



# PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

THAÍS SEVERINO DA SILVA  
FABIO FORTUNATO BRASIL DE CARVALHO

## ■ INTRODUÇÃO

Para abordar a temática que nomeia este artigo, é necessário, inicialmente, pontuar sobre qual promoção da saúde se está falando. Existe mais de uma? Existem promoções da saúde?

Quando se destaca a necessidade de definir a promoção da saúde da qual se fala, o que se quer debater é que, conforme apontou Carvalho,<sup>1</sup> a promoção da saúde tornou-se uma espécie de “bandeira branca” para tornar o que se fala sobre saúde aceitável e desejável, presente no discurso tanto de trabalhadores da saúde quanto de profissionais de outras áreas, o que é amplamente aceito no senso comum.

Será apresentada, então, a perspectiva crítica de promoção da saúde que, conforme será evidenciado ao longo do texto, busca transformações sociais pela maior participação dos sujeitos e das coletividades nas questões ligadas à saúde, o que levaria a melhorias nas condições de vida.

É necessário abordar também a Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da desconstrução, conforme Cecílio,<sup>2</sup> de um modelo que anteriormente se apresentava como piramidal, no qual uma ampla base onde estaria localizado um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela APS a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura teria por responsabilidade ser a “porta de entrada” que daria acesso a outros serviços situados em níveis superiores, com maior complexidade tecnológica.

“APS” e “Atenção Básica à Saúde” (ABS) podem ser considerados termos sinônimos no contexto apresentado neste artigo.



Segundo Cecílio,<sup>2</sup> a realidade circular de modelo de atenção permite que se entenda a possibilidade de entrada do usuário no sistema de saúde por diferentes pontos da rede, assim como outros serviços de diferentes setores (por exemplo, escola, creche, quartel, centros de assistência social, etc.) que possuem potencial de acolhida das pessoas e grande intersecção com saúde.



O destino do usuário tende a ser o serviço de saúde mais próximo de sua casa. Assim, o papel da APS deve ser fundamentado no reconhecimento da situação de saúde de sua população adstrita e na atuação ativa frente à realidade encontrada. Deve ter como escopo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o tratamento e a reabilitação. E deve ter como princípios e diretrizes garantir o acesso universal e equitativo da população de seu território, com vínculo, responsabilização e longitudinalidade do cuidado (cuidado ao longo do tempo), com a participação dos usuários e da coordenação na integralidade do cuidado na rede assistencial de cuidados. Isso será abordado a partir da análise da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Há, em geral, a compreensão de que a APS constitui local oportuno e de grande potencial para a realização de ações de promoção da saúde que privilegiam a autonomia dos sujeitos, e que suas ações devem objetivar superar o modelo de saúde reducionista e curativista ainda vigente.<sup>3</sup> Pretende-se avançar nessa questão no presente artigo.

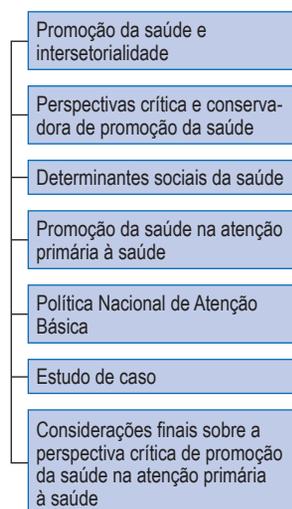
Os trabalhadores da saúde na APS planejam e realizam as ações de promoção da saúde, e é necessário que acreditem na potencialidade dela a fim de melhorar e mudar as condições de saúde de indivíduos e coletividades. É principalmente para esses trabalhadores que serão tecidas algumas considerações sobre a APS e sua operacionalização a partir da perspectiva crítica de promoção da saúde.

## ■ OBJETIVOS

Após a leitura deste artigo, o leitor será capaz de:

- identificar as distintas formas de conceituar e operacionalizar a promoção da saúde;
- identificar as principais características da promoção da saúde na APS;
- apresentar a possibilidade de construção da perspectiva crítica de promoção da saúde no processo de trabalho cotidiano da APS.

## ■ ESQUEMA CONCEITUAL





## ■ PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

O primeiro aspecto que será abordado trata da polissemia que a expressão “promoção da saúde” representa, já que falar em promoção da saúde pode envolver diferentes teorias, conceitos, princípios e estratégias de intervenção; assim, não compreende uma formulação uniforme ou livre de contradições internas.<sup>4</sup>

Para se entender o surgimento da polissemia de “promoção da saúde”, faz-se necessário um resgate histórico. A relação entre saúde e condições de vida foi estabelecida no final do século XVIII, e desde então ela está, em maior ou em menor grau, nas **concepções e práticas de saúde pública**. Tal relação foi estabelecida quando o processo de urbanização e industrialização que ocorreu na Europa foi acompanhado de um aumento de epidemias.

Sigerist, em 1945, utilizou o termo “**promoção da saúde**” quando definiu algumas funções da medicina.<sup>3</sup> Na década de 1980, o discurso sociossanitário, não só no Brasil, incorporou e defendeu o **direito universal à saúde**, o **controle social** e a **busca da equidade**.

No Brasil, em 1986, a promoção da saúde foi institucionalizada por meio da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, e da posterior promulgação da **Constituição Cidadã**.<sup>5</sup> É importante esclarecer que no mesmo ano em que ocorria essa Conferência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizava em Ottawa, no Canadá, a **primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, a qual teve como produto final a **Carta de Ottawa**, documento que deu início à promoção da saúde como um ideário.



O Brasil não participou da formulação da Carta de Ottawa, ela foi alvo de críticas por, em alguns momentos, apresentar a promoção da saúde pairando acima dos problemas e conflitos sociais, ou ainda por encobrir a relação conflituosa entre os diferentes grupos e classes sociais.<sup>6</sup>

Em análise posterior, foi possível afirmar que **as ideias da Carta de Ottawa se aproximavam do que foi debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde**, e que foram incorporadas na Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, no Sistema Único de Saúde (SUS). Foi dado destaque para a concordância de **fatores que influenciam na saúde de indivíduos e coletividades**:

- alimentação;
- moradia;
- saneamento básico;
- meio ambiente;
- trabalho;
- renda;
- educação;
- transporte;
- lazer;
- acesso aos bens e serviços essenciais.



As diferentes interpretações da Carta de Ottawa remetem tanto à polissemia quanto ao desafio de aproximar os programas e as ações de promoção da saúde à concepção crítica.



O artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi alterado em 2013 pela **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**, em que foi acrescida a **atividade física**, assumindo, então, a seguinte redação:<sup>7</sup>

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Um conceito que necessariamente deve ser abordado é o da **intersectorialidade**. Isso porque a complexidade das questões relacionadas à saúde que surgem na APS mostra a **impossibilidade de apenas o setor saúde conseguir ser efetivo para a garantia da saúde como direito**, tal qual está previsto no texto constitucional.



