidos em conjunto, uma vez que ambos incentivam a autonomia dos sujeitos coletivos.

O empoderamento (*empowerment*) é apontado como peça-chave para a promoção da saúde desde a Carta de Ottawa, compreendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem poder de escolha, opinião, influência e intervenção na implementação de fatores pessoais, socioeconômicos, ambientais que comprometem a saúde. A NPS compreende que a saúde seja constituída por fortalecimento e desenvolvimento de ações comunitárias utilizando abordagem que

---

<sup>13</sup> Promove o empoderamento, a capacidade para tomada de decisão, autonomia dos sujeitos e da coletividade, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e competências em promoção e defesa da saúde e da vida

<sup>14</sup> Realiza/participa de discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentam a vulnerabilidade e riscos à saúde.

favoreçam discussões coletivas, participação social e reconhecimento de valores populares.

A prática emancipatória sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito com a promoção da saúde, estabelece participação efetiva dos usuários/população, promove diálogo entre os profissionais da ESF e, desenvolve debates sobre determinantes do processo saúde-doença que interferem em seu adoecer e em seu ser saudável.

*“Com orientações sobre direitos e deveres dos usuários” (E.36)*

*“Orientando o usuário a buscar seus direitos na Coordenação da ESF, Secretaria de Saúde, Ministério Público, Ouvidoria” (E.19)*

*“Estimulando as pessoas a terem mais autonomia, valorizando-as e fortalecendo seu eu” (E.22)*

*“Sempre através de conversas, que seja informal, ou durante os grupos de gestante, hipertensos, idosos, na UBS” (E.31)*

*“Estímulo a participação do indivíduo e/ou comunidade na própria assistência, garantindo corretas informações, escutando o indivíduo nas consultas e práticas sociais na UBS ou comunidade” (E.20)*

*“Atividades com participação, trocas de experiências, reflexão na UBS/comunidade” (E.09)*

O empoderamento é uma prática que deve ser estimulada pelos enfermeiros da ESF, afim de incentivar os usuários seus direitos e deveres, produzir conhecimento em saúde que extrapole a racionalidade do discurso que enfoca somente a prevenção e a cura das doenças e, incentivar as medidas cabíveis de realizar o cuidado em saúde de acordo com a realidade individual (Horta et al.; 2009).

A inter e a intrassetorialidade são valores essenciais responsáveis à efetivação da PNPS. Assegurar a cooperação e articulação<sup>15</sup> dessas práticas, promovendo parcerias, assim como o estabelecimento de estratégias de inclusão e qualificação<sup>16</sup>, favorecem a ampliação da atuação da promoção da saúde na comunidade. Tais práticas indicaram frequência mediana pelos enfermeiros da ESF, possivelmente por

---

<sup>15</sup> Proporciona a cooperação e articulação intrassetorial e intersetorial a fim de ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde na comunidade.

<sup>16</sup> Envolve-se em estratégias de inclusão e a qualificação de atividades de promoção da saúde que proporcionam a equidade nos sistemas de informação e inquéritos, que permite análise, monitoramento, avaliação de suas ações.

que devem ser incentivadas pelos gestores públicos para maior implementação das suas ações.

*“Trabalhando em equipe com outros setores (NASF)” (E.22)*

*“Realizando parcerias com instituições no município na área adscrita (Assistência Social, Desenvolvimento Urbano, Educação)” (E.19)*

*“Envolvendo serviço de referência e contra – referência, NASF” (E.37)*

*“Estabelecendo vínculo, boa comunicação e parceria com outros setores, ações conjuntas, na UBS, escola municipal, comunidade, atenção especializada, lideranças na comunidade...” (E.20)*

*“Ações Intersetoriais (dia da mulher, dia do homem, festa junina) com a Educação, instituições religiosas, comércio, comunidade” (E.09)*

A PNPS aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas, participação social, movimentos populares e outros setores sociais, afim de fortalecê-la, por considerar que os demais setores e instituições são fundamentais para a produção de saúde e do seu cuidado (Brasil, 2015). A intersetorialidade e a intrassetorialidade possibilitam a articulação de diversos setores distintos em pensar a questão saúde, com corresponsabilidade de garantia de saúde como direito humano e cidadão, estimulando intervenções que a assegure, possibilitando a construção coletiva de saberes e fazeres entre os diversos setores envolvidos, na tentativa de produzir soluções inovadoras à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Estudo realizado por Horta et al. (2009) em relação à intersetorialidade, os profissionais da ESF afirmaram que as articulações intersetoriais eram centradas em referência e contra - referência, com tímidas experiências de construções de projetos conjuntos entre os possíveis setores.

Os enfermeiros da ESF utilizam destas ferramentas da RAS, articulando de maneira mediana, parcerias com NASF, escolas, comunidade, instituições religiosas objetivando a promoção da saúde.

### **Insucesso**

As atitudes de “*insucesso*” foram determinadas pela frequência das opções de “Nunca” e “Quase Nunca” referidas pelos enfermeiros das práticas de promoção da saúde realizadas eventualmente, ou não praticadas, na rotina do serviço na ESF .

A ampliação da governança em ações de promoção da saúde<sup>17</sup> e o incentivo à gestão democrática e participativa<sup>18</sup> foram indicadas respectivamente por 58% e 53% dos enfermeiros da ESF como práticas de “insucesso”. Porém alguns enfermeiros da ESF referiram realizá-la, mesmo que de maneira incipiente.

