



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

MARCOS BAUER TORRIANI

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DO SUL DE
SANTA CATARINA**

CRICIÚMA

2024

MARCOS BAUER TORRIANI

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DO SUL DE
SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Profa. Dra: Lisiane Tuon

CRICIÚMA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

T695p Torriani, Marcos Bauer.

Percepção dos gestores sobre a promoção da saúde na atenção primária dos municípios da região de saúde do sul de Santa Catarina / Marcos Bauer Torriani. - 2024.

116 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2024.

Orientação: Lisiane Tuon.

1. Atenção Primária à Saúde - Santa Catarina, Região Sul. 2. Promoção da saúde - Santa Catarina, Região Sul. 3. Gestor de saúde. 4. Saúde pública. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1098164

MARCOS BAUER TORRIANI

**"PERCEÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DO SUL
DE SANTA CATARINA"**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 26 de junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Lisiane Tuon
Doutora – Orientadora
Presidente



Prof. Joni Márcio de Farias
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno



Profa. Ariete Inês Minetto
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro externo

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas dos espaços de gestão dos municípios da região carbonífera

RESUMO

Introdução: Instituída já em legislações que servem de base para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Promoção da Saúde (PS) é eixo fundamental da interlocução com o conceito de saúde, porém destaca-se o evidente esquecimento, validação e efetivação de seu conceito na história do desenvolvimento de saúde, que focou-se unicamente na relação direta com as doenças. Em controvérsia a este fatos, uma série de movimentos podem ser destacados com o intuito de instigar a promoção da saúde, como as cartas de promoção da saúde realizados em todo o mundo, e especificamente no Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que além de servir como documento orientador sobre as condutas de PS, também versa sobre as orientações estipuladas as diversas esferas de governo, a fim de fortalecer a PS na redes de atenção a sociedade, assim como propiciar relações seccionais entre população e instituições de diversos setores. **Objetivo:** Deste modo, e sabendo do papel fundamental da atenção básica para a saúde dos municípios, este estudo tem como objetivo foi avaliar a caracterização da promoção de saúde na Atenção Primária dos municípios da região de saúde Carbonífera que se situa no sul de Santa Catarina e avaliação da percepção dos coordenadores da atenção básica sobre promoção da saúde. **Metodologia:** Esta pesquisa foi realizada em três etapas, sendo uma oriunda de resultados obtidos de sites governamentais, sobre a cobertura da APS, estrutura, equipes profissionais da equipe mínima e da equipe multiprofissional. As outras duas etapas foram realizadas a partir de uma coleta de dados em formato de quali-quantitativo, tendo, portanto, um questionário com perguntas fechadas, e uma entrevista semiestruturada, sendo as aplicações realizadas de modo on-line por vídeo conferência. Os resultados quantitativos foram analisados por meio de *software* Stata 14.0, e apresentados em valores absolutos, relativos e médias. Os resultados quantitativos foram analisados por meio do *software* IRAMUTEQ, do qual os resultados foram apresentados por meio da análise de corpus textual e classificação hierárquica descendente. **Resultados:** Quanto a cobertura da APS, esta é abrangente e excetuando-se um município, todos os demais possuem cobertura acima de 100%, existe a presença robusta de todos os profissionais da equipe mínima, e da equipe multi, não há a presença apenas do profissional de educação física. Das entrevistas, todas eram mulheres, enfermeiras, coordenadoras da atenção básica, possuíam entre 25 e 52 anos e o tempo médio no cargo é de 20 meses. Os resultados qualitativos apontam aproximações e distanciamentos entre o que é percebido como promoção da saúde e o que está previsto como referência conceitual na PNPS, por vezes a PS é confundida com prevenção, contudo outros relatos geraram importantes aproximações, como as nomeações de mecanismos como educação permanente da sociedade e dos profissionais, ações intersetoriais e valorização dos conhecimentos populares. **Conclusão:** A região Carbonífera apresenta abrangente cobertura da APS, possui a presença de todos os profissionais da equipe mínima e quase todos os da equipe multi, verifica-se ainda falácias conceituais na fala das coordenadoras da AB sobre PS, apesar de existirem aproximações importantes.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestor de Saúde; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Already established in legislation that serves as the basis for the single Introduction: Established within legislation serving as the basis for the Unified Health System (SUS), health promotion (HP) stands as a fundamental axis in dialogue with the concept of health. However, there is evident neglect, validation, and implementation of its concept in the history of health development, which has solely focused on the direct relationship with diseases. In contrast to these facts, a series of movements can be highlighted to leverage health promotion, such as the health promotion charters conducted worldwide, and specifically in Brazil, the National Health Promotion Policy (PNPS). The PNPS not only serves as a guiding document on HP conduct but also addresses guidelines stipulated by various governmental spheres to strengthen HP in society's care networks and facilitate sectional relations between the population and institutions across different sectors.

Objective: Thus, recognizing the fundamental role of primary care in municipal health, this study aims to analyze the profile of health promotion in Primary Care in municipalities of the Carboniferous region, based on data available on government websites and data collection on the perception of primary care coordinators or health secretaries.

Methodology: This research was conducted in three stages, one of which was derived from results obtained from government websites, regarding Primary Health Care (PHC) coverage, structure, professional teams of the minimum and multidisciplinary team. The other two stages involved data collection in a qualitative format, with a questionnaire containing closed questions, and a semi-structured interview. The applications were carried out online via video conference. Quantitative results were analyzed using Stata 14.0 software and presented in absolute, relative, and average values. Qualitative results were analyzed using the IRAMUTQ software, from which the results were presented through textual corpus analysis and decent hierarchical classification.

Results: Regarding PHC coverage, it is comprehensive, and except for one municipality, all others have coverage above 100%. There is a robust presence of all professionals in the minimum team, and in the multi-team, only the physical education professional is absent. From the interviews, all participants were women, nurses, primary care coordinators, aged between 25 and 52, with an average tenure of 20 months. The qualitative results indicate similarities and differences between what is perceived as health promotion and what is outlined as a conceptual reference in the PNPS. Sometimes, HP is confused with prevention; however, other reports generated important approximations, such as the recognition of mechanisms like permanent education of society and professionals, intersectoral actions, and appreciation of popular knowledge.

Conclusion: Thus, the Carboniferous region demonstrates comprehensive PHC coverage, with the presence of all professionals from the minimum team and almost all from the multi-team. Conceptual fallacies can still be seen in the speech of PHC coordinators about HP, despite there being important approximations.

Keywords: Health Promotion; Primary Health Care; Health Manager; Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de História Naturas da Doenças.....	29
Figura 2: Determinantes Sociais de Saúde - Dahlgren e Whitehead	30
Figura 3: Características econômicas da Região Carbonífera	51
Figura 4: Dendograma de classes da percepção sobre promoção de saúde dos coordenadores da atenção básica dos municípios da Região Carbonífera ...	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Característica das pesquisadas.....	69
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Cobertura da Atenção Primária da Região Carbonífera	62
Tabela 2: Tipos de estabelecimento dos municípios da região Carbonífera	63
Tabela 3: Tipo de equipe	65
Tabela 4: Profissionais da equipe mínima	66
Tabela 5: Profissionais da equipe multiprofissional	68

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: Instrumento de coleta de dados	112
--	-----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	116
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMREC	Associação do Municípios da Região Carbonífera
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal
eSF	Equipe Saúde da Família
HND	História Natural das Doenças
ICSAB	Internação por Condição Sensível a Atenção Básica
ICSAP	Internação por Condição Sensível a Atenção Primária
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEF	Profissional de Educação Física
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

Sumário

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 SAÚDE: UM CONCEITO MUTÁVEL.....	23
2.1.1 Os modelos Conceituais de Saúde.....	24
2.2 ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE	31
2.3 DAS RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS.....	33
2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	36
2.4.1 Princípios, diretrizes e eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde	42
2.4.2 Ferramentas para a Promoção da Saúde – Temas Prioritários.....	46
3 REGIÃO DE SAÚDE CARBONÍFERA E ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CORBONÍFERA - AMREC	50
4 JUSTIFICATIVA.....	54
5 OBJETIVOS.....	55
5.1 OBJETIVO GERAL	55
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
6 HIPÓTESES.....	56
7 MÉTODOS	56
7.1 DESENHO DO ESTUDO	56
7.2 LOCAL DO ESTUDO	57
7.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	57
7.3.1 Critérios de Inclusão	57
7.3.2 Critérios de Exclusão.....	57
7.4 VARIÁVEIS	57
7.5 COLETA DE DADOS	58
7.5.1 Procedimentos e logística	58

7.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados.....	58
7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	59
7.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
7.7.1 Riscos e benefícios	60
8 RESULTADOS.....	61
9 DISCUSSÃO	83
10 CONCLUSÃO	98
11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICE(S).....	111
ANEXO(S).....	115

1 INTRODUÇÃO

Indicada na lei de criação do SUS (lei 8.080/90), mas também interpelada sobre proposições, reflexões em uma série de conferências realizadas pelo mundo, desde sua tomada como ponto central na Declaração de Ottawa, a Promoção da Saúde (PS) vem se apresentando no cenário da saúde como uma “nova” linha formulação para direcionar as tomadas de decisão em saúde (BRASIL., 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; PETTRES, 2018).

Isto pois, na história recente de como se apreciava os processos de saúde-doença-cuidado, as imposições biologicistas, o pensamento médico centrado e a tomada do hospital como centro de referência em cuidados, levaram a conclusões precipitadas sobre a concepção social do que é saúde. Reitera-se aqui o peso histórico do modelo de atenção à saúde expressado no relatório Flexner, que apesar de trazer benefícios á padronização das condutas médicas, também passou a restringir a esses o cuidado em saúde, além disso, impôs ainda mais aos hospitais como sendo os únicos centros de cuidados, excluindo-se então demais sistemas de cuidados (Almeida Filho, 2010; Buss, 2020).

A teoria da unicausalidade põe-se ao encontro deste olhar biomédico, focando-se em cuidados biológicos e individuais, assim como reitera o cuidado da saúde com um olhar voltado a ausência de doença. Destaca-se também que a interlocução com os direcionamentos político-capitalistas, juntamente com a exacerbação da ciência positivista, colocou sobre a ótica da saúde a produtividade, a praticidade e a exclusão do caráter subjetivo do que é saúde, assim como a restrição da saúde, como sendo causa e efeito das ações próprias ao campo da saúde de modo que, a junção do modelo unicausal e flexineriano sustentam e sustentaram as condutas em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010; BUSS, 2020; PETTRES, 2018).