Intersectorialidade significa a articulação de saberes e experiências com o objetivo de dar soluções sinérgicas a problemas complexos com o objetivo de planejar a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos.<sup>8</sup> Outra definição é encontrada na Política Nacional de Promoção da Saúde:<sup>9</sup> “articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”.



É possível concluir que a busca e a promoção de mudanças nas condições de vida e de saúde da população mediante a visão integrada dos complexos problemas sociais da atualidade é o principal objetivo da intersectorialidade. Isso requer a inclusão de vários atores sociais e seus olhares, além da interação das diversas políticas sociais por meio de medidas multidisciplinares.<sup>1</sup>

Não há dúvidas da grande importância de **ações intersectoriais** para a promoção da saúde, mas é importante destacar a complexidade dessas ações. Diversos autores abordaram as **dificuldades existentes**, entre as quais se destacam:

- a inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersectoriais;<sup>10</sup>
- a necessária mudança nas formas de atuação, na operação política e na gestão das instituições e das pessoas que a integram;<sup>10</sup>
- as rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas dentro de cada setor;<sup>4,11,12</sup>
- os baixos níveis de adesão ao diálogo e à pactuação de agenda.<sup>13</sup>



As ações intersectoriais apresentam um caráter individual próprio, construído de maneira gradual e histórica,<sup>14</sup> e caberá aos atores sociais e às instituições envolvidas buscar uma conformação que favoreça o alcance dos objetivos previstos. Para Bodstein e Zancan,<sup>15</sup> a mobilização e a participação tanto dos trabalhadores quanto dos beneficiários para a implantação de ações intersectoriais é essencial.

Embora a intersectorialidade seja importante para o desenvolvimento da perspectiva crítica de promoção da saúde, os desafios representados pela constituição de ações intersectoriais não devem impossibilitar ações que almejem melhoras nas condições de saúde e de vida de sujeitos e coletividades na APS. Ou seja, ainda que não seja possível a articulação com outros setores num determinado momento ou situação, ou que os outros setores não estejam desenvolvidos conforme o necessário para a garantia da saúde integral, é possível **planejar e operacionalizar ações de promoção da saúde no cotidiano dos profissionais de saúde**.



O trabalhador da saúde que está na Unidade Básica de Saúde (UBS), seja ela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou não, no Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), no polo do Programa Academia da Saúde, ou ainda em qualquer programa ou ação de saúde vinculada à APS, deve aproveitar o **conhecimento do território**, a **identificação de suas potencialidades**, o **vínculo**, entre outros fatores, para buscar fazer dessas ações o ponto de partida para a promoção de saúde, lembrando de não perder de vista o objetivo da articulação entre os setores.

Não se trata de uma "visão romântica" do papel do trabalhador da saúde da APS, pois sabe-se das muitas dificuldades que podem ocorrer em sua atuação profissional. O que se quer destacar é que também podem existir muitas potencialidades, e que pequenas iniciativas podem alcançar resultados expressivos para os sujeitos e as coletividades que fazem parte da comunidade adstrita.

A promoção da saúde pode ter um microcampo de intervenção/ação, até mesmo individual, que parte da **visão dos atores sociais** pautada em **ações voltadas a potencializar a saúde e a autonomia de um sujeito**.



Deve-se esclarecer que não se está falando de mudança de comportamento, pura e simplesmente, baseada na divulgação de informações científicas ou da determinação de um trabalhador da saúde, questão que será aprofundada no decorrer do artigo.<sup>2</sup> O que se quer aqui é destacar também a possibilidade de agir sobre o sujeito não individualizando a questão que envolve sua condição de saúde/doença e não o culpabilizando quando ele não adota determinada conduta ligada à saúde.

Inegavelmente, será necessário aumentar as opções de modos de vida saudável para sujeitos e coletividades. Isso ocorre quando existem mudanças nas **condições** e no **contexto de vida** do sujeito e da sua coletividade; essas mudanças são sociais, econômicas, culturais e políticas.

Há também a necessidade de abordar algumas questões que estão fora da governabilidade do setor saúde: é possível pensar no **saneamento básico** como exemplo; apesar do trabalhador e dos serviços de saúde da APS não poderem atuar diretamente, deve-se participar das mudanças necessárias por se tratar de um importante Determinante Social da Saúde (DSS). A participação pode ser efetivada por meio de **fóruns pertinentes**, como nos conselhos de saúde ou nos **espaços institucionais compartilhados com diferentes setores**.



## ATIVIDADE

1. Assinale a alternativa correta com relação ao histórico da promoção da saúde.
  - A) O termo "promoção da saúde" foi utilizado pela primeira vez em 1986, na Primeira Conferência Internacional de Saúde.
  - B) A Carta de Otawa foi alvo de críticas por encobrir os conflitos entre diferentes grupos e classes sociais e por apresentar a promoção da saúde pairando acima dos problemas e conflitos sociais.
  - C) Formulada por diversos países, incluindo o Brasil, a Carta de Ottawa foi o documento que deu início à promoção da saúde como um ideário.
  - D) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

*Resposta no final do artigo*





2. No âmbito da promoção da saúde, o que significa intersetorialidade? Qual é o principal objetivo da intersetorialidade em saúde?

.....  
.....  
.....  
.....

3. O desenvolvimento de uma articulação interssetorial é complexo e, nesse sentido, é INCORRETO afirmar que

- A) deve haver mais diretrizes que sirvam de referência para a prática da intersetorialidade.
- B) esse desenvolvimento depende de mudanças mais estruturantes na visão, desde a gestão até a prática dos atores envolvidos.
- C) as estruturas internas de cada setor não podem ser alteradas, sob o risco de perderem sua identidade no processo interssetorial, pois esse processo exige limites e definições claras de cada setor.
- D) deve haver um esforço para a garantia de agenda e diálogo dos diferentes setores envolvidos.

*Resposta no final do artigo*

## ■ PERSPECTIVAS CRÍTICA E CONSERVADORA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para Ferreira,<sup>6</sup> é necessário clareza sobre como a promoção da saúde, segundo ele “**ideário que pode se prestar a perspectivas tanto conservadoras quanto críticas**”, vem sendo compreendida e desenvolvida no SUS. Diversos autores já abordaram a questão<sup>16-22</sup> e, de forma geral, apresentam duas principais vertentes.

Na primeira vertente de como vem sendo compreendida a promoção da saúde, há um **enfoque individual** a partir de **comportamentos saudáveis** que seriam adotados pelos sujeitos, a partir da divulgação de informações “científicas” tanto pelos meios de comunicação em massa quanto por profissionais e serviços de saúde, independentemente do contexto de vida. Com isso, espera-se uma **redução de gastos em saúde**, já que os sujeitos se tornariam mais saudáveis e menos doentes.