*“Estimulando os pacientes a participarem dos processos decisórios no conselho de saúde” (E.12)*

*“Participação de reuniões envolvendo meios políticos, vereadores na Câmara municipal” (E.19)*

*“Abordando o assunto, fazendo questionamentos em reuniões de equipe e Coordenação [municipal]” (E.22)*

Na saúde, a governança envolve um processos de tomada de decisão e controle que viabilizam a execução de políticas públicas com o estabelecimento e coordenação de metas, implementação, avaliação e ações, realizada pelos diversos atores participantes da RAS e de seus respectivos gestores, cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais (Almeida 2016; Peters 2013; Buss et al., 2012).

Esta prática direciona o desenvolvimento de ações de promoção da saúde pensadas a partir de situações locais, propostas pelos atores envolvidos (profissionais de saúde, comunidade, gestores locais), com o intuito de assegurar atuação intersetorial, interdisciplinar, avaliação e acompanhamento sistemático dos impactos da saúde dos territórios (Almeida 2016; Buss et al., 2012). A prática da governança e o incentivo à gestão participativa, são desafios constantes para todos na saúde (Peters, 2013), apoiá-los e/ou participar de discussões que visam a promoção da saúde, proporciona a efetivação de processos decisórios, estimulando a participação social e, fortalecendo vínculos entre a unidade de saúde, a comunidade e a gestão pública local.

O desenvolvimento de espaços destinados à produção social<sup>19</sup> foi indicada como prática de “Insucesso” por 42% dos enfermeiros. Esta prática permite a interação entre

---

17 Apoiar/Participar a ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.

18 Incentivar/Participar da gestão democrática, participativa e transparente a fim de fortalecer a participação, o controle social, a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e da sociedade civil.

19 Proporcionar/Colaborar para o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao bem viver e ao desenvolvimento humano).

o setor saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável para a produção social da saúde, ao promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, com o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários (cidades/municípios, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas) (Brasil, 2006a).

Atualmente, a Academia da Saúde é uma importante iniciativa que contribui na produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. O município em estudo possui duas unidades da Academia da Saúde. A PNPS propõe que esta ação seja implementada e incentivada pelos gestores públicos, com o ideal para favorecer a inter e intrassetorialidade, assim como a transdisciplinaridade, para um despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde e planejamento das práticas de promoção da saúde (Brasil, 2015).

A participação em pesquisas<sup>20</sup> foi indicada por 53% dos enfermeiros da ESF como prática de “Insucesso”, um limitado grupo (n=10) que referiram envolver-se com pesquisas e associaram com estudos realizados em pós-graduações e/ou em conjunto com alguma IES.

*“Realização do mestrado e disseminação do conhecimento na Universidade e na própria unidade” (E.27)*

*“Vínculos com instituições de ensino (UFG/UnB/COREN)” (E.28)*

*“Grupos de estudos e movimentos sociais ligados à saúde na UFG” (E.09)*

*“No momento, só na especialização” (E.17)*

*“Respondendo questões de pesquisas e promovendo pesquisas com parceria da Universidade” (E.12)*

*“No PMAQ” (E.13)*

Um profissional referiu o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), este programa propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, com o objetivo incentivar os gestores e equipes na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

---

<sup>20</sup> Envolve-se em pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos e experiências, que utilizem estratégias inovadoras que apoiem a tomada de decisão, autonomia, empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.

O envolvimento em pesquisas proporciona um olhar sobre os serviços de saúde, na implementação de políticas públicas, como a PNPS, no desenvolvimento de melhores maneiras e mais efetivas de proteger e promover a saúde, reduzindo iniquidades e reorientando as políticas de saúde no Brasil e, dificilmente se dará de forma aleatória sem a formação de parcerias. Barbosa (2010) afirma ser fundamental que o enfermeiro da ESF se envolva em pesquisas para favorecer melhor alicerces, avaliar criticamente a prática em relação aos achados dos estudos e, promover mudanças baseadas em evidências na rotina do trabalho.

A PNPS fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e nos preceitos do SUS. Visa o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e à qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde com referencial teórico da promoção da saúde e os resultados de suas práticas, desde a sua institucionalização (Brasil, 2015). Os objetivos e as diretrizes desta Política visam à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e, à afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da promoção da saúde.

Para se cumprir a PNPS é necessário a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, com articulação inter e intrasetorial, integrado em redes, considerando as necessidades em saúde da população em um determinado território (Brasil, 2015).

Por fim, os enfermeiros do estudo foram estimulados a comentar sobre os objetivos e diretrizes da PNPS no cotidiano do trabalho no município, com o seguinte questionamento: *“Outras considerações, que julgar pertinente ressaltar, sobre os objetivos e diretrizes da PNPS no cotidiano do trabalho na Estratégia Saúde da Família de Aparecida de Goiânia”*.

*“Temos muito a desenvolver ainda, fortalecer as UBS e o nosso trabalho. O enfermeiro tem além das suas funções relacionadas à saúde, um papel social importante e que deve ser valorizado. Devemos ser incluídos com mais frequência em decisões voltadas para a gestão, pois isso fortalece o vínculo entre SMS e profissionais, já que nós estamos em contato com a população” (E.24)*

*“Atuação dos gestores para difusão e devida implantação da PNPS; muito se fala e pouco se é colocado em prática” (E.03)*

*“Falta profissionais para desenvolver melhor as diretrizes da PNPS nas EqSF de Aparecida de Goiânia, os recursos humanos estão em déficit” (E.06)*

*“Ampliação das unidades e equipe para realização de cobertura completa; recursos humanos para a promoção de grupos de saúde” (E.32)*

*“Exploram poucos os serviços das UBS; cobram o básico; não incentivam [os profissionais]” (E.29)*

*“Escutar mais os trabalhadores da saúde” (E.33)*

*“A promoção da saúde é instrumento essencial na AB considerando o novo modelo de atenção. No entanto é pouco valorizado por profissionais, gestão, comunidade. O que dificulta ações com sustentabilidade. Difícil inserção da comunidade nos serviços, assim as ações são pontuais e os efeitos minimizados” (E.09)*

Nota-se certo dissabor desses profissionais por parte da gestão municipal devido à falta de recursos humanos eficiente, educação permanente ineficaz, desvalorização do enfermeiro da ESF e a não implementação dos preceitos da PNPS por parte da gestão pública, levantadas como pertinentes à efetivação desta política no cotidiano da ESF.