Apesar do modelo flexineriano perpetuar-se por quase cem anos, avaliações das décadas de 70 e 80, que criticavam o cenário da época por estes mostrarem-se insuficientes para suprir as demandas de doenças que acometiam principalmente os países emergentes, assim como a insustentabilidade do sistema

que trilhava no modelo biomédico, reavivaram reflexões críticas aos moldes dos cuidados em saúde (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Diretamente no Brasil, o estudo da Medicina Social concomitante com as mudanças no cenário sanitário do país, adjunto aos movimentos sociais sanitário que eclodiram na VIII Conferência Nacional de Saúde, levaram ao deslocamento, mesmo que ainda incipiente, do pensamento, outrora biologicista, elitista, de causa única e de desagregamento de responsabilidades do estado-nação, para um novo modelo em que o estado passa a sustentar as demandas de saúde do país, assim como incorpora-se neste momento a criação do SUS (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Assim como a apreciação dos determinantes sociais em saúde, que levam a novas observações de como ocorre os processos de saúde-doença, desconectando-se do modelo unicausal, unicamente biológico e segmentado, passando a visualizar as implicações das camadas sociais micro e macro neste processo, além disso estabelece-se também a presença do setor social, como componentes da busca por saúde, que resultam no olhar ampliado em saúde (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Influente sobre as mudanças sanitárias que aconteceram no Brasil, as considerações das cartas de Promoção da Saúde iniciadas em Ottawa (1986) e as demais executadas ao longo da história, produziram normativas que buscaram combater as constrictas caracterizações da saúde, visto que para além do olhar biológico e individual, estas cartas passaram a comportar na promoção da saúde o olhar ampliado, integral, intersetorial e plural com os determinantes de saúde, de modo a compor linhas de cuidado na Promoção da Saúde, com instrumentos como o empoderamento individual, o acesso à informação, os cuidados sanitários individuais e sociais, como nas questões de sistema de redes governamentais, a integração intersetorial além do sistema de saúde, incluindo assim as condições habitacionais e sociais, urbanísticas, de segurança, de direitos, assim como a interações intergovernamentais (BUSS, 2020; GOMES, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

A promoção da saúde atualmente estabelece relações claras com intuitos de proteção e melhora da vida, logo vincula-se a ideia de qualidade de vida, assim ações como a prática de atividade física, alimentação saudável, mobilidade segura, promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, estão no cerne que norteiam a promoção (BUSS, 2020).

Mas para além disso, o olhar inverso, no objetivo de evitar risco e danos à saúde e a vida também se aplica. Logo ações voltadas ao proteção da vida, como o combate ao uso de tabaco e outras drogas, ao uso excessivo e abusivo de álcool e acidentes de trânsito, assim como ações reflexivo-críticas e atitudinais de empoderamento individual e coletivo, acesso à informação e mudança de comportamento, autoresponsabilização e corresponsabilização sobre a saúde, se incorporam as ações de promoção da saúde, a nível micro (individual e coletivo local). Já a nível macro, constituídos nos espaços de gestão, a responsabilização de todas as esferas de governo, a primordialidade, a pactuação de diretrizes e normativas para a promoção, a articulação intra e intersetorial, e a relação intergovernamental a níveis, regionais, nacional e global, fazem, em outros âmbitos, partes da promoção da saúde (BRASIL., 2018; BUSS, 2020; SONAGLIO et al., 2019).

De modo a construir pontes de conexão com a comunidade e incumbida de atender a maior parte da população, assim como instituída sobre princípios como a universalidade, integralidade, continuidade do cuidado, humanização, equidade, territorialização e população adscrita, a Atenção Primária em Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB), é a porta de entrada para o sistema de saúde, que capilarizada e sob regimentos da descentralização propõe a proximidade com as coletividades (BRASIL, 2012).

Além disso, tem como sua sustentação regimental mais profunda, o próprio Sistema Único de Saúde (SUS), que contempla também em suas diretrizes norteadoras, das quais se valem a rede de saúde, ações integradas de promoção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 1990).

Desta maneira, dado a proximidade da APS com a comunidade, cabe a ela responsabilizar-se sobre a situação sanitária de seu território, manter acesso facilitado, propor a resolutividade e atenção integral, manter e desenvolver ações intersetoriais e propor ações de planejamento local de saúde, onde para o desenvolvimento pragmático a APS, possui como base a carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS), que descreve as atividades que devem ser realizadas para os cuidados na atenção primária (BRASIL, 2017a; CHAGAS et al., 2020).

Vale ressaltar o papel da gestão pública em saúde, a qual deve estar ciente das condições de saúde e dos agravos da saúde da sua população, do perfil epidemiológico e da mudança deste quadro, dos processos e dos fluxos de trabalho da satisfação do cuidado emitido e recebido na rede de saúde. efeitos, a gestão em saúde desenvolve seu trabalho em um olhar amplo, com percepção expandida sobre a rede de saúde, a fim de evidenciar falácias e lacunas ainda presentes na rede de cuidado (FERREIRA et al., 2020).

Cabe a gestão gerir os seus recursos humanos a fim de suprir as necessidades da população, manejar os profissionais da rede requer uma visão ampla de como a saúde local se porta, gerenciar espaços e estruturas, para suprir necessidades e transpor dificuldades desta questão, averiguar e aferir dificuldade e potencialidades em uma interlocução entre território, sociedade e sistema de saúde, deve gerenciar os recursos financeiros, para que estes sejam melhor alocados e utilizados, além disso deve, implantar, sustentar, avaliar e atualizar as ações de saúde tomando como referência as políticas públicas de saúde (FERREIRA et al., 2020; PIRES et al., 2019)

E, para organizar e gerir toda a rede de saúde municipal fica centrado na secretaria municipal de saúde, a responsabilidade de planejar, organizar, gerir e fazer executar as ações na rede de saúde, tanto em âmbito geral como nas ações da APS. Estando portanto sob sua tutela o dever de acompanhar e avaliar a saúde da população, conforme evolução e modificação do quadro epidemiológico, propor ações que busquem desenvolver a promoção, reabilitação e a recuperação da saúde, assim como gerir os recursos financeiros e orçamentários com qualidade,

ademais, deve também manter a comunicação entre as esferas de gestão e com comunidade, incorporar a promoção no plano plurianual, identificar demandas específicas e manter em atualização constante os trabalhadores da saúde, promover a articulação intersetorial, manter o controle social, além de privilegiar em suas tomadas de decisão os fundamentos da promoção da saúde (BRASIL., 1990, 2018).

Mediante, o entendimento dos vários moldes que a saúde já passou, do atual modelo biomédico que o sistema de saúde ainda apresenta, e visto a importância da gestão sobre a gerencia da saúde, o objetivo deste estudo é a caracterização da promoção de saúde na Atenção Primária dos municípios da região de saúde Carbonífera que se situa no sul de Santa Catarina e avaliação da percepção dos coordenadores da atenção básica sobre promoção da saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE: UM CONCEITO MUTÁVEL

Utilizada como fonte norteadora internacionalmente sob os preceitos e direcionamentos sob a saúde mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem desde 1946 estabelecido como informe normativo que saúde define-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Para a conclusão atual deste conceito, historicamente o entendimento de saúde passou diversas mudanças que foram aplicadas as restrições científicas, culturais, sociais, políticas, econômicas, filosóficas e religiosas de cada época (BRASIL, 1948; SCLIAR, 2007).

salienta-se que, o que se entende por saúde na atualidade vem da evolução destes preceitos passados. na ótica da religião, a saúde de uma pessoa ou sociedade ser resultado de acepções divinas, na cultura xamânica era tarefa do xamã, como líder religioso possuir a capacidade de retirar das matas, das rezas e dos espíritos a resposta para a cura dos pertencentes de sua tribo, uma vez que vinha dele a responsabilidade de manter a sobrevivência dos seus, sob as intempéries que se punham nas sociedades da época, já para Hipócrates na Grécia, a saúde de uma pessoa dependia do equilíbrio entre 4 fluidos, a bile

amarela, bile negra, fleuma e sangue, e de forma semelhante a Hipócrates, no oriente entende-se saúde como um equilíbrio entre as forças vitais do corpo, de modo que o desequilíbrio destas resultariam no acometimento por doenças (SCLIAR, 2007).

Estes pontos históricos mostram a maleabilidade a qual a saúde foi e está exposta, dado que para além da própria área de saúde, esta possui influências de todo o meio que a cerca. Buscando elucidar os trilhos para os quais os processos de saúde-doença acontecem (e aconteceram) uma série de teorias foram construídas, reestruturadas e reconfiguradas a fim de compreender uma definição de saúde (SCLIAR, 2007).

Vale destacar que apesar das limitações sobre as reflexões críticas em saúde postas acima, estas não restringem a definição de teoria “certa” e “errada”, uma vez que tais limitações e demais de aparecer sempre limitarão a completa compreensão do que é a saúde, assim como amplitude do próprio conceito que se estende a nível celular e global. Para além, novas incorporações foram agregadas ao que se entende sobre saúde o que mostra a maleabilidade e variação da percepção sob saúde no decorrer da história (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010; SCLIAR, 2007; SOUZA, 2020)

2.1.1 Os modelos Conceituais de Saúde

2.1.1.1 Modelo Flexineriano

Apesar de historicamente a conceituação (por vezes apenas subentendida na prática) e o pragmatismo em saúde, estar embasado em procedimentos mágico-religiosos, com o advento da evolução tecnológica e a inserção mais profunda da filosofia com as demais áreas, passou-se a traçar teorias para a definição do percurso de desenvolvimento dos processos de saúde-doença.

Neste contexto, diversas teorias sobre como ocorre o processo de saúde-doença foram evidenciadas a partir de observações e composições das práticas médicas e de saúde. Primariamente, os atendimentos as demandas de saúde

estavam unicamente sob a tutela médica, que possuía o seu olhar orientado ao tratamento dos sintomas e sinais do indivíduo acometido por uma doença e, deste meio surge então a composição das métricas biomédicas para o cuidado em saúde, neste caso o cuidado biomédico ou flexineriano, uma vez fundamentado no relatório Flexiner as condutas médicas. Hoje muito criticadas, as condutas do relatório compuserem uma revolução ao que se tinham de modo de ensino da medicina nas faculdades e escolas médicas, dada ainda a desorientação pedagógica do ensino, em virtude da despadrãoização das necessidades mínimas postas pelo estado ou entidade responsável, surgindo assim uma variedade de cursos, escolas e faculdades aberta indiscriminadamente e sem critério de ensino, tempo, instrumentos ou disciplinas discriminadas (ALMEIDA FILHO, 2010; AURÉLIO; ROS, 2008).