Na segunda vertente, buscam-se **transformações sociais** por meio de uma maior **participação dos sujeitos e das coletividades nas questões ligadas à saúde**, tanto num nível micro como em questões ligadas ao **estilo de vida**, entendido aqui como as opções possíveis para cada sujeito, quanto num nível macro, referente às questões ligadas ao ambiente, ao trabalho, aos serviços de saúde e de educação, entre outros.

A participação dos sujeitos e das coletividades nas questões ligadas à saúde seria baseada em maior **capacidade crítica de análise das questões que envolvem a saúde, em especial, em seu sentido amplo** e, assim, tais transformações sociais refletiriam melhorias nas condições de vida e de saúde.





Czeresnia<sup>23</sup> utiliza os termos “perspectivas conservadoras e progressistas”, já Farinatti e Ferreira<sup>24</sup> utilizaram as denominações “perspectivas conservadoras e críticas”.

Há ainda a **prevenção**. Para Czeresnia,<sup>23</sup> ela estrutura-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. Já para Palma e colaboradores,<sup>19</sup> o objetivo da prevenção seria a redução dos fatores de risco e de adoecimento, e sua ênfase é na prática clínica, preventiva, e na reabilitação. É possível afirmar que a prevenção se aproxima da **perspectiva conservadora de promoção da saúde**.



Pode-se constatar que a perspectiva crítica da promoção da saúde é eminentemente uma forma de prevenir doenças e agravos à saúde, já que, ao buscarem-se melhores condições de vida e saúde, busca-se também que as pessoas adoçam menos e, quando isso ocorrer, que existam menos repercussões ou sequelas. O contrário pode não ser verdadeiro, uma ação de prevenção de uma determinada doença pode não ter entre seus objetivos as mudanças nas condições de vida daqueles sujeitos e coletividades, o que é mais comum.

Para Carvalho,<sup>25</sup> necessariamente haverá **mudanças individuais** para que sujeitos e coletivos alcancem gradações cada vez maiores de saúde, contudo as mudanças comportamentais viriam associadas a **mudanças no contexto socioeconômico e cultural**. Assim, pode haver uma **complementaridade entre as concepções de promoção da saúde** apresentadas.



É possível distinguir didaticamente os conceitos, mas a promoção da saúde e a prevenção perpassam a atuação do trabalhador da saúde na APS, sendo transversais às práticas de saúde desenvolvidas. Não há limites rígidos entre eles e não há porque prescindir dessas formas de atenção à saúde.<sup>26</sup>

A autora<sup>26</sup> sugere que **a clínica incorpore o social e o subjetivo**, assim como que **a saúde pública/promoção da saúde atue com o auxílio da clínica**, e defende ainda que a principal diferença entre elas é a ênfase com que serão utilizadas.

## ■ DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A compreensão da determinação social da saúde é o que embasa, em grande parte, a perspectiva crítica de promoção da saúde.



Os DSS são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.<sup>27</sup>



As condições sociais interferem substancialmente nas condições de saúde, o que pode parecer óbvio, mas a concepção ainda hegemônica de saúde costuma desconsiderar tal fato, ou só lembrar disso no âmbito do discurso. Além disso, o lugar na estrutura social que sujeitos e coletividades ocupam é também um fator importante para que ocorram iniquidades em saúde, ou seja, ainda que vivam numa mesma comunidade, os sujeitos podem estar expostos a DSS distintos.



A partir da compreensão da imbricação dos DSS com as condições de vida e de saúde de sujeitos e coletividades, é possível traçar **estratégias e projetos terapêuticos mais próximos da sua realidade**. Para ilustrar essa questão, eis algumas indagações que o trabalhador da saúde da APS precisa ter sempre em mente durante sua atuação profissional:

- quais são as reais condições de um sujeito ou coletivo para adotar as recomendações terapêuticas sugeridas?
- de que forma essas recomendações terapêuticas vão interagir com a história de vida, crenças, gostos e opções dele(s)?



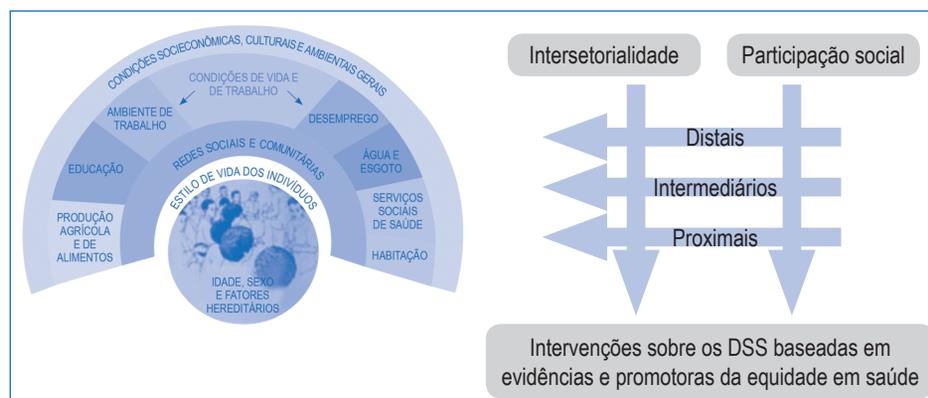
Para avançar na questão, pode-se pensar em uma doença crônica não transmissível (DCNT) na qual a alimentação saudável, as práticas corporais e as atividades físicas são importantes ferramentas terapêuticas. Afirmar que o sujeito precisa começar a caminhar e comer menos sal ou doce (açúcar) é suficiente? Tais condutas dependem apenas de uma decisão individual, só da vontade dos sujeitos? Ainda mais, são simples de serem adotadas, independentemente do contexto de vida deles?

É importante retomar a afirmação de que **pequenas iniciativas podem alcançar resultados expressivos para os sujeitos e as coletividades**, isso porque os DSS não devem fazer o trabalhador da saúde incorrer num imobilismo, já que tem pouca governabilidade sobre eles. Também é necessário ressaltar, mais uma vez, a importância da **intersectorialidade** e de não se perder de vista a sua busca quando ela não for possível no momento ou na situação, isso porque os DSS não devem fazer o trabalhador da APS incorrer num imobilismo, já que, podem ter pouca governabilidade sobre eles.



A "equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade",<sup>28</sup> e com isso ressalta-se a importância da mobilização da APS em levantar questões e lutar por soluções com os gestores e trabalhadores da saúde e de outros setores, com os sujeitos e coletividades (sejam eles usuários ou não dos serviços de saúde da APS), com outras instituições públicas ou privadas.

A Figura 1 apresenta os diferentes DSS.