Para Fracolli et al. (2014), espera-se que o gestor municipal de saúde tenha perfil articulador que possibilite o alcance de resultados positivos ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e, esteja preparado à operacionalização de políticas públicas objetivando mudanças positivas na qualidade de vida da população.

Destaca-se a necessidade de promover uma educação permanente aos enfermeiros da ESF, promovida pela gestão municipal, calcada não apenas em questões que abrange a promoção de saúde, mas também aspectos relacionados às diretrizes e objetivos da PNPS, já que a própria política recomenda a implementação desta competência ao gestor local, com o intuito de motivar o profissional à trabalhar os diversos temas que envolvem a promoção da saúde a ESF.

#### **5.4 Motivação para trabalhar com promoção da saúde**

A motivação é compreendida como uma força propulsora cujas origens se encontram, na maior parte do tempo, escondidas no interior de cada indivíduo, também chamada de “motivação intrínseca” e se aplica às pessoas tanto para ações no trabalho, quanto fora dele (Rodrigues et al., 2014).

Identificar as motivações que impulsionam os enfermeiros da ESF trabalhar a promoção da saúde possibilita rever os modos como a PNPS mobiliza esses atores na busca da efetivação de sua prática.

A motivação humana é caracterizada por Bezerra et al. (2010) como um conjunto de fatores dinâmicos existentes na personalidade que determinam a conduta de cada um, associado a fatores como produtividade e qualidade no trabalho. Identificar os agentes motivacionais que impulsionam os enfermeiros a trabalhar a promoção da saúde na ESF torna-se fator essencial e determinante para melhor entendimento do cuidado em enfermagem com base nos preceitos da PNPS.

As motivações indicadas pelos enfermeiros da ESF para trabalhar com a promoção da saúde foram obtidas do questionamento: *“O que te motiva a trabalhar com promoção da saúde?”*.

*“Efetividade; resolubilidade; qualidade; corresponsabilidade; proximidade com a comunidade” (E.20)*

*“Acredito no SUS como política eficaz; autonomia do enfermeiro; relação equipe e comunidade muito forte” (E.24)*

*“Saber que posso gerar impacto positivo na situação de saúde da população do território em que atuo, quando desenvolvo ações de promoção da saúde” (E.25)*

A maioria dos enfermeiros afirmaram que se sentem motivados em trabalhar a promoção da saúde pela possibilidade de acompanhar os usuários, fomentado pela formação do vínculo e, por acreditar na ESF como estratégia que proporciona impacto na qualidade de saúde da população, com foco na integralidade da assistência, amadurecimento da mentalidade e dos costumes locais, proporcionado por mudanças na realidade.

A motivação é fruto da interação do indivíduo com meio ao qual está inserido, estimulado por fatores que envolve o alcance de resultados esperados de determinada ação, ou por sentimentos associados ao crescimento individual e reconhecimento profissional (Bezerra, et al., 2010).

Motivar-se com as intervenções de promoção da saúde, propostas pela PNPS, proporciona ao enfermeiro da ESF o reconhecimento da subjetividade das pessoas e dos coletivos, no processo de atenção e cuidado da saúde e da vida, promove o ideário da construção coletiva do bem comum para a promoção dos direitos humanos

fundamentais e redução das iniquidades e, propicia a efetivação de práticas de promoção da saúde, atuando em consonância com os princípios e os valores do SUS e da ESF.

É possível ainda que se questione: qual a importância de motivar os enfermeiros da ESF a trabalhar a promoção da saúde? Na rotina de trabalho o enfermeiro da ESF enfrenta diversos desafios para a efetivação da promoção da saúde, conforme apresentado com os “níveis de sucesso”, sendo imprescindível incentivos intrínsecos e extrínsecos que estimulem o profissional no enfrentamento dessas ações. Desta maneira, a motivação, juntamente com a competência profissional na resolução de problemas determinados do conhecimento teórico-prático, pode estimular os enfermeiros da ESF no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento na consolidação dos objetivos específicos e diretrizes da PNPS.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNPS foi instituída pelo MS em 2006 com o desafio da produzir saúde, qualificar práticas sanitárias, e expandir ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Essa política passa por ampla revisão e reformulação em 2015, com o intuito de ampliar a participação e capilaridade, sinalizar novos arranjos, boa governança e fomentar espaços de articulação inter e intrasetorial.

No mesmo ano da promulgação da PNPS, o MS estabelece a ESF como um modelo de reorientação da AB no SUS, articulada aos demais níveis de atenção do sistema de saúde, ao vislumbrar mudança do paradigma assistencial pela promoção da saúde, superar o modelo biomédico, comprometer-se com a saúde enquanto direito da cidadania e, propiciar práticas comprometidas com o fortalecimento da produção da saúde.

Dentre os profissionais que compõem a EqSF, o enfermeiro recebe a incumbência de implementar ações de redução de danos à saúde, influenciar o estilo de vida da comunidade e consolidar as práticas de promoção da saúde. Este estudo analisou a percepção deste profissional no município, com o intuito de investigar se as práticas discursivas, ou as ações decorridas pela linguagem implícitas na PNPS, viabilizavam mudanças necessárias na rotina da ESF.