Como resultado da reverberação no mundo acadêmico, mesmo que não original as condutas descritas fielmente no relatório Flexiner, este desencadeou movimentos de modelos de atendimentos médicos que ficaram pautados sobre o individualismo, de onde o atendimento aos doentes embasava-se mais sobre a expressão dos sinais e sintomas do paciente, que por vezes era esquecido como portador de uma doença e não o contrário, focando-se apenas na doença, com apelo ao curativismo imediato e desconsideração da inserção do paciente em um contexto sócio-cultural-político, assim como a implantação da necessidade de especialização, que fragmentava já no modelo pedagógico de ensino da medicina, em que dava-se valorizações expressivas sob as disciplinas básicas como fisiologia, anatomia e patologia junto com as disciplinas específicas de especialidades, logo as condutas médicas combinavam-se a fragmentação do indivíduo. O biologicismo junto ao individualismo, compunham os portões que restringiam o olhar integral ao paciente, haja visto que no biologicismo a doença é encarada como de causa unicamente biológica e de caráter natural (ALMEIDA FILHO, 2010; AURÉLIO; ROS, 2008).

Ademais, oriundo de uma educação que buscava a implicar aos alunos mais do que unicamente conduta passiva de ouvinte, Flexner pôs como parte importante do modo de ensino aprendizagem á prática clínica extra sala de aula, pondo os

alunos a participarem de resolução de situações, protegidos sob o ambiente acadêmico que se estendia aos hospitais. Esta abertura ao ensino prático da medicina, levou aos hospitais tomarem portes mais robustos dentro dos espaços de atendimentos e ensino, colocando-os como pontos centrais para atendimentos em saúde, construindo assim o olhar hospitalocêntrico na saúde, ou seja, os hospitais eram espaços exclusivos para os atendimentos em saúde. A conjunção dos pontos acima mencionados (o individualismo, o biologicismo, a especialização/fragmentação, e o olhar hospitalocêntrico) culminaram na fortificação do pensamento e conduta biomédica e na desestimulação da visão integral e biopsicossocial do indivíduo, assim como da desvalorização das práticas complementares e demais áreas de saúde que não rondavam a medicina e os hospitais (ALMEIDA FILHO, 2010; AURÉLIO; ROS, 2008; GOMES, 2016).

2.1.1.2 A História Natural das doenças de Leavell e Clarck

Contínuo as percepções do modelo flexineriano, o modelo de História Natural das Doenças (HND), contem também em sua avaliação dos processos de saúde-doença a participação dos agentes biológicos como constituintes destes processos, porem passou a contemplar contextos a mais para além de causalidade unitária biológica das doenças, compondo-se, esta teoria, com a interrelação de três entidades, sendo elas o agente potencial, o hospedeiro e o ambiente (LEAVELL; CLARK, 1976).

Sobre a teoria unicausal, Leavell e Clarck comentam que, com o advento da bacteriologia e a busca profunda do agente causador das doenças, a procura por esta solução biológica aprofundou-se de tal modo que esqueceu-se da interação entre o meio e o hospedeiro. Sob a reflexão dos autores, a mera verificação dos sinais e sintomas das doenças nos pacientes, a precisão da linha transmissão e a descoberta do agente hospedeiro, não são suficientes para explicar a expressão individual e coletiva das doenças (GIFFONI, 2018; LEAVELL; CLARK, 1976).

Na teoria de HND, há três agentes que interagem para que o processo de saúde-doença aconteça, o agente potencial, o hospedeiro e o ambiente. Para a

esta teoria todo evento que discorre na linha de evolução da doença é entendido como processo, seja ela com resultado “positivo” ou “negativo”, que aqui é entendido como recuperação ou morte/incapacidade, além disso, a teoria contempla também a avaliação deste processo anterior a apresentação de sinais e sintomas, já avaliando e considerando ações de proteção específica e promoção da saúde (LEAVELL; CLARK, 1976).

Para os autores, o desenvolvimento das doenças dava-se sob uma linha contínua de eventos, que tem em sua apresentação mais ampla uma divisão em duas fases, o período pré-patogênico, onde estão a exposição a agentes químicos, bioquímicos, físico, condições nutricionais, além de demais influências, como as culturais, as econômicas e sociais. Já no período patogênico, acontecem as interações, desde uma patogênese precoce, a aquisição de um agente potencial, onde no hospedeiro ocorre o desenvolvimento da doença, primeiramente entre o desnivelamento da homeostasia celular, tecidual e de órgãos, para posteriormente acontecer a exacerbação acima do “horizonte clínico”, momento em que os autores descrevem como a apresentação clínica da doença destacada pela presença de sinais e sintomas. No decorrer deste processo, mas ainda dentro da etapa de patogênese, acontecem ainda mais dois momentos, o de latência, em que o corpo do hospedeiro passa a restaurar-se a níveis estáveis novamente, e após este ocorrem então os desfechos do processo da doença, sendo os possíveis: a morte, a cronicidade, a debilidade e/ou a cura (LEAVELL; CLARK, 1976; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010)

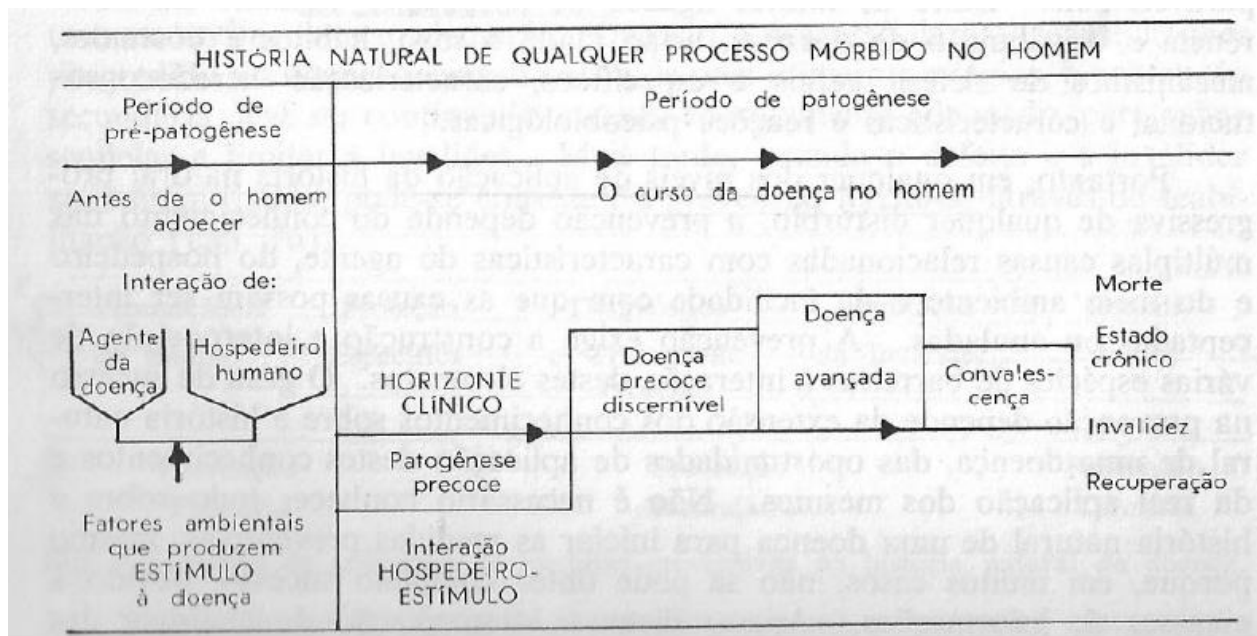
Adiante ao pensamento biologicista e da unicausalidade, Leavell e Clarck já inteiravam em sua teoria estratégias de prevenção para as doenças das quais não se preocupavam apenas nas doenças, mas também em demais métodos que pudessem influenciar o aparecimento dessas desde ações específicas até as de cunho mais social. Nesta perspectiva os autores declaram a relevância de ações na atenção primária como ações de promoção da saúde e proteção específica, a exemplo de proteção geral contra agentes patológicos e patogênicos ou avaliação, controle ou anulação dos agentes do meio ambiente (LEAVELL; CLARK, 1976; SOUZA, [s.d.]

Na prevenção primária então visa-se a educação sanitária geral, o estabelecimento e aprimoramento do bem-estar geral, cuidados alimentícios, educação e higiene em sociedade. o pensamento comunitário, as interações comunitárias são fatores importantes para a promoção da saúde, uma vez que incidem em preocupações coletivas com as condições de moradia, lar, trabalho e lazer, por fim os autores ainda salientam a necessidade de exames médicos periódicos (LEAVELL; CLARK, 1976)

Na prevenção secundária encontram-se então as ações de proteção específica, diagnóstico e tratamentos precoces, nesta etapa ações como as de evitar a propagação da doença, de modo individual quanto coletivo, realização de exames específicos, evitar/encurtar o período de invalidez e por fim evitar complicações e sequelas. Mas, com ou sem ações de cuidados preventivos primários e secundários ainda assim houver a instalação das doenças, passa-se a fase de prevenção terciária onde encontra-se a etapa de reabilitação, nesta está a finalização do processo patológico e reabilitação do pacientes, tanto em suas questões físicas, como mentais, sociais e laborais, os autores implementam que nesta fase, além dos cuidados médico-hospitalares, tendo estes como responsáveis dos cuidados em saúde em boa parte da linha da eventos da HND (LEAVELL; CLARK, 1976).

A ação conjunta de outras entidades sociais, tais como as indústrias e a própria sociedade, afim de possibilitar a reinserção do indivíduo acometido por sequelas das doenças, se faz necessária, além disso aplica-se nesta fase também ações individuais para reeducação do indivíduos sob suas novas condições, e reeducação social afim de, em ambos os casos individual e social-coletivo, proporcionar a utilização do potencial máximo deste indivíduos em suas questões particulares-individuais como em auxílio ao processos produtivos sociais (LEAVELL; CLARK, 1976; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Figura 1: Modelo de História Naturas da Doenças



Fonte: Livro Medicina Preventiva. 1976

2.1.1.3 Determinantes Sociais de Saúde

Dada toda a evolução de como se percebe a saúde, da ampliação da concepção de como esta se estabelece nos indivíduos e na sociedade, uma vez que, não restrita ao indivíduo e a um coletivo, e ampliada para além da sua percepção reducionista de ausência de doenças, a saúde passou a propor e compor implicações em diversos campos do viver em sociedade, como trabalho, nutrição, exercício físico, nas relações interpessoais, nas condições econômicas, nas políticas públicas e demais campos que impelem em determinações sobre a saúde, entendendo estes preceitos e para procurar elucidar melhor como ocorre a interação entre estes pontos, além de já sabido da existência de teorias prévias, assim como influenciados sob os movimentos contrários a redução do olhar biomédico, Dahlgren e Whitehead criaram o modelo dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (DALBELLO-ARAUJO, 2017; GIFFONI, 2018).