**Figura 1 – DSS.**  
Fonte: Brasil (2008).<sup>29</sup>



## ■ PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS constitui-se, no âmbito da atenção à saúde, o ponto de atenção da rede do SUS que está mais próxima dos cidadãos, em suas residências, locais de trabalho e lazer. Possui **profissionais que trabalham de forma interdisciplinar em UBS**, incluindo UBS fluviais, no formato tradicional ou em equipes de saúde da família (EqSFs), nos NASFs, nos polos do Programa Academia da Saúde, ou ainda em outras equipes, como o Consultório na Rua. Há também a atuação da APS desempenhada de forma articulada com outros setores, como no caso do Programa Saúde na Escola (PSE). Esses profissionais são, muitas vezes, a **única referência do Estado para as pessoas em seu cotidiano**.

A APS sente diretamente impactos em seu trabalho diário em razão da complexidade de fatores que influenciam a saúde, o bem-estar e a vida das pessoas, assim como **“tem maior poder de compreensão da dinâmica social por estar próxima à comunidade”**.<sup>3</sup> Essas afirmativas evidenciam a diversidade e a complexidade que envolve a APS e seus serviços.



Em seu trabalho, contínuo e responsabilizado pela situação sanitária da população adstrita, os profissionais convivem não apenas com situações agudas ou críticas de saúde, mas com todos os aspectos que influenciam no processo de saúde e doença e devem ser alvos de ação para as mudanças das condições locais de saúde. Nesse sentido, o significado da palavra “resolubilidade” na APS torna-se mais amplo, pois não se restringe ao processo de curar e de “dar alta a um paciente”, mas, sim, abrange a conquista de melhores níveis de saúde, a mudança do perfil epidemiológico e a garantia de bem-estar da comunidade à qual presta atenção à saúde de forma permanente e não pontual.

Como potencialidades que estão ocorrendo na APS, é possível citar os casos de Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), e Rio de Janeiro (RJ), que, ao aumentarem a cobertura da APS, diminuíram consideravelmente o número de atendimentos e internações na rede hospitalar. Ou ainda, as experiências exitosas<sup>4</sup> que estão ocorrendo no Programa Academia da Saúde em Mâncio Lima (AC), Rio Claro (RJ), Recife (PE), que conseguiram envolver grande parte da população em ações de promoção da saúde e produção do cuidado. Tais experiências foram apresentadas no II Seminário Nacional e na I Mostra de Práticas do Programa Academia da Saúde, realizados de 5 a 7 de fevereiro de 2014 em Brasília (DF).

Chagas e Vasconcellos<sup>30</sup> apontaram, entretanto, algumas **fragilidades das UBSs em um dado contexto e local**, apresentadas aqui por se tratar de questões que também podem ocorrer em outros locais:

- recursos humanos não qualificados;
- desorganização do processo de trabalho nos aspectos assistenciais, gerenciais e organizacionais;
- trabalho das EqSFs centrado na figura do médico e no atendimento curativo;
- organização do processo de trabalho de forma individual e fragmentada, dificultando o trabalho em equipe.

Um fator que merece destaque na contextualização supracitada é a existência, ainda forte, da concepção hegemônica de saúde, assentada na **centralidade do modelo médico-assistencial e hospitalocêntrico**,<sup>31</sup> o que leva a muitas distorções na luta constante pela consolidação do SUS. Nesse modelo, privilegia-se a **“escuta clínica”**, em que o foco são as queixas e as intervenções são pontuais, pouco resolutivas e sem a construção de vínculo.<sup>28</sup>





## ATIVIDADE

---

4. Sobre a diferença entre a perspectiva crítica e a perspectiva conservadora de promoção da saúde, é possível afirmar que
- A) as pessoas devem adotar hábitos saudáveis, mas, para que isso ocorra, é necessário que elas recebam as orientações dadas pelos profissionais de saúde.
  - B) o sistema de saúde terá menos custos quando as atitudes individuais forem adotadas de forma que cada um obtenha mais saúde e menos doenças.
  - C) a promoção da saúde deve contar com a participação dos sujeitos para que obtenham conhecimento e reivindiquem a garantia de seus direitos, a fim de que tenham oportunidade de escolha de um melhor modo de viver, condizente com as condições de saúde desejadas.
  - D) a prevenção se aproxima da perspectiva conservadora de promoção da saúde, mas seus limites são claros: a promoção da saúde só atua para a melhoria da qualidade de vida e bem estar, enquanto a prevenção visa a agir de forma a evitar ou minimizar os agravos e doenças.

*Resposta no final do artigo*

5. Analisando as características da perspectiva crítica e da perspectiva conservadora de promoção da saúde, pode-se dizer que elas são complementares, ou o profissional de saúde deve, necessariamente, optar por apenas uma delas?

.....

.....

.....

.....

6. Entre as alternativas a seguir, qual é a que menos fundamenta uma APS com maior resolubilidade?
- A) Recursos humanos qualificados.
  - B) Trabalho que objetive a cura dos agravos referidos pela comunidade.
  - C) Processo de trabalho organizado.
  - D) Compreensão da dinâmica social do território.

*Resposta no final do artigo*



7. Em relação aos DSS, compreende-se que
- A) eles são importantes, pois interferem nas condições de saúde, mas independem do lugar em que os sujeitos e coletividades estão situados na estrutura social.
  - B) projetos terapêuticos devem ser construídos “com” e não “para o usuário”, de forma que o profissional de saúde apoie o autocuidado, considerando os DSS.
  - C) os menos privilegiados economicamente tendem a sofrer maiores impactos dos DSS quando comparados aos ricos.
  - D) eles são muito importantes, mas não interferem na adesão dos sujeitos e das coletividades às recomendações terapêuticas prescritas.

*Resposta no final do artigo*

## ■ POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Nesta seção, serão apresentados e discutidos, de forma sucinta, a PNAB para, na conclusão do artigo, relacionar a APS com o que já foi apresentado sobre a perspectiva crítica de promoção da saúde. Segundo essa política,<sup>32</sup> o texto normativo que atualmente rege a APS no Brasil, ela caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”.<sup>32</sup> A partir daí, é possível confirmar a **amplitude, a complexidade e a importância de seus serviços, ações de saúde e, é claro, de seus trabalhadores.**

Nesta seção, utiliza-se o termo “Atenção Básica” por se tratar do nome oficial da política.