Foi traçado inicialmente o perfil profissiográfico, seguido de avaliação do conhecimento sobre a PNPS; identificação das práticas de promoção da saúde, segundo os objetivos específicos e diretrizes da PNPS e; motivações dos enfermeiros da ESF em trabalhar a promoção da saúde. Os dados foram coletados utilizando questionário autoaplicável e individual.

Para que os enfermeiros promovam saúde, conforme os princípios da PNPS, torna-se relevante a caracterização do perfil deste profissional. Em Aparecida de Goiânia, o enfermeiro da ESF apresenta-se majoritariamente do sexo feminino, casado, com idade entre 26 a 35 anos, graduado em IES privada no Estado de Goiás, com 3 a 5 anos de formação, especialista em diversas áreas da saúde e que atua na mesma EqSF entre 1 a 2 anos.

Os enfermeiros da ESF afirmam conhecer entre 50% - 75% a PNPS. Ao serem indagados sobre o que conheciam sobre os princípios desta Política, foi possível

categorizar os conteúdos, conforme o conceito de promoção da saúde apresentada nas abordagens de Silva-Arioli et al. (2013): PSB e NPS. O que demonstrou que esses profissionais, de modo geral, estão apoiados no conceito ampliado de saúde, com reconhecimento do papel do usuário, fundamentados nos princípios do SUS e da PNPS, porém com algumas concepções ainda remetidas à ações de cunho preventivista, que embora importantes para o setor, não avançam para uma concepção positiva de saúde.

Ao indicar as práticas realizadas pelos enfermeiros na rotina da ESF, conforme os objetivos e as diretrizes da PNPS, observou ações distintas das propostas na Política, ora fundamentadas com a PSB, ora fundamentada com a NPS. Os enfermeiros atribuíram essa dificuldade de implementação da PNPS no cotidiano da ESF, à gestão municipal, indicado possíveis causas como: ineficiência de recursos humanos; educação permanente ineficaz e; desvalorização profissional. Porém afirmaram que se sentem motivados em trabalhar a promoção da saúde pela possibilidade de acompanhar os usuários, fomentado pela formação do vínculo e, por acreditar na ESF como estratégia de impacto na qualidade de saúde da população.

O uso do questionário proporcionou limitações ao estudo, ocasionado por várias perguntas abertas sem respostas, objetividade e subjetividade dos enfermeiros utilizando de terminologias gerais, sem ideal argumentação das questões pelos profissionais. Sugere novos estudos que aprofunde na avaliação sobre os conhecimentos e práticas da PNPS na ESF, suscitado pelas lacunas encontradas.

Este estudo faz uma reflexão sobre um cenário importante sobre o SUS, tencionando os gestores municipais e os enfermeiros da ESF a necessidade de trabalhar o conceito ampliado promoção da saúde, promover educação permanente aos enfermeiros da ESF, ancorado nos objetivos e as diretrizes da PNPS e; implementar parcerias e articulação intra e intersetoriais das RAS, numa perspectiva de integralidade da assistência, com foco na melhoria dos serviços de saúde e qualidade de vida da população, maior compreensão pelos profissionais dos preceitos desta política e participação social.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA L.L. A governança na região de saúde. **CONSENSUS - Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 6(21); 36-41, 2016.

AMARAL L.R.; OLIVEIRA M.A.D.; CARDOSO R.B.; ÁVILA S.P.A.R.; CARDOSO B.L.C. Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. **Revista FG Ciência**, 1(1): 01-21, 2011.

ARAÚJO V.S.; DIAS M.D.; BUSTORFF L.A.C.V. A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. **Revista Enfermagem Referência**, 5(3):7-17, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luiz Antero Reto & Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.

BARBOSA D. Importância da pesquisa clínica para a prática na área de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. 23(1); VII [editorial] São Paulo, 2010.

BEZERRA F.D.; ANDRADE M.F.C.; ANDRADE J.S.; VIEIRA M.J.; PIMENTEL D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem** [Internet]; 63(1): 33-37; 2010.

BRASIL, Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>]. Acesso em 18/09/2017.

\_\_\_\_\_, Casa Civil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: 19 de set. 1990. Disponível em: [[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)]. Acesso em 08/03/2017.

\_\_\_\_\_, Casa Civil. **Lei nº 9.394 de 20 de dez de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: 20 dez. 1996. Disponível em: [[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)]. Acesso em 08/03/2017.

\_\_\_\_\_, Câmara dos Deputados. Comissão de defesa do consumidor, meio ambiente e minorias. Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento. **Agenda 21**. Brasília-DF, 1995. Disponível em: [<http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/agenda21.pdf>]. Acesso em 21/09/2017.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: [[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)]. Acesso: 09/08/2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_, 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** (portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). Brasília: Ministério da Saúde: 2006b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. 2º. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: [[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2008\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf)]. Acesso em 25/09/2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008.** Estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da PNPS. 2008b. Disponível em: [[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0079\\_23\\_09\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0079_23_09_2008.html)] Acesso em 25/09/2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_, 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, 2012a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012. Conselho Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P.M. Uma introdução à promoção da saúde. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed rev. e amp. [Livro eletrônico] org.: por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. Rio de Janeiro, Ed. Fio Cruz; 2009.

BUSS P. M., CARVALHO A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

BUSS P. M.; MACHADO J. M. H.; GALLO E.; MAGALHÃES D. P.; SETTI A. F.F.; NETTO A. F. F.; BUSS D. F. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(6):1479-1491, 2012.

CARDOSO L.S.; CEZAR-VAZ M.R.; COSTA V.Z.; BONOW C.A.; ALMEIDA M.C.V. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**; 66(6): 928-34, 2013.