Figura 2: Determinantes Sociais de Saúde - Dahlgren e Whitehead



Fonte: Site da Fiocruz

Na teoria proposta a partir do modelo dos DSS, as explicações sob como ocorre o desenvolvimento da saúde ou da doença se expõe sob uma estrutura de camadas, partindo do centro para as extremidades, no sentido de descrever os determinantes proximais e os distais e tendo como ponto de partida cada indivíduo, de onde expande-se para os macrodeterminantes, dos quais a teoria concebe como condicionantes a nível social (DALBELLO-ARAUJO, 2017).

De ponto de partida tem-se o indivíduo exposto sob seus fatores individuais como idade, sexo e hereditariedade, logo a seguir tem-se então a cama dos fatores relacionados ao estilo de vida individual, como lazer, atividade física e alimentação por exemplo, mas destaca-se que a escolha dessas ações também está atrelada aos fatores mais distais, como acesso à informação e educação, que serão descritos a seguir em suas respectivas camadas. Na terceira camada estão então as redes sociais e comunitárias, que expressam a coesão social de cada grupo, nesta mostram-se as redes de apoio e condicionamento a vulnerabilidades sociais, na camada seguintes estão as condições de vida e trabalho, nela estão contidos alguns determinantes como o acesso ao serviço de saúde, espaços de trabalho e lazer, e as condições de educação, moradia e sanitárias, as várias condições destes elementos orientam certos pontos para a compreensão de porquê certos

grupos são acometidos por adoecimentos específicos. Por fim na última camada estão as condições gerais socioeconômicas, ambientais e culturais, também chamados de macrodeterminantes. Desta camada saem aferições mais enraizadas nas culturas locais, as produtividades econômicas regionais, nacionais e globais, além de também contemplada nesta as proposições globais gerais, como globalização, influências culturais atuais e passada e relações internacionais de mercado e políticas (DALBELLO-ARAUJO, 2017; GOMES, 2016; SOUZA, 2020).

Apesar de bastante relevante para as teorias em saúde e ter dado base para orientações, reflexões e tomadas de decisões em saúde, incluindo de organizações de peso como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Nacional sobre os Determinantes de Saúde (CNDSS), e a sua construção ter dado suporte a novos modelos de definição da saúde influenciados por uma Medicina Social, este modelo ainda recebe críticas quanto aos seus delineamentos. Dentre as observações que se tem, mostram-se as limitações quanto as linhas direcionais de causalidade, não esclarecendo as influencias das camadas entre si e na tomada de decisão sobre a saúde individual. Outra crítica ao modelo se faz quanto a sua representação gráfica que traz um norteamento do centro para as extremidades, mostrando sob determinado olhar crítico, que dá-se grande ênfase as camadas proximais e intermediárias (indivíduo e estilo de vida), entendendo estas como de maior influência sob a vida e saúde dos indivíduos, concomitante a isto a grafia das camadas distais, ditas como macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais), está em menor escala quando comparada com as demais camadas, onde junto a linha de análise de influência, indicaria menor influência sobre a tomada de decisão e condições de saúde dos indivíduos, atribuindo pouca importância dentro da rede de influências do modelo (DALBELLO-ARAUJO, 2017; SILVA, 2020).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA Á SAÚDE

Integrante do Sistema Único de Saúde – SUS e condicionada a capilarização que lhe confere a nomeação de “porta de entrada do SUS”, a Atenção Básica - AB

(ou Atenção Primária em Saúde - APS, esclarecida na Portaria 2.436/17 como termos equivalentes) tem papel central na disponibilidade e acesso aos serviços de saúde. É a partir de Atenção Básica que o itinerário do paciente será ordenado sobre a rede de saúde (RAS), cabendo assim a AB e a rede de saúde entregar os serviços de promoção e prevenção de saúde, vigilância em saúde, reabilitação, cuidados paliativos e demais serviços de atenção básica a sociedade (BRASIL, 2017). A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), vem como uma estratégia para melhorar e fortalecer o nível primário da saúde, junto a ela, ferramentas foram implantadas para facilitar o desenvolvimento da saúde no nível mais próximo da população, de modo que a PNAB propõe ações para suprir toda a variabilidade das condições sociais e de saúde que o Brasil apresenta, facilitando por exemplo, a implantação de UBS Fluviais e ESF para as populações Ribeirinhas, a implantação de polos da Academia da Saúde e a ascensão do Programa Saúde na Escola com ações em escolas e creche, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas tem como prioridade a Saúde da Família, implantada por meio das Estratégias de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012).

Com a proximidade dos dispositivos da RAS da população, e propondo sustentar toda o processo de saúde da sociedade brasileira, tomando como meio principal de atendimento as demandas, o acesso facilitado que a Atenção Básica possui, esta é baseada em princípios e diretrizes que orientam o desenvolvimento da saúde pública, sendo os princípios a universalidade, equidade e integralidade; E as diretrizes, a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Para compilar a produção destes conceitos teóricos em meios pragmáticos, a AB se vale das estruturas das Unidades Básicas de Saúde – UBS, sendo as unidades portadoras de espaços adequados, mobiliário suficiente e acessibilidade facilitada a toda população, dando suporte portanto para a produção dos serviços de saúde. Ademais, as UBS devem servir também como espaços de educação e

pesquisa, formação de recursos humanos, ensino em serviço e inovação tecnológica (BRASIL, 2017).

Não obstante a sua construção política-conceitual, a AB deve cumprir com certos requisitos para estruturar a sua ação dentro do âmbito de primeiro contato com a população. Sendo, portanto, necessários ao funcionamento da AB, a identificação desta como ponto base para o cuidado, com alta descentralização, distribuição territorial adequada e a participação de todos os integrantes do processo saúde doença no seguimento de atenção à saúde. Proporcionar em seu cotidiano a resolutividade, de modo individual e coletivo, desenvolvendo a internalização da autonomia, realizando ações mediadas por decisões sanitariamente efetivas e proporcionar um ambiente para a realização da clínica ampliada. Promover também a coordenação do cuidado, ao compor projetos terapêuticos singulares, organizar e acompanhar os usuários dentro dos pontos de atenção a rede e realizar o cuidado continuado, que juntos formam a gestão compartilhada. Dentro da coordenação do cuidado, a AB deve ter articulação intersetorial com a rede de saúde pública, comunitária e social, desenvolvendo assim a microrregulação com equidade e qualidade. E além disso, deve ordenar a rede de cuidados, de modo que a oferta de serviços parta das do diagnóstico das necessidades da sua população adstrita (BRASIL, 2012, 2017).

2.3 DAS RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS

de que em última instância a AB se esclareça na relação direta entre paciente e profissional/UBS, a Atenção Básica perpassa todas as esferas de governo ao conceber-se como componente da RAS. Componente primordial ao destacar-se por interações diretas com a comunidade no geral, ocasionadas por ferramentas como o acesso facilitado e a proximidade com a sociedade, a coordenação do cuidado, o contato principal e a sua resolubilidade preponderante (BRASIL, 2017).

como é parte da rede de saúde, esta tem implicações nas esferas de governo, sendo de atribuições gerais e específicas. De modo geral, cabe a todas

as esferas de governo promover a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, implantar, manter e estruturar as unidades básicas de saúde, assegurar o acesso universal, gratuito, integral e com equidade, promover o desenvolvimento e a manutenção do corpo de recursos humanos na saúde, com a capacitação profissional permanente e continuada, implantada concomitante ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia, que de forma longitudinal, proponha qualidade dos serviços ofertados e conduza a construção do vínculo com a comunidade; acompanhar e apoiar ações na Atenção Básica, acompanhar e promover mecanismos de avaliação da saúde da população e da autoavaliação das produções em saúde, e por fim desenvolver o e incitar o financiamento tripartite da AB (BRASIL, 2017).

Pôr a APS representar a interlocução direta entre paciente e unidade de saúde, pautada no acesso facilitado, na descentralização, na capilarização desta nos municípios, possuir controle social, que implica na emersão das vulnerabilidades locais, percebe-se grande influência do meio municipal. Dispondo este de ações de implicação direta na saúde adscrita no município.

No setor municipal, a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como meio primordial de funcionamento da AB, assim como prestar apoio técnico e institucional para a implantação, acompanhamento e qualificação da AB, prestar suporte financeiro municipais conforme pactuado no modelo tripartite, promover a instituir a educação permanente e continuada dos profissionais da RAS proporcionando maior qualificação da AB, assim como garantir o suporte instrumental de insumos e equipamentos de modo suficiente, alimentar e manter atualizados as bases de informações nos sistemas de informação nacionais, implantar, manter e assegurar em porte suficiente os recursos humanos na rede, além de monitorar o cumprimento da carga horária de trabalho, por fim deve garantir os fluxos de pessoas para além da AB, de modo a referenciá-las conforme a necessidade para os demais pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2017).

para além de atribuições gerais pactuadas para acontecerem de dentro da AB, cabe as secretarias de saúde, ao serem ponto primordial e central dentro

da RAS, acoplar em suas demandas as ações de promoção de saúde, uma vez que estas estão em contato direto com a AB, que faz a ponte com a comunidade e são a porta de entrada para o SUS, além de serem responsáveis por gerirem a toda a RAS municipal. Ressalta-se que não cabe apenas a secretaria de saúde municipal aplicar estratégias de ações pautadas na promoção da saúde (PS), mas estas têm suas funções específicas destacadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL., 2018)

São consideradas atribuições a serem cumpridas pela secretaria de saúde conforme diretrizes propostas pela PNPS:

- I. Promover a articulação intrasetorial e intersetorial para apoio à implantação e à implementação da PNPS no âmbito de sua competência.
- II. Implantar e implementar a PNPS, no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locais regionais.
- III. Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), nas Regionais (CIR) e no Colegiado de Gestão do Distrito Federal (CGSES/DF), as estratégias, as diretrizes, as metas, os temas prioritários e o financiamento das ações de implantação e de implementação da PNPS.
- IV. Apresentar, no Conselho Municipal de Saúde, estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde.
- V. Incorporar ações de promoção da saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde.
- VI. Destinar recursos orçamentários e financeiros para a realização das ações de promoção da saúde.
- VII. Prestar apoio institucional aos gestores e aos trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS.
- VIII. Promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde.
- IX. Identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde.
- X. Promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios.
- XI. Identificar, articular e apoiar a troca de experiências e de conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde.