Segundo a PNAB, para impactar na situação de saúde e na autonomia de sujeitos e coletividades e nos DSS, o objetivo da APS é desenvolver uma atenção integral, assumindo responsabilidade sanitária sobre uma população e um território definidos, levando em conta a dinamicidade desse território e utilizando o trabalho em equipe,<sup>30</sup> logo transdisciplinar e multiprofissional. É importante destacar que, ao considerar os sujeitos, coletividades e o território em suas singularidades e características sociais e culturais, a APS busca consolidar os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Na atualidade, há um esforço para a reorientação do modelo assistencial com foco na ESF para superar a já citada concepção hegemônica de saúde. As EqSFs integram a APS, assim, opta-se por falar das **características gerais da APS**. A APS possui extrema importância nesse processo ao operar, entre outros fatores, a partir:

- da compreensão da saúde como direito e produção social;
- da correta proporção entre a ação coletiva e individual, entre o apoio para a adoção de condutas ligadas à saúde e a compreensão dos DSS nesse processo;
- da articulação com os demais pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- do trabalho transdisciplinar em equipe multiprofissional;
- do estímulo à participação social.





As RAS são os arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.<sup>3</sup> É uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde e aperfeiçoar o funcionamento do SUS, visando a assegurar o cuidado integral ao usuário.<sup>3</sup>



Quando se analisa o papel da APS nas RAS, ela deve ser a principal porta de entrada, ordenadora dessa rede, sendo assim o contato preferencial de sujeitos e coletividades com os serviços de saúde. Isso não quer dizer que o acesso aos serviços de saúde não possa ocorrer por outras portas de entrada, como os serviços de urgência e emergência, por exemplo, mas, mesmo nesse caso, a APS deve participar da gestão do cuidado do usuário no momento oportuno.

É uma utopia pensar na APS responsabilizando-se pela continuidade do cuidado dos usuários? Então que seja a utopia que moverá os atores sociais (trabalhadores, gestores e usuários) para lutar e conquistar mudanças que tomem esse ideal uma realidade. Com isso, a APS é o centro de conexão da rede de serviços de saúde. Ela é destituída de hierarquias, ou seja, uma UBS, polo do Programa Academia da Saúde ou os atendimentos do NASF são tão importantes para melhorar a situação de saúde da população quanto um hospital.



Alguns questionamentos devem ser feitos: por que, em alguns casos, a comunidade não identifica a UBS ou outro serviço de saúde da APS como capaz de resolver ou de atenuar seus problemas de saúde?

O serviço de APS deve ser o local em que a população encontra trabalhadores que melhor conhecem sua história de saúde, para identificar exatamente as alterações significativas e as possíveis intervenções necessárias, excluindo aquelas já realizadas (registradas em seu histórico ou sabidas de cor pelo seu profissional de referência). Nesse local, seriam tomadas as medidas para a **resolução dos problemas de saúde** e, se necessário, proceder com o **encaminhamento adequado ao serviço da rede assistencial que melhor responda a sua necessidade**.

Mas, por que alguns ainda optam pela média e alta complexidade, como o hospital ou serviços de urgência e emergência, como porta de entrada preferencial para qualquer agravo? As possíveis respostas devem fazer parte do planejamento e da avaliação dos três níveis de gestão da saúde (Federal, Estadual e Municipal) para que isso não seja confirmado ou para que isso seja mudado a curto ou a médio prazo.

Devem-se ter em vista a **revisão do processo de trabalho**, a **identificação**, a **construção** e a **articulação de alternativas**, tanto para dar respostas às situações agudas trazidas pela comunidade no momento em que surgem, quanto no sentido de mudar e melhorar as condições de saúde da população de uma forma sustentável. Logo, o planejamento e a estruturação dos serviços e das ações de saúde da APS e a forma de organização do processo de trabalho devem considerar também as **necessidades dos usuários**, e não apenas a capacidade instalada, ou apenas a visão interna das equipes de saúde sobre o que é melhor para sua população.



A construção compartilhada do conhecimento em saúde e do projeto terapêutico baseado na troca de conhecimento e de informações entre os trabalhadores da saúde e os usuários é essencial para a ampliação da autonomia dos usuários, pois aumenta a sua possibilidade de se tornarem protagonistas no cuidado de sua saúde. Do ponto de vista dos trabalhadores da saúde, o projeto terapêutico deve ser construído, preferencialmente, após avaliação interdisciplinar dos riscos e das vulnerabilidades, com definição de metas possíveis de serem alcançadas dentro das condições concretas de realização e com a garantia de momentos para reavaliação do processo de cuidado.

Para Carvalho,<sup>1</sup> a busca pela intercessão entre o saber técnico-científico dos trabalhadores da saúde e o saber baseado nas experiências de vida dos sujeitos aumenta a possibilidade de os usuários se tornarem protagonistas no cuidado de sua saúde. Tem-se claro, então, que **apenas a divulgação de informações “científicas”**, com a consequente prescrição de condutas terapêuticas, sem que sejam investigadas e debatidas as condições para sua real implementação como hábito de vida, **não são suficientes para mudar as condições de saúde desses sujeitos**.



As condições de saúde dos sujeitos e das coletividades devem ser observadas não só relacionadas às questões físicas, orgânicas, fisiológicas, mas também relacionadas à dinâmica sociofamiliar e laboral. A aproximação da APS com o território dá amplas possibilidades de isso acontecer.



A educação permanente (EP) dos trabalhadores da APS é um importante processo para subsidiar a forma como se propõe que os serviços e ações de saúde sejam operacionalizados. Ela deve ser encarada como o momento em que os trabalhadores e gestores da APS se encontram para conversar e pactuar sobre o processo de trabalho, os fluxos de atendimento das demandas da população, as formas como o serviço de saúde da APS se relacionará com as esferas superiores, como a secretaria municipal de saúde ou a regional de saúde, entre outras possibilidades.

Como materiais de apoio para a EP, os trabalhadores e gestores da APS têm disponível diversos materiais didáticos que podem contribuir para a atuação clínica e para a gestão, como os **Cadernos de Atenção Primária (CABs)** e os **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde**, além de diversos outros produzidos pelos estados e municípios.

#### Para saber mais:

Os CABs e os PCDTs do Ministério da Saúde estão disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes> e <http://portal.saude.gov.br/>



A EP não pode restringir-se ao estudo e à discussão baseados em materiais didáticos, é uma etapa importante, mas não é suficiente. A EP deve levar em consideração a dinâmica do serviço de saúde da AP, utilizar as ferramentas conceituais que os materiais fornecem em casos concretos e o contexto no qual o serviço está inserido.

Como um dos frutos do processo de EP, espera-se **fortalecer a produção do cuidado de forma multiprofissional e transdisciplinar**, levando em consideração que os conhecimentos, as habilidades e as atitudes relacionadas à saúde possuem uma grande intercessão. Ainda que existam limites demarcados de atuação profissional em razão da categoria e da formação do trabalhador, esses limites tornam-se menos rígidos quando há a **articulação dos conhecimentos** e o **enriquecimento de competências** dos envolvidos, o que fortalece a capacidade de cuidado de toda equipe.<sup>3</sup>





Ao utilizar-se o texto normativo como base para a análise, destaca-se a importância de aproximar as visões e as perspectivas dos trabalhadores da saúde, dos estudiosos, dos usuários, do controle social, dos gestores, e também de **aproximar as diretrizes gerais presentes nos textos normativos e a realidade pulsante do território e suas necessidades de saúde**. Esse é um grande desafio que deve ser constantemente perseguido.