CASTRO A. M. **A institucionalização da Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde**. Boletim da Sub-região Brasil UIPES/ORLA Ano VII (10), setembro/2005. Disponível em: [<http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/boletim10.htm>]. Acesso em 21/09/2017.

CNDSS, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 18/2014 - Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 28 de outubro de 2014. Brasília-DF, 2014. Disponível em: [<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp->

content/uploads/2014/01/NT-18-2014-Politica-de-Promoção-da-Saúde.pdf]. Acesso em: 27/09.2017.

COSTA R.K.S.; MIRANDA F.A.N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**,6(3):503-517; 2009.

CRUZ, D. K. A. **Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006**. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Pública]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife,116p., 2010.

ESPÍNDOLA P.S., LEMOS C.L.S., REIS L.B.M. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, 24(4): 367-375, out./dez., 2011.

FAGUNDES L.G.S. Abordagens inovadoras em educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde: visão do profissional enfermeiro. **Revista APS**, jul/set; 14(3): 336-342, 2011.

FERREIRA J.R.; BUSS P.M. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. In: As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília: 2002.

FRACOLLI L. A.; GOMES M. F. P.; GRYSCHER A. L.F.P.L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 23(3): 919-27, 2014.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H.M. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** In: Giovanella, Lígia; Mendonça, Helena Magalhães de Mendonça. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GURGEL M.G.I.; MOURA E.R.F.; PINHEIRO P.N.C.; RÊGO R.M.V.; PASSOS M.L.L. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 15 (3):610-615, 2011.

HEIDMANN ITSB, ALMEIDA MCP, BOEHS AE, WOSNY AM, MONTICELLI M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**,15(2):352-8, 2006.

HORTA N.C., SENA R.R., SILVA M.E.O., OLIVEIRA S.R., REZENDE V.A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF; 62(4): 524-9, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE\_Cidades: GoiásAparecidadeGoiânia.** Disponível em: [http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=520140]. Acesso em 04/08/2017.

LAKATOS E.M.; MARCONI M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5º ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LEMOS C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva.** 21(3):913-922, 2016.

LOPES E.M.; ANJOS S.J.S.B.; PINHEIRO A.K.B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro; 17(2):273-7, 2009.

LOPES M.S.V.; SARAIVA K.R.O.; FERNANDES A.F.C.; XIMENES L.B. Análise do conceito de Promoção da Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, Jul-Set; 19(3): 461-8, 2010.

LUCCHESI R.; Políticas Públicas em Saúde Pública *in*: Informação para tomada de decisão em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO M.H., AGUIAR FILHO W., LACERDA W.F., OLIVEIRA E., LEMOS W., WERMELINGER M., VIEIRA M., SANTOS M.R., SOUZA JUNIOR P.B.; JUSTINO P., BARBOSA C. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**; 7 (esp): 09-14, 2016a

MACHADO M.H., AGUIAR FILHO W., LACERDA W.F., OLIVEIRA E., LEMOS W., WERMELINGER M., VIEIRA M., SANTOS M.R., SOUZA JUNIOR P.B.; JUSTINO P., BARBOSA C. Aspectos Gerais Da Formação Da Enfermagem: O Perfil da formação dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares. **Enfermagem em Foco**; 7 (esp): 15-34, 2016b.

MACHADO M.H., AGUIAR FILHO W., LACERDA W.F., OLIVEIRA E., LEMOS W., WERMELINGER M., VIEIRA M., SANTOS M.R., SOUZA JUNIOR P.B.; JUSTINO P., BARBOSA C. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco.** 7 (esp): 35-62, 2016c.

MACHADO M.H., VIEIRA A.L.S., OLIVEIRA E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**; 3(3): 119-122, 2012.

MALTA D. C.; SILVA M. M. A.; ALBUQUERQUE G. M.; LIMA C. M.; CAVALCANTE T.; JAIME P. C.; SILVA JÚNIOR J.B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4301-4311, 2014.

MALTA D.C.; MORAIS NETO O.L.; SILVA M.M.A.; ROCHA R.; CASTRO A.M.; REIS A.A.C.; AKERMAN M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016.

MASCARENHAS N.B.; MELO C.M.M.; FAGUNDES N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, nov-dez; 65(6): 991-9, 2012.

MENEZES A.G.M.P.; GOBBI D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **Revista O Mundo da Saúde**. 34(1):97-102, 2010.

MILANI, F. M. **Cultura de paz X Violências: Papel e desafios da escola**. Feizi M. Milani; Rita de Cássia Dias Pereira de Jesus (org.). Cultura de paz: estratégias, mapas e bússolas. Salvador: INPAZ, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo-SP. Hucitec, 2014.

MOREIRA C.O.F., DIAS M.A.S. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**; 40(3):300-305; 2015.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município: Aparecida de Goiânia/GO Competência: janeiro de 1998 a Dezembro de 2014**. Disponível em: [\[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php\]](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso em: 17/01/2015.

NUNES E. D. Henry Ernest Sigerist pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. **Educación médica y salud**. 26(1); 1992. Disponível em: [\[http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf\]](http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf). Acesso em: 15/02/2017.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**, p.: 459-492; in: Políticas e Sistema de saúde no Brasil. 2ªed. Revisada e ampliada, org.: Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Laura de Vasconcelos Costa Lobato et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PETERS B. G. O que é Governança? **Revista do TCU**. 28-33, Mai/Ago, 2013. Disponível em: [<http://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/87/85>] Acesso em 23/11/2017.

POPE C.; MAYS N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo, 2ª Ed. Porto Alegre; Artmed, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA, Secretaria Extraordinária de assuntos da habitação. **Plano local de habitação de interesse social metodologia diagnóstico habitacional estratégia de ação**. Aparecida de Goiânia, julho/2010. Disponível em: [<http://aparecida.go.gov.br/documentos/outros/plhis-%20apc-%20publicacao.pdf>]. Acesso em: 06/07/2017.