XII. Participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde.

XIII. Elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde.

XIV. Apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionados à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território (BRASIL., 2018)

Acima, as contribuições da secretaria municipal saúde para a PS estão voltadas com incumbências de gestão, aporte financeiro, interlocução com a CIR, CIB, com os conselhos de gestão municipais e do DF, com a AB (logo também aos profissionais), assim como estar ciente do perfil epidemiológico da cidade e das condições específicas do município de modo a aplicar mais efetivamente e prioritariamente a PS.

2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Construído sobre uma construção histórica de eventos, que instituíram análises e reflexões do campo conceitual, a construção do conceito de promoção da saúde teve em sua evolução a agregação de outros campos para além do limitado conceito sobre saúde, ou saúde-doença. Marcada por momentos históricos importantes como a Carta de Ottawa (1986), a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall (1991), a Declaração de Jacarta (1997), a Declaração do México (2000), a Declaração de Bangkok (2005), Declaração de Nairóbi (2009), Declaração de Helsinki (2013) e a de Xangai (2016), que promovem o aglomerado de reflexões, culminou em um conceito de saúde amplo, incluindo a percepção da necessidade de reestruturação do sistema de saúde, a aliança de ações entre o setor público e privado, a redução de iniquidades, e a cooperação entre indivíduo, sociedade e políticas públicas para o alcance da famigerada concepção de promoção da saúde (BUSS, 2020; LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010; SONAGLIO et al., 2019).

Vale destacar que todo este desenvolvimento histórico do pensamento sobre saúde não se faz sobre uma linha contínua de evolução, a promoção de saúde como componente da saúde tem princípios ainda recentes, uma vez que o predomínio do pensamento flexineriano ainda é encontrado dentro do cenário da saúde, o que direciona condutas e procedimentos a partir do olhar biomédico, hospitalocêntrico e biológico, estes pois, que empregam uma avaliação reducionista na saúde de forma geral. A quebra da corrente flexineriana, se faz de forma gradual, uma vez que para além dos espaços de saúde, este modelo de pensamento se impôs sobre os demais campos da sociedade, implicando no modo como a saúde era conduzida, sendo que os indivíduos da sociedade são, assim por sua posição, os pacientes que movimentam os dispositivos da rede, e a introjeção deste modelo que se perpetuou por décadas, auxiliou na manutenção da linha de cuidado estabelecida sobre a metodologia do relatório de Flexner (PETTRES, 2018).

Contudo, apesar de nos primórdios de seu desenvolvimento, o modelo de atendimento e de resolução de problemas com base na metodologia flexineriana possuir concomitante sinergia com demais áreas do campo social, como a industrial que perpetuava no final do século XIX e início do XX, e este comportar a resolução de problemas estabelecidos na época, a acelerada evolução social, alterações no comportamento das sociedades que implicam em exacerbação das lacunas sociais, mudanças ambientais nas cidades e migração da população, assim como as correntes mudanças do quadro epidemiológico, empregaram na explanação das evidentes omissões que o modo flexineriano (JULIO FRENK, A , LINCOLN CHEN et al., 2011)

Com conceitos de saúde restritos e um currículo fragmentado, pouca coordenação das habilidades médicas intra e inter áreas da medicina, assim como sem base para o diagnóstico e tratamento da saúde dos indivíduos e das populações, do modo de atendimento pontual em detrimento do cuidado continuado e a orientação sobre cuidados hospitalares em vez de da linha de cuidado baseada na atenção primária, o modelo flexineriano demonstraram a ineficiência deste modo de cuidado que já não se sustentava, nem sobre as necessidades da população,

nem sobre as condições financeiras dos sistemas de saúde, culminando assim em novas reflexões e proposições sobre o conceito de saúde (JULIO FRENK, A , LINCOLN CHEN et al., 2011; PETTRES, 2018).

Aconteceram as mudanças nos paradigmas interligados a promoção da saúde, que passaram a incluir demais campos da sociedade na concepção de construções sobre a saúde. Fica evidente os esforços para a reconstrução do modo como a saúde era vista, para formulações que impactem dos indivíduos até as relações internacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b; PETTRES, 2018)

A declaração de Alma-Ata, realizada em 1978 trouxe alguns direcionamentos para a aplicação dos cuidados primários em saúde, incluindo nestes, maior participação popular sobre as condutas de saúde, respeito e coesão de trabalho, junto com as características culturais de cada micro espaço, a inclusão de demais áreas da sociedade, principalmente a econômica e a social, um sistema de saúde mais integrado e referenciado, a mobilização de políticas nacionais para o desenvolvimento da saúde, e um início do pensamento sobre promoção de saúde, ao incluir a provisão adequada sobre cuidados materno-infantil, alimentação adequada, cuidados com a água e o saneamento e o cuidado com doenças infecciosas e localmente endêmicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

na reformulação dos conceitos de saúde e do desenvolvimento do conceito e das ações prática de promoção da saúde, foi a carta de Ottawa (1986), que descreveu os resultados da primeira conferência internacional sobre promoção de saúde. Nela foram elencados alguns campos á serem acompanhados para se possa implantar meios de realização da promoção. São, portanto, campos essenciais aos desdobramentos da área de promoção da saúde, a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistemas sustentáveis, recursos sustentáveis, justiça social e equidade., são demonstrados que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, tem influência sobre a saúde, mais uma vez afirmando que, a saúde e os demais campos da vida são influenciados entre si, mostrando que os precedentes de políticas públicas com responsabilização sobre a saúde devem ser considerados nas tomadas de decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

No decorrer dos demais anos um total de 9 conferências aconteceram, sendo que a Conferência de Bogotá (1992), logo posterior a Sundsvall (1991), trouxe o olhar para a América Latina, visando abordar em modo mais loco regional as potencialidades e dificuldades que os países desta região apresentavam, visando estabelecer políticas públicas mais concretas sobre as mazelas averiguadas (BUSS, 2020)

Ao contabilizar todas as Conferências, observa-se a inclusão de outros pontos e a afirmação de propostas previamente estabelecidas, como no caso de Adelaide (1988) que exacerba a necessidade de políticas públicas para vidas mais saudáveis congruindo com a intersectorialidade, principalmente a educação, indústria e comunicação. Sundsvall (1991), traz pela primeira vez a importância do ambiente como fator impactante sobre a saúde, o qual inclui normas, culturas, manejos e processos sociais (BUSS, 2020; LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

‘No ano de 1997, a Declaração de Jacarta, passa a incluir o setor privado dentro dos paradigmas da promoção da saúde, reforça a necessidade da participação social e o empoderamento a partir da disseminação de informações, Jacarta também traz outros determinantes de saúde, em averiguação mais ampla, sobre a economia global, a comunicação em massa e as tecnologias de comunicação, juntamente o cuidado no uso indevido dos recursos naturais (BUSS, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Três anos depois, em 2000 a V Conferência realizada no México, trouxe a reafirmação das demais cartas, e buscou destacar estratégias para transformar as construções conceituais em ações práticas por meios de políticas públicas, com base na saúde como preceito fundamental para a qualidade de vida, reforçando a sua alocação integral com a demais áreas, como a econômica e a social visando o equilíbrio da equidade (BUSS, 2020).

Bankok (2005), mantém a agenda das conferências internacionais, e em sua conjuntura final, incorpora em seus direcionamentos a necessidade de maior inclusão da sociedade na saúde, a importância da comunicação e das informações como meios auxiliares á mecanismos de governança global, ao instituir também os

países como fonte responsável pela promoção da saúde. O principal marco desta conferência foi um chamado para as Nações Unidas, buscando propor um tratado internacional para o desenvolvimento da promoção da saúde. (BUSS, 2020; LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Em 2009, a VII Conferência aconteceu em Nairobi no Quênia, intitulada de Call to action, teve como proposta final o reforça da busca e do desenvolvimento da força de trabalho em saúde, assim como capacitar as comunidades e os indivíduos para aplicarem com competências as propriedades na participação popular dos processos de saúde (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

A VIII conferência aconteceu na capital da Finlândia Helsinque (2013), e teve como tema principal expandir a saúde para todas as políticas, onde sob 7 princípios, busca-se encaixar efetivamente a saúde nas demais áreas políticas, incumbindo estratégias, modelos e responsabilização comunitária e dos representantes federativos para a efetivação das medidas concebidas (BUSS, 2020).

Por fim a IX de Xangai em 2016, integrou sobre a promoção de saúde os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) além de indicar outros 4 objetivos propostos pela política, que incluem o cuidado com as minorias, a promoção do bem-estar, a importância das cidades para a saúde, e a importância dos saberes em saúde para o alcance da equidade (BUSS, 2020; LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

Evidenciado e estruturado pela construção histórica das cartas de promoção da saúde, a promoção da saúde, contemplam não somente os processos de doença, como também demais campos, uma vez considerada a forte implicância de determinantes sociais na saúde (BRASIL., 2018).

Dentro da esfera federativa brasileira, já há a menção as condições de promoção da saúde nas leis de base da saúde, como acontece na lei 8.080/90, ao considerar a promoção da saúde como uns dos pilares para a construção do sistema de saúde. Dentro deste âmbito, o Ministério da Saúde, propõe

periodicamente direcionamentos políticos e conceituais sobre a promoção da saúde por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, que considera em sua construção as condições, para além da definição aplicada ao território brasileiro de promoção de saúde, as orientações administrativas hierarquizadas das implicações referidas a cada esfera do governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL., 1990; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), no seu texto atual do ano de 2017, são considerados seis campos de ação da promoção da saúde, que visam a integração e a infiltração da saúde dentro de demais áreas, destacados como temas transversais, que são os determinantes sociais de saúde, equidade e respeito à diversidade, que considera as diversidades injustas e desiguais, o desenvolvimento sustentável, a produção de saúde e cuidado os ambientes saudáveis, a vida no trabalho, a cultura da paz e direitos humanos. E para a operacionalização destas temáticas, a própria PNPS traz em seus conteúdos eixos que buscam esclarecer e compilar caminhos para a promoção da saúde. Para isto os eixos são a territorialização, a articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial, a rede de atenção à saúde, a participação social, a gestão, a vigilância, monitoramento e avaliação, a produção e disseminação de conhecimentos e saberes e a comunicação social e mídia (BRASIL., 2018).