## ATIVIDADE

---

8. A promoção da saúde pode contribuir para a resolubilidade na APS se
- A) a APS pautar-se principalmente no conhecimento científico e disponibilizar toda a capacidade tecnológica instalada da Rede de Atenção à Saúde a seus usuários.
  - B) somar o conhecimento técnico-científico ao conhecimento da população, adquirido por meio da divulgação das informações de saúde tanto nos serviços de saúde quanto na mídia.
  - C) a promoção da saúde não possui ações iatrogênicas, pois sua prática não envolve prescrições ou procedimentos.
  - D) a promoção da saúde se der por meio de ações coletivas e individuais que exigem dos profissionais aprimoramento e conhecimento para sua aplicação junto à comunidade.

*Resposta no final do artigo*

9. Assinale a alternativa correta com relação ao papel da APS nas RAS.
- A) Ao se analisar o papel da APS nas RAS, considera-se que ela deve ser a ordenadora dessa rede e, portanto, o acesso aos serviços de saúde não pode ocorrer por outras portas de entrada.
  - B) A APS deve ocupar um lugar no topo da hierarquia das RAS.
  - C) O serviço da APS deve ser o local em que a população encontra trabalhadores que melhor conhecem sua história de saúde para identificar exatamente as alterações significativas e possíveis intervenções necessárias, excluindo aquelas já realizadas.
  - D) A própria APS possui diversos níveis hierárquicos internos, e existem diversos programas com prioridade e com maior importância do que outros.

*Resposta no final do artigo*

10. Qual é a importância da EP dos trabalhadores da APS e de que maneira essa EP deve ser desenvolvida? É suficiente o estudo e a discussão fundamentados em materiais didáticos?

.....

.....

.....

.....





## ■ ESTUDO DE CASO



Uma UBS desenvolve seu trabalho há cinco anos e possui equipe multiprofissional.

Mesmo tendo passado por uma intensa modificação em seu quadro profissional, no ano passado, com a entrada de agentes comunitários de saúde (ACS), a partir da definição da gestão local de que deveriam se orientar no modelo assistencial de saúde da família, eles não sentiram muitos impactos em relação à situação de saúde de sua população. Ao contrário, o processo de trabalho nesse local tornou-se sobrecarregado, pois além da demanda espontânea que atendiam no posto de saúde, agora os agentes comunitários estão identificando uma grande demanda reprimida de outros usuários, que possuem agravos e queixas antes não reconhecidas pela equipe da UBS.

Com a proximidade do período de chuvas, os moradores começaram a expressar para os ACS sua preocupação com os casos de dengue, tendo em vista que seu bairro foi um dos mais atingidos nos últimos dois anos.

Os profissionais, entendendo que não seria possível atender a mais demandas do que já possuem, decidem organizar uma reunião para discutir as estratégias de atenção à saúde. Decidem fazer, primeiramente, uma solicitação à coordenação de saúde de seu distrito sanitário para saber a real previsão de intensificação do agravo e as estratégias que o município está desenvolvendo.

Em seguida, após muita reivindicação dos ACS, os enfermeiros defendem, junto à equipe, chamar pessoas que representem a comunidade para uma conversa. Nesse momento, escutam as preocupações e percebem que muitos deles reclamam da “falta de educação” dos moradores ao jogar lixo na rua. Também reclamam de não terem atendimento no posto de saúde para seus problemas, tendo que procurar a emergência do hospital que fica no centro da cidade. Ao final, definem que terão outras reuniões de forma periódica e pactuam que a primeira será para fazer um plano de ação conjunto.

O retorno dos ACS em suas próximas visitas foi muito mais prazeroso, pois a reunião teve muitas repercussões na comunidade e todos estavam animados. A reunião serviu, inclusive, para a aproximação entre profissionais e usuários, já que moradores que não conheciam suas equipes de saúde fizeram um primeiro contato.

Na reunião seguinte, outros atores da comunidade foram levados: líderes comunitários, alguns moradores mais antigos que estavam naquele local desde que chegaram as primeiras famílias, o líder religioso, o dono do comércio utilizado como um espaço de lazer e a diretora da escola.

O grupo decidiu fazer, primeiramente uma intervenção frente à situação mais urgente – a possibilidade de dengue – e, de forma conjunta, mobilizaram uma discussão em cada espaço da comunidade sobre a importância de cuidado com o lixo, os sinais e sintomas de dengue e a procura pelo posto de saúde em caso de suspeita. Perceberam um grande avanço no debate, de forma que a comunidade se organizou para fazer um mutirão envolvendo crianças, jovens, adultos e idosos para “limpar a comunidade”. Entretanto, um problema persistia: o depósito desses resíduos deveria ser deslocado para duas quadras, local onde passava o serviço público de coleta de lixo.



A equipe de saúde, juntamente com um grupo de representantes, marcou uma reunião na prefeitura para solicitar a mudança na rota do caminhão de coleta de lixo e maior frequência dessa coleta. A equipe também se reuniu com a coordenação de saúde de seu distrito para falar sobre os avanços obtidos e definir o fluxo de atendimento para os usuários nos casos de suspeita de dengue envolvendo a classificação de risco e a análise da rede de atenção à saúde local para casos em que se faça necessário referenciá-las, incluindo formas de transporte.

Depois de um tempo, mesmo tendo passado o período de maior incidência de dengue, todos mantiveram suas atitudes referentes ao lixo, pois perceberam que a comunidade ficou mais bonita, com menos insetos e roedores, e alguns problemas de saúde provenientes deles sumiram. Também foi definido, em outra reunião, que o local onde mais se acumulava lixo na região seria revitalizado e, em seu lugar, fariam um lindo jardim e uma horta comunitária.

Ficou definido também que as reuniões de representantes e as rodas de conversa para os diferentes grupos precisariam continuar como um espaço de diálogo importante, no qual se evidenciassem os problemas e se traçassem as soluções conjuntas. Esse espaço de diálogo foi fundado como o Conselho Local de Saúde, o qual teria articulação com o Conselho Municipal de Saúde para efetivar um fluxo de participação e de reivindicações para a gestão municipal.

Alguns profissionais de saúde, no início, foram contrários a deixar de atender seus pacientes para fazer mais uma tarefa, a de realizar reuniões. Entretanto, viram posteriormente que quando participavam das reuniões tinham condições de entender melhor as causas do processo de saúde-doença daquele local, podiam dar explicações coletivas e havia troca de saberes entre os participantes que fortaleciam o entendimento e desenhavam outras possibilidades de superação que a equipe desconhecia.