ROCHA B.S.; MUNARI D.B.; BEZERRA A.L.Q.; MELO L.K.A. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; 17(2):229-33, 2009.

ROCHA D. G.; ALEXANDRE V.P.; MARCELO V.C.; REZENDE R.; NOGUEIRA J. D.; SÁ R. F. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4313-4322, 2014.

ROCHA F.C.V.; CARVALHO C.M.R.G.; FIGUEIREDO M.L.F.; CALDAS C.P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; 19(2):186-91. 2011.

ROCHA J.B.B.; ZEITOUNE R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar; 15(1):46-52. 2007.

RODRIGUES C.C.; RIBEIRO K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 10(2): 235-255, 2012.

RODRIGUES W. A.; REIS NETO M.T.; GONÇALVES FILHO C. As influências na motivação para o trabalho em ambientes com metas e recompensas: um estudo no setor público. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro 48(1):253-73, jan./fev. 2014.

SASAKI A. K., RIBEIRO M. P. D. S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**.8(28):155-63, 2013.

SILVA A. C. M. A.; VILLAR. M. A. M.; CARDOSO M. H. C. A.; WUILLAUME S. M. A. Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo-SP, 19(1): 159-169, 2010.

SILVA K. L.; SENA R. R.; GRILLO M.J.C.; HORTA N. C.; PRADO P.M.C. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF; jan-fev; 62(1): 86-91; 2009.

SILVA K. L.; SENA R. R.; GRILLO M.J.C.; HORTA N. C. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 14(2): 368-376, 2010.

SILVA, M. T. A importância do debate da Promoção da Saúde para o Serviço Social. **Revista Conexões Gerais (CRESS-MG)**. 3(1): p. 22-27, 2015.

SILVA-ARIOLI I.N.; SCHNEIDER D.R., BARBOSA T.M.; DA ROS M.A. Promoção e Educação em Saúde: Uma Análise Epistemológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**; 33 (3), 672 – 687, 2013.

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

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente In: **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [livro eletrônico]. Org.: por Carmen Fontes Teixeira e Jorge Pereira Solla. Salvador: Editora EDUFBA. ISBN 85-232-0400-8; 2006.

TESSER C.D.; GARCIA A.V.; VENDRUSCOLO C.; ARGENTA C.E. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para Políticas de Promoção da Saúde e Educação Permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4295-306, 2011.

VILLELA L.C.M., GALASTRO E.P., FREITAS M.E.A., SANTOS M.S.G., NOTARO K.A.M. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. **Enfermagem em Foco**. 2(4):248-250, 2011.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O ENFERMEIRO E A PRÁTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Anna Paula de Mendonça Barros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58902716.5.0000.5083

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.775.577

#### Apresentação do Projeto:

O estudo será de cunho qualitativo utilizando uma abordagem descritivo-exploratória. A pesquisa será realizada a partir de um processo de trabalho, seguindo as etapas a seguir: Levantamento bibliográfico, com o reconhecimento do assunto pertinente ao tema em estudo. A coleta dos dados em dois momentos: primeiramente utilizando questionário auto-aplicável com perguntas estruturadas relativas às questões norteadoras previamente estabelecidas para este estudo com os Enfermeiros da ESF do município de Aparecida de Goiânia – GO e posteriormente com a realização de entrevista individualizada com 10-15% do público inicial. Os participantes da pesquisa são Enfermeiros que estão devidamente atuando na ESF do município de Aparecida de Goiânia – Goiás que concordaram participar do estudo, após assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que consta com 54 enfermeiros atuando na Saúde da Família. O estudo proporcionará subsídios importantes aos gestores municipais sobre a percepção do Enfermeiro da ESF acerca da qualidade da assistência realizada na comunidade, através da descrição de suas ações, indicando fatores de comprometimento deste profissional à uma assistência promotora de saúde, analisando a percepção dos Enfermeiros sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde.

#### Objetivo Da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em relação às suas ações de promoção da saúde na comunidade, conforme os temas prioritários proposto pela Política Nacional de Promoção da Saúde.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar as ações prioritárias de promoção da saúde, segundo a PNPS, realizadas pelo Enfermeiro da ESF do município de Aparecida de Goiânia.
- Diagnosticar a existência entre a situação real e a desejável, como previsto na PNPS, na atuação dos Enfermeiros da ESF.
- Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde realizadas pelos Enfermeiros da ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Os participantes serão esclarecidos e pormenorizados sobre as finalidades do estudo (objetivos, métodos, benefícios previstos), sobre potenciais riscos e os incômodos que possam acarretar aos participantes e que as informações coletadas serão confidenciais e da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.

**Benefícios:**

Os participantes serão esclarecidos e pormenorizados sobre as finalidades do estudo (objetivos, métodos, benefícios previstos), sobre potenciais riscos e os incômodos que possam acarretar aos participantes e que as informações coletadas serão confidenciais e da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa**

A pesquisa tem relevância e os pesquisadores apresentam condições adequadas para o desenvolvimento desta. Apresentaram roteiro de entrevista adequado. Critério de Inclusão:

Serão incluídos os enfermeiros da ESF do Município de Aparecida de Goiânia. Estes serão esclarecidos e pormenorizados sobre as finalidades do estudo (objetivos, métodos, benefícios previstos), sobre potenciais riscos e os incômodos que possam acarretar aos participantes e que as informações coletadas serão confidenciais e da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos da amostra os profissionais que estiverem de férias ou licença por qualquer natureza no período da coleta dos dados.

**Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória:**

Apresentaram os termos de anuência, de compromisso conforme as exigências da resolução vigente. Coleta dos dados novembro a dezembro de 2016.

TCLE adequadamente corrigidos, estão de forma clara e direta ao entendimento do participante. Garantem o direito à indenização em caso de danos advindos da pesquisa e garantem o sigilo do participante.

**Conclusões ou pendências e lista de inadequações:**

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste comitê.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP- UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para março de 2017.



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_703018.pdf	14/10/2016 17:10:16		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_APMB_MPSC_UFG.pdf	14/10/2016 17:09:42	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE3_TCLE_ENTREVISTA.pdf	14/10/2016 17:09:22	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE2_TCLE_QUESTIONARIO.pdf	14/10/2016 17:09:07	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_UFG_AnnaPaula.pdf	18/08/2016 21:03:20	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	18/08/2016 21:02:08	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito

Continuação do Parecer: 1.775.577

Projeto Detalhado /Brochura Investigador	PROJETO_PESQ_ANNAPAUULA_ATUAL.pdf	18/08/2016 21:00:47	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE5_carta_anuencia.pdf	12/08/2016 18:08:00	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Outros	APENDICE4_RoteiroENTREVISTAS.pdf	12/08/2016 18:07:19	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Outros	certidao_ata_mpsc_ufg.pdf	12/08/2016 17:55:00	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	12/08/2016 17:54:04	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_DraFabiana.pdf	12/08/2016 17:47:38	Anna Paula de Mendonça Barros	Aceito

Situação Do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 14 de outubro de 2016

Assinado por: João Batista de Souza (Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

**Anexo 2 – Termo de Anuência – Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia-GO**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia autoriza a execução da pesquisa intitulada "O enfermeiro e a prática da promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família", com os profissionais atuantes neste município, coordenada pela servidora Anna Paula de Mendonça Barros (pesquisadora responsável), desenvolvida em conjunto com as pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Cristiane Lopes Simão Lemos (orientadora) e Dr<sup>a</sup> Fabiana da Cunha Saddi (co-orientadora), a qual está vinculada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, obedecendo a Resolução CNS nº. 466/2012. A coleta de dados acontecerá na Escola Municipal de Saúde Pública de Aparecida de Goiânia no segundo semestre de 2016.

Declaramos ciência de que nossa instituição é co-participante da presente pesquisa uma vez que o produto final contribuirá para o conhecimento da assistência prestada na ESF deste município e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Aparecida de Goiânia, 01 de agosto de 2016.

  
**Vânia Cristina Rodrigues Oliveira**  
Secretária Municipal de Saúde

  
**Elivaine Souza Moreira**  
Diretora de Atenção a Saúde

  
**Érica Lopes Rocha**  
Coord. Estratégia de Saúde da Família

## APÊNDICE

### Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “O enfermeiro e a prática da promoção à saúde na Estratégia de Saúde da Família”. Meu nome é Anna Paula de Mendonça Barros, sou Enfermeira, servidora pública municipal e pesquisadora responsável, juntamente com as pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Cristiane Lopes Simão Lemos e Dr<sup>a</sup> Fabiana da Cunha Saddi. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outro pertence à pesquisadora responsável.

Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado(a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, pessoalmente, via e-mail ([annapaula.2706@gmail.com](mailto:annapaula.2706@gmail.com)) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s): (62) 99233.1549 ou (62) 3297.2806. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215.

A pesquisa possui como objetivo analisar a visão dos Enfermeiros da ESF de Aparecida de Goiânia em relação às práticas e saberes dos objetivos e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Para a realização da pesquisa será realizado a aplicação de um questionário auto preenchido pelo participante. Sua participação é importante e necessária para o desenvolvimento desta pesquisa, porém sua cooperação é voluntária. Aplicaremos à você um questionário semiestruturado que levará cerca de 20 a 30 minutos para ser respondido integralmente. O questionário tem perguntas sobre os conhecimentos e práticas de promoção da saúde do Enfermeiro da ESF na comunidade, conforme os objetivos e as diretrizes da PNPS.

Garantimos à você que a pesquisa não acarretará em nenhum tipo de ônus próprio ou para a instituição ao participar do estudo e não haverá nenhum procedimento, intervenção ou tratamento complementar. Toda pesquisa tem seu risco e essa poderá gerar desconforto à você por se tratar de um questionário com perguntas abertas e fechadas, assim você se retirar da pesquisa, ou não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo, constrangimento ou penalidade, em qualquer momento da pesquisa que se sentir lesado, com direito a indenização oportuna conforme necessidade.

Sendo um participante voluntário, você receberá um auxílio para locomoção, caso houver esta necessidade. Todas as informações prestadas são confidenciais e para fins de divulgação serão utilizados nomes fictícios, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos, sendo que as informações coletadas serão utilizadas apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, a qualquer momento junto ao Comitê de Ética ou com as pesquisadoras participantes.

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito (a) sob o RG/CPF nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “O enfermeiro e a prática da promoção à saúde na Estratégia de Saúde da Família”, descrito acima. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Anna Paula de Mendonça Barros, responsável pela pesquisa, sobre os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação neste projeto de pesquisa.