Para a PNPS a promoção da saúde é:

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

A PNPS pode ser compreendida também como 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 deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver., a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e

peçoais, bem como as capacidades físicas., a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL., 2018; BUSS, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

2.4.1 Princípios, diretrizes e eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde

Percebida toda a carga história posta na construção da PNPS, e os desdobramentos da atual concepção de saúde, esta política busca incumbir em sua construção nomeadas diretrizes, eixos e princípios que buscam reger caminhos para as deliberações da promoção da saúde em território brasileiro, ressaltada toda a variedade, pluralidade e abrangência, política, cultural, social, econômica e singular do país (BRASIL., 2018).

Para a PNPS princípios são entendidos como fundamentos que devem ser balizadores essenciais das ações e práticas realizadas sob o intuito da promoção da saúde, os quais elencam-se:

- a) reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida;
- b) considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização;
- c) adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (BRASIL., 2018).

Diretrizes, compreende-se como os caminhos, e os intuitos finais das ações, dos quais, têm-se:

- 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 Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais (BRASIL., 2018).

E os eixos, constituem-se de estratégias definidas pela política para concretização das ações, ao apontar e caracterizá-los a fim de induzir que as ações aconteçam sob estas fundamentações. Logo os eixos são:

I. Territorialização: A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante com o fim de orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde e de

organizar a Rede de Atenção à Saúde. O processo de regionalização considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios. Também observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e de acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer as identidades regionais.

II. Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial: Compartilhamento de planos, de metas, de recursos e de objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor.

III. Rede de Atenção à Saúde: Transversalizar a promoção na Rede de Atenção à Saúde, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando-se com todos os equipamentos de produção da saúde do território, como atenção básica, redes prioritárias, vigilância em saúde, entre outros. Articular a Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada, por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde.

IV. Participação e controle social: Ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos.

V. Gestão: Priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, de planejamento, de monitoramento, de avaliação, de financiamento e de comunicação.

VI. Educação e formação: Incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.

VII. Vigilância, monitoramento e avaliação: Utilização de múltiplas abordagens na geração e na análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e de grupos populacionais para subsidiar decisões, intervenções, e para implantar políticas públicas de saúde e de qualidade de vida.

VIII. Produção e disseminação de conhecimentos e saberes: Estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados, de maneira ampla, com a coletividade.

IX. Comunicação social e mídia: Uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, a execução, os resultados, os impactos, a eficiência, a eficácia, a efetividade e os benefícios das ações.

Estes princípios, eixos e diretrizes procuram elencar bases de aprimoramento a aplicação da promoção da saúde a partir da própria política, elencando elementos que reverberam toda a historicidade das construções realizadas sobre a nova percepção de saúde, incorporadas aos fundamentos da promoção da saúde. Vale destacar que ao elencar elementos como a subjetividade humana, a felicidade, a dignidade, a inclusão social, a autonomia e o empoderamento, contrapõe-se ao antigo e reduzido entendimento de saúde, assim como passa a desagregar em sua escrita a percepção de saúde como mera ausência de doença, mas em um novo formato, que busca “promover” a saúde (ALMEIDA FILHO, 2010; BUSS, 2020).

Numa luta constante ao já enraizado modelo de atendimento médico, também disperso na população que já habituada (por história pregressa) de atendimentos estritamente biomédicos, hospitalares, segmentados e médico-centrados, busca-se então expor para a sociedade princípios que a incorpora na tomada de decisão em saúde, tanto em aspectos individuais, como o empoderamento, a dignidade, a ética, o respeito as diversidades e a corresponsabilização, assim como a nível socio-local quanto em macro espaços, em ações intersetoriais, multidisciplinares, que compõem a territorialidades, as especificidades locais, a justiça e a inclusão social e o empoderamento.

Sob o meio social, um olhar horizontal, e não mais de imposição de decisões (olhar vertical), é fundamental para a sensibilização da sociedade a um novo modelo de saúde, outrora pautado sob a vertente da doença, agora pautado em vertente de saúde, outrora pautado em cuidados unicamente médico-hospitalares, agora transposto a cuidados em equipe multiprofissional, com junção de terapias complementares, que preocupam-se com a singularidade individual desde unidades mais primárias, como as concepções individuais das pessoas, em ações pautadas no cuidado humanizado, a unidades mais abrangentes como em casos

de tomadas de decisões em espaços de gestão, mas que abre lugar de fala para a sociedade, com ações, portanto, baseadas nos princípios elencados acima, e sempre orientado ao conceito ampliado de saúde, que preocupa-se não apenas com o atual estado de saúde, mas também com as causas das doenças, com as possíveis potencialidades a qual pode-se aplicar a saúde, com intuito de mantê-la em uma posição de bem-estar e de qualidade de vida (CESARINO; SCIARRA, 2017; VERAS et al., 2022).

Salienta-se aqui que, tais princípios não são únicos da PNPS, e que se encontram nomeados em demais políticas públicas, a exemplo de Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Básica, assim como estão voltados a combater a objetificação, a biologização da vida, e passam a valorizar a integralidade, a equidade, a territorialidade, a intra e intersectorialidade e a inclusão social, que reconhecem a validade do contexto, da individualidade e das estratificações sociais como influências nos determinantes sociais e na busca de condições de saúde adequadas (BRASIL, 2012, 2013; DALBELLO-ARAUJO, 2017; MORAES, 2017)

, a introdução destes princípios tem como finalidade além de reiterar a sua posição de destaque como engrenagem funcional do processo de saúde-doença-cuidado, é também de reforçar princípios já destacados como basilares da saúde, tais como os elencados nas leis 80.080/92, 8.142/90, e 10.216/01, que sustentam a saúde no Brasil (BRASIL., 1990; BRASIL, 1990, 2001).

2.4.2 Ferramentas para a Promoção da Saúde – Temas Prioritários

Não obstante ao viés público da saúde, está se faz com todo o aporte ao desenvolvimento do sistema de saúde, tal qual, inclui-se nesse contexto toda a extensividade que envolve o conceito e as implicações sobre a saúde, abarcando também em sua concepção o seu desenvolvimento político (BRASIL., 1990).

Para isso uma série de ferramentas são expostas na literatura para auxiliar todos os constituintes do sistema de saúde a compreenderem o desenvolvimento

da saúde tanto no campo conceitual quanto no campo do pragmatismo. A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, traz em sua descrição além do próprio conceito de promoção da saúde, o norteamento normativo e o balizamento das ações para o desenvolvimento da promoção da saúde (BRASIL., 2018).

De eixos prioritários que a PNPS aborda, são relatados a formação e educação permanente, a alimentação adequada e saudável, as práticas corporais e atividades física, o enfrentamento do uso de tabaco e seus derivados, e a luta contra o uso abusivo de álcool e outras drogas, a promoção da mobilidade segura, a promoção da cultura da paz e dos direitos humanos e a promoção do desenvolvimento saudável (BRASIL., 2018).

Ressalta-se aqui que a definição destes eixos buscam elencar de forma clara ações que impelem a incorporação da promoção da saúde no cotidiano da sociedade, haja visto que a acomodação habitual de atividade física e alimentação saudável estão relacionadas a melhores valores em escalas de qualidade de vida, menor stress, maior controle alimentar mediante emoções, e melhor controle de humor, quando comparado com pessoas com comportamentos sedentários e desregulação na alimentação (GONSALVES; CRISTINA, 2020).

O pensamento inverso se aplica a ações voltadas ao tabagismo e ao uso abusivo de álcool e outras drogas, uma vez que, enquanto a atividade física e a alimentação saudável empenham-se em explorar a qualidade de vida, as ações voltadas para estas temáticas, procuram evitar, reduzir danos e cessar o uso destas substâncias, a partir do ideário que a sua utilização traz malefícios a saúde, como a maior propensão a câncer, principalmente os do trato respiratório, com o desenvolvimento de doenças coronária, assim como está relacionado as doenças crônicas (BRASIL., 2018; GONSALVES; CRISTINA, 2020)

O uso de tabaco representou no ano de 2020, um total de 161.853 óbitos no Brasil, esteve vinculado ao aparecimento de quase 455 mil novos casos de doenças cardíacas, e a cerca de 52 mil casos de acidente vascular cerebral (AVC). E dos custos a saúde, este apresenta com custos médicos diretos, 7,8% dos investimentos em saúde, o que equivaleu a pouco mais de 50 bilhões de reais,

sendo que adiciona-se a isto, o valor de 42.452 bilhões de reais de custos indiretos causados por perdas de produtividade por incapacidade ou morte prematura (INCA, 2022).

Quanto ao álcool, a OPAS, já elenca que o uso/abuso de álcool, está relacionado a distúrbio comportamentais e mentais, cânceres, cirrose hepática, doenças cardiovasculares, assim como acidentes e lesões causadas por acidentes de trânsito. Quanto a mortalidade, comparando os anos de 1990 e 2015, o Brasil apresentou um aumento de 75% no número absoluto de mortes relacionados ao álcool, com prevalência maior para a faixa etária de 50 anos, e entre homens e mulheres, os homens apresentam 5,1 vezes mais risco de morte por causas atribuíveis ao álcool. Logo evidencia-se uma relação inversa entre, álcool e uso de tabaco com as proposições de promoção da saúde (OPAS, 2020; PAULA et al., 2017).

Preocupações com demais condições da vida, são também relevantes, mais uma vez alçado pelos determinantes sociais, a qualidade de vida está sob exposições diversas, dais quais, uma das fortes influências podem ser vistas na vida laboral, que influência e é influenciada por camadas diferentes dos DSS, isto pois, o trabalho em si, expõe o trabalhador a condições diversas, positivas ou negativas, a depender de condições como, ambiente, retorno financeiro, modo de comunicação interpessoal, satisfação com o trabalho, aplicação e aprimoramento das competências pessoais, assim como é também influenciado por camadas mais macro, como interesses da própria empresa, políticas das empresas, e mesmo por demandas impostas pelo mercado produtivo, ficando assim o serviço laboral à mercê das condições da produtividade, que impactam sobre a autopercepção de saúde, manejo adequado de sua rotina, sono, períodos de lazer, locomoção, qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho (CLAUDIA et al., 2017; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Ações de educação em saúde de forma a proporcionar aparelhamento crítico por meio da apropriação da população de informações que possam subsidiar comportamentos que busquem melhor qualidade de vida em seu dia a dia, tais como os elencados acima, de realização de práticas de atividade física e regulação

da alimentação de forma adequada, assim como evitar ou por em crítica comportamentos que possam diminuir a qualidade de vida e/ou por em risco a saúde das próprias pessoas, como o uso/abuso de álcool e cigarro, ou a associação entre álcool e direção (BRIXNER et al., 2017).