## ATIVIDADE

11. A partir do estudo do caso clínico, é possível afirmar que
- A) a implantação do modelo de saúde da família foi suficiente para a mudança da relação da equipe com a comunidade.
  - B) os profissionais de saúde tendem a buscar respostas mais imediatas para os problemas encontrados quando baseiam seu trabalho no conhecimento científico, entretanto isso não garante a sustentabilidade dos resultados obtidos.
  - C) se não houvesse a sensibilização da equipe, por meio dos ACS, seria provável que os casos de dengue tivessem ocorrido em maior número.
  - D) se não houvesse articulação intersetorial, de nada valeria todo o trabalho feito pela equipe com a comunidade.

*Resposta no final do artigo*



## ■ CONSIDERAÇÕES SOBRE A PERSPECTIVA CRÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Reforça-se, nesta seção, a importância da perspectiva crítica de promoção da saúde ao afirmar que ela **não ocorre somente na APS, ela é possível em qualquer serviço ou ação de saúde.**

Especificamente na APS, os sujeitos que planejam e realizam as ações de saúde, ao utilizarem o conhecimento do território, a identificação de suas potencialidades, o vínculo, ao terem claro que fatores sociais, econômicos, culturais e políticos influenciam nas condições de vida e de saúde de sujeitos e coletividades, podem conseguir mudanças efetivas ao proporem projetos terapêuticos possíveis e factíveis de serem adotados. E, a partir daí, devem apoiar as mudanças necessárias para o aumento da autonomia de sujeitos e coletividades no processo saúde-doença.

A relação de sujeitos e coletividades com sua saúde, num sentido mais amplo, é fruto da construção humana no seu fazer cotidiano e sociocultural. São diversas possibilidades de expressão, de significados e de valores, que, por sua vez, redefinem esse mesmo processo de produção. Com isso, a **padronização da relação entre o trabalhador de saúde da APS e os usuários** é algo que **pode não trazer bons resultados** no tocante a melhoras nas condições de saúde.

Os autores deste artigo entendem como padronização o fato de o contexto no qual o usuário está inserido não ser levado em conta e, ainda, de o trabalhador da saúde não considerar o saber próprio do sujeito, simplesmente prescrevendo um tratamento.

A **intencionalidade** e a **direcionalidade** do processo de trabalho na APS, a partir da perspectiva crítica de promoção da saúde, devem proporcionar **mais autonomia aos sujeitos** que, apoiados pelos trabalhadores e serviços de saúde da APS, poderão cada vez mais **agir em favor de sua saúde**. Com isso, por meio da perspectiva crítica da promoção da saúde na APS, busca-se **reverter a lógica centrada no entendimento** segundo o qual, quando os objetivos de um determinado projeto terapêutico são alcançados, o trabalhador da saúde – por meio de seu conhecimento técnico-científico, obteve êxito, quando não são, o sujeito não teve “força de vontade” suficiente.

A operacionalização da promoção da saúde, tal qual apresentada neste artigo, dá-se na prática, na interação e no território onde os sujeitos vivem e se relacionam. Há a exigência do conhecimento científico, das habilidades e atitudes da categoria e da formação profissional do trabalhador da saúde, não está se negando isso. Chama-se a atenção, entretanto, para esse fato não ser suficiente, o que não o torna menos importante. Mas, sobretudo, a promoção da saúde exige o aspecto subjetivo, aquele que dá à saúde a característica de ser ciência e arte. A arte do encontro com a realidade, com a cultura e com a identificação das potencialidades não imaginadas e não transmitidas pela academia.

A **perspectiva crítica de promoção da saúde na APS** oportuniza e defende a **identificação de problemas que extrapolam a saúde**, o **debate** de tais problemas com os sujeitos e as coletividades, a busca da necessária **articulação intersetorial** para a atenuação e/ou a resolução do problema. Considera não só o aspecto biológico e orgânico dos problemas de saúde, mas também todo o **contexto no qual os sujeitos e as coletividades estão inseridos**, com o objetivo de construir as respostas com eles e não para eles.





O conflito gerado entre o embate do que aqui é proposto ao utilizar a perspectiva crítica de promoção da saúde como norteadora dos serviços e ações da APS e o modelo hegemônico de saúde deve ser enfrentado para que a lógica da APS não seja o trabalho de caráter imediato e pouco resolutivo.

Para Chagas e Vasconcelos,<sup>30</sup> a partir da compreensão de que o processo de trabalho em saúde se realiza sobre sujeitos e não sobre coisas ou objetos, torna-se necessário **centrá-lo no usuário e em seu contexto familiar, laboral e social**. Assim, o novo modelo de assistência à saúde terá na APS uma efetiva "porta de entrada" resolutiva e orientada pelos princípios da **integralidade**, tendo como **ferramentas**:

- a interdisciplinaridade;
- a intersetorialidade;
- a humanização dos serviços;
- a criação de vínculos da equipe de saúde com a comunidade.

A perspectiva crítica de promoção da saúde, assim como a prevenção, tem em seus objetivos a **diminuição do adoecimento de sujeitos e coletivos**. A grande questão para a promoção é como isso será feito. Divulgar informações científicas e culpabilizar aqueles que não as adotam é o caminho mais utilizado. Há todo um contexto cultural, social, econômico e biológico no processo, e isso geralmente não é levado em conta nas ações dos trabalhadores da saúde. Espera-se que, com base no que foi apresentado, o leitor, o trabalhador da APS ou de outros pontos de atenção à saúde, possa **considerar todo o contexto na sua atuação profissional e pessoal**.

Conclui-se que a perspectiva crítica de promoção da saúde na APS se materializa na ação de repensar os valores, as crenças, os conhecimentos e as atitudes que embasam as práticas em saúde, na ação de considerar os usuários/sujeitos, que possuem uma história de vida, que realizam e valorizam determinadas condutas e que, a depender do caso, deverão ser o alvo da abordagem do serviço e dos trabalhadores da saúde. Essa abordagem deve ser negociada para que o sujeito seja apoiado nas mudanças necessárias e para que os desafios e as conquistas de melhores situações de saúde e bem-estar sejam compartilhados e tenham sustentabilidade.

O grande desafio que envolve trabalhadores e serviços de saúde da APS é **envolver e apoiar as pessoas**, considerando os DSS com o objetivo de aumentar as opções para que elas escolham aquelas que forem mais saudáveis e, assim, aumentar suas possibilidades de agir em favor de sua saúde. Para isso, é essencial que seja levada em consideração a **abordagem integral do indivíduo em seu contexto social, familiar e cultural, além do biológico**.