Aparecida de Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

## Apêndice 2 - Questionário

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Horário Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Equipe nº: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

### **I – PERFIL DO (A) ENFERMEIRO (A)**

#### **Caracterização**

I.1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

I.2. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Amasiado ( ) Outro

I.3. Idade: \_\_\_\_\_

#### **Dados de formação**

I.4. Curso de graduação: \_\_\_\_\_

I.5. Nome da instituição de graduação: \_\_\_\_\_

I.6. Instituição que se graduou: ( ) Pública ( ) Privada

I.7. Tempo de formação: \_\_\_\_\_

#### **Curso de pós-graduação**

I.8. Especialização. ( ) Sim ( ) Não. Nome \_\_\_\_\_;

I.9. Mestrado. ( ) Sim ( ) Não. Nome: \_\_\_\_\_

I.10. Doutorado. ( ) Sim ( ) Não. Nome: \_\_\_\_\_

I.11. Outros. ( ) Sim ( ) Não. Nome: \_\_\_\_\_

I.12. Outro curso de graduação? ( ) Sim ( ) Não. Nome: \_\_\_\_\_

#### **Dados profissionais**

I.13. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

I.14. Tempo de atuação na atual equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_\_

I.15. Possui outro trabalho além deste? Sim ( ) Não ( ) Onde: \_\_\_\_\_

I.16. Vínculo empregatício: ( ) Credenciado ( ) Comissionado ( ) Efetivo (Estatutário)

( ) Efetivo (CLT) ( ) Outro \_\_\_\_\_

I.17. Quais profissionais compõem sua equipe de Saúde da Família?

( ) Médico ( ) Odontólogo ( ) Tec. Enfermagem ( ) ACS ( ) ACD ( ) Outros:

I.18. O que motivou trabalhar na ESF?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I.19. O que te motiva a trabalhar com a Promoção da Saúde?

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

**II – CONHECIMENTO GERAL EM RELAÇÃO À POLÍTICA NACIONAL  
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)**

II.1. (C) – Quanto você diria que conhece da Política Nacional de Promoção da Saúde?

()0%    ()25%    ()50%    ()75%    ()100%

II.2. (C) - Para você, quais são os principais fundamentos da PNPS?

---



---



---

**III – PRÁTICAS EM RELAÇÃO À PNPS**

**III (P) – As questões a seguir são fundamentadas nas diretrizes e objetivos específicos da PNPS. Assinale com “X” a alternativa que melhor corresponde à sua experiência na Estratégia de Saúde da Família**

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
<b>Questão I</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.1a. Estimula a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Saúde da Família					
III.1b Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão II</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.2a. Contribui para adoção de práticas sociais e de saúde a fim de reduzir as desigualdades sociais, gênero, orientação sexual, étnico-raciais, culturais e de portadores de necessidades especiais.					
III.2b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão III</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.3a. Favorece/colabora para a mobilidade humana e a acessibilidade, promovendo o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável.					
III.3b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão IV</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.4a. Promove a cultura da paz na comunidade.					
III.4b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					

<b>Questão V</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.5a. Proporciona/Colabora para o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao bem viver e ao desenvolvimento humano.					
III.5b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão VI</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.6a. Valoriza saberes populares e tradicionais da comunidade e aprecia a realização de práticas integrativas e complementares na comunidade.					
III.6b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão VII</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.7a. Promove o empoderamento, a capacidade para tomada de decisão, autonomia dos sujeitos e da coletividade, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e competências em promoção e defesa da saúde e da vida.					
III.7b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão VIII</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.8a. Participa ( <i>como aluno(a)/formador(a)</i> ) de processos de educação permanente, capacitação ou formação profissional, específicos em promoção da saúde, incentivando o aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas					
III.8b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão IX</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.9a. Estabelece estratégias de educação em saúde direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis.					
III.9b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão X</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.10a. Envolve-se em pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos e experiências, que utilizem estratégias inovadoras que apoiem a tomada de decisão, autonomia, empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.					
III.10b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____					

Outras ações: _____					
<b>Questão XI</b>					
	0%	25%	50%	75%	100%
III.11a. Envolve-se em estratégias de inclusão e a qualificação de atividades de promoção da saúde que proporcionam a equidade nos sistemas de informação e inquéritos, que permite análise, monitoramento, avaliação de suas ações.					
III.11b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão XII</b>					
	0%	25%	50%	75%	100%
III.12a. Realiza/participa discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflitos com os princípios e valores da promoção da saúde, e que aumentam vulnerabilidades e riscos à saúde.					
III.12b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão XIII</b>					
	0%	25%	50%	75%	100%
III.13a. Proporciona a cooperação e articulação intrasetorial e intersetorial a fim de ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde na comunidade.					
III.13b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Setor (es): _____					
<b>Questão XIV</b>					
	0%	25%	50%	75%	100%
III.14a. Promove/participa do planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.					
III.14b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão XV</b>					
	0%	25%	50%	75%	100%
III.15a. Incentiva/participa da gestão democrática, participativa e transparente a fim de fortalecer a participação, o controle social, a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e da sociedade civil.					
III.15b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____ Onde: _____ Com que público: _____ Outras ações: _____					
<b>Questão XVI</b>					
	0%	25%	50%	75%	100%
III.16a. Apoiar/Participa a ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.					
III.16b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como: _____					

Onde: \_\_\_\_\_  
 Com que público: \_\_\_\_\_  
 Outras ações: \_\_\_\_\_

<b>Questão XVII</b>	0%	25%	50%	75%	100%
III.17a Atua na incorporação das intervenções de promoção da saúde, no modelo de atenção à saúde, no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.					
III.17b. Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação. Como (no cotidiano da UBS): _____ Onde (no cotidiano da UBS): _____ Com que público (no cotidiano da UBS): _____ Outro: _____					
III.17c Fale um pouco sobre como, onde e com que público você realiza esta ação Como (nas ações intersetoriais): _____ Onde (nas ações intersetoriais): _____ Com que público (nas ações intersetoriais): _____ Outro: _____					

II.3 (C). Outras considerações, que julgar pertinente ressaltar, sobre aos objetivos e diretrizes da PNPS, no cotidiano do trabalho na Estratégia Saúde da Família de Aparecida de Goiânia.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_