Nestes casos a promoção da saúde tem aplicação na intersetorialidade local, de disponibilidade de informações e dispositivos que possam possibilitar instrumentos (acesso a informação, espaços para a prática de atividade física, espaços de lazer, mobilidade segura, tempo suficiente para as demais práticas de saúde) para o desenvolvimento destas ações particulares de promoção da saúde (LOPES et al., 2020).

A intersetorialidade na promoção da saúde, também se faz a nível macro, de modo a incorporar na sociedade padrões de crítica mais profundos sob a sua realidade local, assim como empoderamento para a avaliação, crítica, imposição de opinião e resolução de mazelas veladas por uma modelo de vida já habituado a lacunas de desenvolvimento pessoal e, que não se alinham a promoção de saúde, á exemplo de críticas a políticas não inclusivas, modelos assistenciais que não se adequam a realidades locais, assim como especificas condições locais, como mobilidade segura, condição arquitetônica da cidade, segurança e espaços de lazer apropriados em todo a comunidade, o que incorpora como ator relevante a opinião popular, ou seja, a participação social é quem deve estar apropriada de seus direitos e deveres afim de nortear ações intersetoriais que impactem de forma positiva na sociedade (BRIXNER et al., 2017; LOPES et al., 2020).

Podem ser suportados pela ação interprofissional e participação social, que qualificam pedagogicamente a proposição de estratégias para a ancoragem do desenvolvimento de tais temáticas. Assim implicando na realização da promoção da saúde com equipes multiprofissionais e o controle social (BRIXNER et al., 2017; MACEDO DE SÁ et al., 2021).

Destaca-se também que a reconfiguração do modelo de trabalho, antes pautado no olhar biomédico e biologista deve ser superado, ao considerar, portanto, a conjectura dos microespaços e macroespaços de intervenção da saúde. Estes

desdobramentos para a reconfiguração do modelo de trabalho, que inclua também a promoção de saúde no escopo de ações da rede de saúde, tem como possibilidade de estratégia e apoio conceitual da PNPS e na educação na saúde. Esta que desenvolve a autonomia, a capacidade de reflexão nos territórios de ações da saúde, assim como sua extensão a demais espaços vinculados ao princípio da integralidade e da participação social, possibilita reordenamentos e ressignificações das implicações da saúde no contexto social, enfoque estratégico para a resolutividade de forma conjunta, a interprofissionalidade e a participação social (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

3 REGIÃO DE SAÚDE CARBONÍFERA E ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA - AMREC

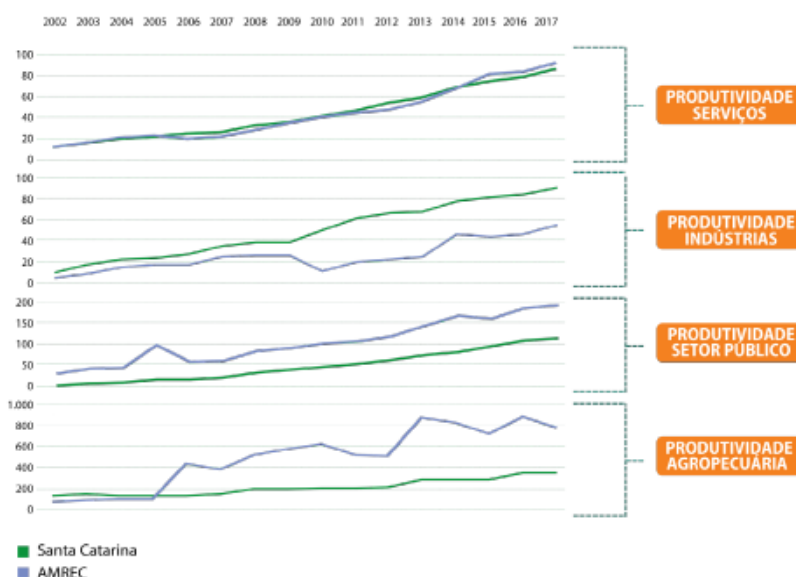
Constituída por 12 municípios da região sul do estado de Santa Catarina, a Região Carbonífera faz divisa com as regiões de saúde do Extremo Sul Catarinense, com a Região de Saúde de Laguna e com a Região de Saúde da Serra Catarinense. No seu espaço geográfico comportam-se os municípios Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga (COSEMS - CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, [s.d.]).

Implicado sobre a interação dos municípios da Região Carbonífera e estabelecida conforme priorizado na resolução 1/2011, que institui as regiões de saúde, dada a proximidade geográfica, delimitadas por identidades culturais, relações de proximidade econômica, com o compartilhamento integrado de redes de transporte e infraestrutura, assim como cooperação no planejamento e execução de serviços de saúde, além de incorporado no estatuto social da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), que propõe esta associação como uma entidade de duração indeterminada e que visa o fortalecimento integrativo social, administrativo e econômico dos municípios que a compõem, e entendida como a interlocução com o desenvolvimento da saúde que se dá ao considerá-la como um eixo que transversal com os condicionantes e

determinantes de saúde, tais quais, os modos de vida, o trabalho, lazer, ambiente social e urbano, educação, cultura e acesso de bens e serviços, toda esta conexão entre as diversas áreas acabam por interferir concomitantes entre si, e subsidiam as construções das regiões de saúde, incluindo aqui a AMREC (AMREC, 2016; BRASIL., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Pactuada esta interação entre os municípios da região e percebida a relação entre os eixos dos determinantes de saúde e o desenvolvimento socioeconômico, relata-se que nas questões populacionais, a região conta com 438.166 habitantes no ano de 2019 cerca de 6% da população do estado de Santa Catarina, e da população da região mais da metade (62%) reside nos municípios de Criciúma e Içara. Isto não significa necessariamente que ambos os municípios têm a maior densidade populacional, uma vez que os dois primeiros municípios com as maiores densidades são Criciúma seguida de Cocal do Sul. De modo geral a renda média dos habitantes da região é de 2,6 salários mínimos (Lopes, Dias e Watanabe, 2021).

Figura 3: Características econômicas da Região Carbonífera



Fonte: SEF (2020) e RAIS (2020) – Sistematizado pelo Observatório de Desenvolvimento Socioeconômico e Inovação da Unesc

Das características da economia, há 16.689 empresas (2018) e 132.101 empregos formais (2018) que acabam por contabilizar uma receita anual da região de R\$ 1.703.605.030 (2019). Sobre a produtividade dos setores, quando comparados a média estadual, o setor de produtividade e serviços manteve-se semelhante a média estadual entre os anos de 2002 e 2017, já o setor de indústrias, manteve-se equiparado a média estadual em quase todo o período, porém teve queda no ano de 2009 e após não retornou a média estadual, contudo manteve-se em evolução. Já os setores do setor público e agropecuário, mantiveram-se acima da média estadual durante todo o período. Dos setores que tiveram maior crescimento na região Carbonífera, estão as áreas de gestão e consultoria empresarial, atividades profissionais, científicas e técnicas, atividades de limpeza, fabricação de materiais médicos e odontológicos e artigos óticos, e locação de meios móveis sem condutor, averiguados no ano de 2018. Quanto a relação receita arrecadada e gastos do município por habitante, a maioria dos municípios se mantem próximo ou na média da região, exceto por Treviso que possui receitas e gastos bem acima dos demais, contudo de modo geral, os municípios mantem uma arrecadação de 4 mil reais por habitante com gastos em torno de 3 mil. Dentre os setores que mais agregaram valor na região no ano de 2018, os que mais se destacaram foram o setor de produção de materiais cerâmicos com 14%, produção primária com 9% e a fabricação de produtos de material plástico com 7% (Lopes, Dias e Watanabe, 2021).

Quanto a educação, no ano de 2019 a região contou com 12.143 alunos matriculados no ensino médio, contabilizando 26 matrículas a cada mil habitantes, sendo que Criciúma possuía a maioria dos alunos matriculados com 5.901 alunos e Treviso a menor com 72 alunos. Já dos alunos matriculados no final do ensino fundamental contabilizou-se também no ano de 2019, 22.302 alunos, sendo Criciúma também com a maior contagem destes com 10.667 e Treviso novamente com a menor com 163 alunos, destaca-se que para esta escolaridade as matrículas a cada mil habitantes é de 40. Da média de alunos matriculados na educação básica, Treviso, Siderópolis, Cocal do Sul, Urussanga e Nova Veneza estão abaixo

da média da região, enquanto Balneário Rincão, Criciúma, Içara, Morro da Fumaça, Forquilha, Lauro Muller e Orleans encontram-se na média ou acima dela. Quanto ao ensino superior, apenas Criciúma, Içara, Orleans, Lauro Muller e Urussanga apresentaram alunos matriculados, sendo 24.737 matrículas no ano de 2019 e 4.030 concluintes do ensino superior no mesmo ano (Lopes, Dias e Watanabe, 2021).

Do saneamento básico, 411.497 pessoas possuíam acesso a água em 2018 mostrando um aumento de 12,19% em comparação com o ano de 2010, sendo que do esgotamento sanitário, 98.947 possuíam acesso no mesmo ano, tal condição destaca um aumento da rede de esgoto de 38,71% comparada com as 71.336 pessoas atendidas no ano de 2011, sendo que atualmente a rede de esgoto da região possui 320,36 km de extensão. Mas a maior evolução no quesito de cuidados sanitários se dá com a reciclagem que, teve um aumento de 396,8% comparando-se os anos de 2010 e 2018, a qual contabilizou 1.490,4 tonelada recicladas em 2018 isto pois em 2010 os valores foram de 300 toneladas. (Lopes, Dias e Watanabe, 2021).