## ■ RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

### Atividade 1

Resposta: **B**

Comentário: Sigerist, em 1945, foi o primeiro a utilizar o termo “promoção da saúde” quando definiu algumas funções da medicina. Na década de 1980, o discurso sociossanitário, não só no Brasil, incorporou e defendeu o direito universal à saúde, o controle social e a busca da equidade. Em 1986, ocorreu em Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional de Saúde, a qual originou a Carta de Ottawa, que foi alvo de críticas por, em alguns momentos, apresentar a promoção da saúde pairando acima dos problemas e conflitos sociais; ou ainda por encobrir a relação conflituosa entre os diferentes grupos e classes sociais. O Brasil não participou da formulação da Carta de Ottawa.

### Atividade 3

Resposta: **C**

Comentário: Diversos autores apontam a importância de os setores serem permeáveis a mudanças nas formas de atuação, operação política e gestão das instituições e das pessoas que a integram; rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas dentro de cada setor. Há ainda a necessidade de aumentar o diálogo, a pactuação de agendas e a divulgação de experiências exitosas na formulação de ações intersetoriais.

### Atividade 4

Resposta: **C**

Comentário: A promoção da saúde crítica busca transformações sociais por meio da maior participação dos sujeitos e coletividades nas questões ligadas à saúde. Essa participação baseia-se em maior capacidade crítica de análise das questões que envolvem a saúde em seu sentido amplo com o objetivo de ter a possibilidade de agir em favor de sua saúde (individual e coletivamente) aumentada.

### Atividade 6

Resposta: **B**

Comentário: AAPS constitui local privilegiado para a realização de ações de promoção da saúde que privilegiam a autonomia dos sujeitos, assim o processo de trabalho não deve estar apenas voltado para as situações agudas de saúde, restringindo-se ao processo de curar e de dar alta a um paciente. É necessário ir além, buscar melhores níveis de saúde e de bem-estar da comunidade à qual presta atenção em saúde de forma permanente e sustentável.

### Atividade 7

Resposta: **B**

Comentário: As condições sociais interferem substancialmente nas condições de saúde, ou seja, o lugar na estrutura social que sujeitos e coletividades ocupam é um fator importante para que ocorram iniquidades em saúde. Sendo assim, não apenas o fator político, econômico ou social interferirá isoladamente na situação de saúde dos sujeitos, mas o conjunto deles.

### Atividade 8

Resposta: **D**

Comentário: A perspectiva crítica de promoção da saúde é, necessariamente, multiprofissional e transdisciplinar, o que não diminui a importância do conhecimento técnico-científico. Além dele, as habilidades e atitudes da categoria e formação profissional do trabalhador da saúde devem complementar o conhecimento humanístico e social necessários para atuar com o objetivo de mudar as condições de saúde dos indivíduos e coletividades.

**Atividade 9**Resposta: **C**

Comentário: Ao analisar o papel da APS nas RAS, conclui-se, apesar de seu papel como a principal porta de entrada, ordenadora dessa rede e, dessa maneira, o contato preferencial de sujeitos e coletividades com os serviços de saúde, que o acesso aos serviços de saúde pode ocorrer por outras portas de entrada, como os serviços de urgência e emergência. Mesmo nesse caso, considera-se que a APS deve participar da gestão do cuidado do usuário, no momento oportuno. O Serviço de APS deve ser o local em que a população encontra trabalhadores que melhor conhecem sua história de saúde para identificar exatamente as alterações significativas e as possíveis intervenções necessárias, excluindo aquelas já realizadas (registradas em seu histórico ou sabidas de cor pelo seu profissional de referência). Nesse local, seriam tomadas as medidas para a resolução dos problemas de saúde e, se necessário, procederiam com o encaminhamento adequado ao serviço do ponto da rede assistencial que melhor responda a sua necessidade.

**Atividade 11**Resposta: **B**

Comentário: A desconsideração do saber individual e coletivo da população adstrita diminui a possibilidade de efetividade das ações de saúde na APS, já que leva em conta apenas as necessidades dos serviços e dos trabalhadores da saúde. Assim, a revisão do processo de trabalho, a identificação, a construção e a articulação de alternativas devem considerar também as necessidades dos usuários, e não apenas a capacidade instalada, ou apenas a visão interna das equipes de saúde sobre o que é melhor para sua população.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho FF. A saúde na escola e a promoção da saúde: conhecendo a dinâmica intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2012.
2. Cecílio LC. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Publ. 1997 Jul-Set;13(3):469-78.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde. Brasília: MS; 2013.
4. Valadão MM. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial [tese]. São Paulo (SP): USP; 2004.
5. Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 Jan;24(1):4-5.
6. Ferreira MS. Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo [tese]. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2008.
7. Brasil. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Brasília: Presidência da República; 2013.
8. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. Cad FUNDAP. 2001;22:102-10.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: MS; 2006.



10. Costa AM, Pontes AC, Rocha DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 96-115.
11. Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade social a intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Rev Katálisis*. 2011 Jan-Jun;14(1):41-9.
12. Junqueira LA. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saúde Soc*. 1997 Ago-Dez;6(2).
13. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):861-8.
14. Santos NN. A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil: o caso do Programa Bolsa Família no município de Guarulhos [dissertação]. São Paulo (SP): FGV; 2011.
15. Bodstein R, Zancan L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
16. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FM, Lawder JÁ, Lima LS, Bueno RE, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba -PR. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010 Jun;15(supl 1).
17. Buss PM. Promoção da saúde na infância e adolescência. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2001 Set-Dez;1(3):279-82.
18. Ferreira JR, Buss PM. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
19. Palma A, Bagrichevsky M, Estevão A. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção de saúde. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, organizadores. *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes; 2003.
20. Peres FF, Bodstein R, Ramos CL, Marcondes WB. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):757-69.
21. Stotz EN, Araújo JW. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*. 2004 Maio-Ago;13(2):5-19.
22. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MH. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(supl 1).
23. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
24. Farinatti PT, Ferreira MS. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: UERJ; 2006.
25. Carvalho FF. Atividade Física na perspectiva crítica de promoção da saúde: por outra compreensão da Educação Física [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008.





26. Carvalho YM. Educação Física e saúde coletiva: uma introdução. In: Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec; 2005.
27. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 Abr;17(1):77-93.
28. Organização Mundial da Saúde. Declaração política do Rio de Janeiro sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: OMS; 2011.
29. Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Promoção da Saúde na Atenção Primária. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: CNDSS; 2008.
30. Chagas HM, Vasconcelos MP. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco - Acre. *Rev Saúde Soc*. 2013 Jun;22(2):377-88.
31. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção primária à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2010 Nov;8(3):387-406.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2012.

#### Como citar este documento

Silva TS, Carvalho FFB. Promoção da saúde na atenção primária: possibilidades e desafios. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski CE, Figueiredo KC, Fonseca RMGS, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 71-92. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).