Sobre a segurança, o boletim mensal de indicadores, gerado pela Secretaria de Segurança Pública do estado de Santa Catarina contabilizou 434 homicídios no período de 01/01 à 30/09 de 2022, sendo que para os municípios da AMREC, 1 aconteceu em Balneário Rincão, 4 em Criciúma, 2 em Forquilha, 1 em Içara, 3 em Lauro Muller, 1 em Morro da Fumaça e 2 em Orleans, e nos demais não foram computados tais ocorrências. Assim a região compõe apenas 3,2% dos homicídios do estado, mesmo tendo cerca de 6% da população de Santa Catarina (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA SANTA CATARINA, 2022).

Já para o lazer, mesmo que se leve em consideração a região como um todo dada a interação entre diversos fatores, como a proximidade geográfica, as interações e proximidades culturais, vinculadas também por sua colonização semelhante, quando fala-se de espaços de lazer cada município terá sobre seu território municipal pontos específicos relacionados a própria identidade cultural e histórica, alçadas e subsidiadas por esta herança. Porém de modo geral para o lazer local pode-se destacar alguns pontos como a presença de praças, parques e

clubes, o turismo local, como casarões e casa históricos, minas de visitação, teatros, museus, espaços de turismo ambiental, caminhadas, cachoeira e rios, assim como as praias, lagos e lagoas e a serra local (Lopes, Dias e Watanabe, 2021; Prefeitura Municipal de Cocal do Sul, [s.d.]; Prefeitura Municipal de Criciúma, [s.d.]; Prefeitura Municipal de Treviso, [s.d.]; Prefeitura Municipal de Urussanga, [s.d.]

4 JUSTIFICATIVA

Entendendo a importância política e de saúde do cargo de gerente da atenção básica de um município, das implicações sobre as dinâmicas que a gestão na saúde propõe sobre uma população, assim como, o saber também que o modelo do sistema de saúde vigente que, se instalou historicamente sobre atendimentos a demandas agudas, e a situação epidemiológica de tripla carga de doença atual, com forte incidência das doenças crônicas, que propõe um direcionamento ao modo de cuidado continuado e preventivo, assim como da ineficiência deste modelo de cuidado, que é pautado e centralizado na figura do médico, com ações curativas e medicalizantes, o qual mostra resultados ineficazes ao combate das doenças crônicas.

A perspectiva de mudança do olhar sobre a saúde, procurando desenvolvê-la, buscando o bem-estar e qualidade de vida, implicando em aumento dos horizontes de cuidado em saúde, não mais norteados sobre as preocupações das doenças, mas no sentido de buscar o cuidado com a saúde em si, com a aproximação e interlocução de demais áreas além da área da saúde, o qual deve se recobrir com ações de promoção da saúde.

Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada a porta de entrada no SUS e a ordenadora do cuidado, cabe a este nível de cuidado em saúde gerenciar os trâmites em saúde da população, é na APS também que acontecem os primeiros atendimentos e cuidados em saúde, estando sujeita à proximidade com a comunidade., estes pontos essenciais e característicos da APS, deve-se atentar o olhar para a excelência do atendimento para a população, transmitindo assim a educação em saúde, a crítica ao processo de saúde e doença e a utilização da

promoção da saúde como forma de cuidado em saúde e modelação de novos contornos da saúde social.

O conhecimento dos conceitos, políticas e modelos de atendimento se fazem necessário aos cuidados destes eventos que a saúde pública perpassa, estando assim, sobre os coordenadores(as) da atenção básica a responsabilidade de estar cientes das ferramentas, políticas, gestão e da relevância da atenção primária e da promoção da saúde para a administração da situação de saúde atual.

Particularmente e de prospecção pessoal, os motivos da realização desta pesquisa, contornar pontos como, o saber do potencial da educação física para a saúde como forma de cuidado em saúde que visa a melhora da qualidade de vida, fortalecimento da saúde e melhor disposição para as demandas pessoais, além disso a visão de sanitarista propõe a crítica e a construção de soluções com impactos sociais, pensados sobre a saúde das coletividades, tão logo o conhecimento sobre as lacunas percebidas na gestão em saúde sobre promoção de saúde são pontos-chaves para a resolução dos atuais impasses em saúde.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a promoção de saúde na Atenção Primária dos municípios da região de saúde Carbonífera que se situa no sul de Santa Catarina e avaliação da percepção dos coordenadores da atenção básica sobre promoção da saúde.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever o número e o perfil das equipes multiprofissionais, a cobertura da atenção básica e o perfil número de equipes mínimas na atenção básica em cada município da região carbonífera que se situa no extremo sul catarinense;

b) Analisar a percepção sobre promoção de saúde dos coordenadores(as) da atenção básica de cada município da região carbonífera;

6 HIPÓTESES

a) Os municípios apresentam a cobertura de modo abrangente apesar de não cobrir toda a população, e quanto as equipes multiprofissionais, ainda há poucos profissionais em cada município para além da equipe mínima;

b) Os coordenadores(as) da atenção básica mostram pouco conhecimento sobre as descrições conceituais de promoção de saúde, não conhecem por completo o que a saúde compreende e sua percepção ainda esta calçada em conceitos como a ausência de doenças;

c) Sobre o que é promoção de saúde estes ainda estão presos ao entendimento de promoção como prevenção e cuidado com doenças, e não como valorização da vida e da saúde. Porém da qualidade de vida, os coordenadores(as)/secretários(as) de saúde, compreendem de forma melhor, de modo a expor conteúdos melhor conectados com as percepções individuais de qualidade de vida.

d) Sobre a atenção básica, apesar de estes avaliarem como sendo de suma importância para o município, não haverá menção a PS, uma vez apresentada a falta de entendimento do real peso da PS na AB e na rede de saúde.

7 MÉTODOS

7.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quali-quantitativo no modelo transversal, realizado com a coleta de dados tanto nos sistemas informatizados do SISAB, quanto com coleta de dados em campo com um questionário de perguntas fechadas e outro no modelo de entrevista semiestruturada com perguntas abertas.

7.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta dos dados aconteceu mediante contato telefônico com as secretarias de saúde e com os coordenadores(as) da atenção básica ou secretário(a) de saúde, da região Carbonífera, onde será marcado dia e horário para a pesquisa, feita por videoconferência.

7.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo será um dos(as) coordenadores(as) da atenção básica ou secretário(a) de saúde do município vigentes dos municípios da região da Região Carbonífera, que é composta por 12 municípios, sendo eles: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga.

7.3.1 Critérios de Inclusão

Ser o coordenador(a) da atenção básica ou secretário(a) de saúde vigente em um dos municípios da região carbonífera.

7.3.2 Critérios de Exclusão

Não atender a terceira tentativa de entrevista por videoconferência conforme data e horário marcado;

7.4 VARIÁVEIS

Perfil sociodemográfico dos responsáveis pela atenção básica dos municípios da região carbonífera, descrito pelas variáveis: Sexo, idade, cargo, tempo no cargo, outros cargos, tempo de atuação no SUS e na saúde.

Descrição da equipe multiprofissional da Atenção Básica dos municípios da Região Carbonífera, apresentada a partir das variáveis: Cobertura da APS, tipo de estabelecimento, tipo de equipe, equipe mínima e profissionais da equipe multiprofissional.

Descrição da concepção de promoção da saúde, saúde, importância da atenção básica, qualidade de vida, pelos coordenadores(as)(as) da atenção básica ou secretário(a) de saúde dos municípios da região carbonífera;

7.5 COLETA DE DADOS

7.5.1 Procedimentos e logística

A coleta de dados sobre a presença da equipe mínima, da equipe multiprofissional, da estrutura, da cobertura e dos tipos de equipe dos municípios será feita a partir dos dados encontrados nas plataformas de acesso aberto do Ministério da Saúde.

Sobre a avaliação da percepção sobre a promoção de saúde, está foi feita por meio de dois questionários (apêndice A e apêndice B), um com perguntas fechadas aplicado por meio eletrônico do google forms, com os resultados já construídos diretamente em uma planilha do Excel, e outro no modelo de entrevista semiestruturada com a gravação das respostas dos participantes a partir de uma chamada por videoconferência na plataforma meet, com posterior transcrição das respostas para um arquivo de Word, e com nova transcrição para o modo de escrita específico para análise no IRAMUTEQ.

7.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

Foi utilizado um questionário estruturado com perguntas fechadas, elaboradas pelo autor, aplicados por meio de formulário eletrônico, indicado no Apêndice A.

Quanto a entrevista, esta foi feita por meio de videoconferência na plataforma meet, no qual será gravado toda a entrevista para a coleta dos dados qualitativos, a partir de uma entrevista semiestruturada, também construída pelo autor deste projeto, conforme Apêndice B;

7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises quantitativas foram realizadas pelo Software Excel do pacote Office e o software estatístico Stata 14.0, onde as variáveis categóricas foram apresentadas em números absolutos e proporções, e as contínuas com média e desvio padrão. Para as respostas qualitativas foi realizado a transcrição das gravações das entrevistas, de modo literal, com o objetivo de registrar na fala dos entrevistados, opiniões, pensamentos, críticas, perspectiva e conteúdo simbólico sobre os assuntos abordados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Já, na análise qualitativa, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ para análise textual ou léxica do conteúdo, sendo esta abordagem um modelo transgressor da polarização dos estudos qualitativos e quantitativos, uma vez que propõe implementar a quantificação dos conteúdos essencialmente qualitativos, salienta-se que o *software* IRAMUTEQ compreende apenas um instrumento para a análise dos dados, de modo que a análise lexical e a classificação hierárquica descendente serão as análises adotadas para a avaliação dos dados coletados. Na análise lexical utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para visualização das Unidades de Contexto Elementares (UCE), uma vez que estas unidades já estarão lematizadas a partir de análises pregressas do Corpus do Texto (conjunto de textos analisados), deste modo o *software* constrói as unidades de UCE para análise de modo a agrupá-las em conjuntos semelhantes e que se mostrem diferentes dos demais conjuntos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Contextualiza-se aqui que, para as análises qualitativas o uso do programa IRAMUTEQ se fez válido uma vez que este, além de ser um programa gratuito de uso aberto, compatível com a linha de estudo *Open Science*, tem também se tornado referência em pesquisas qualitativas principalmente no âmbito da saúde. Adjunto a isto, a completude do programa ao oferecer diversas análises qualitativas compreendendo até análises mais sofisticadas, como no caso da CHD, além de possibilitar a expressão também em resultados quantitativos, vem quebrando as barreiras da oposição entres estudos destes vieses, assim a possibilidade de realização de diversas análises no próprio *software*, a velocidade, agilidade de aferição, análise e interpretação dos dados, que em pesquisa qualitativa mostram-

se extensivas e exaustiva, são reduzidas a menor tempo e esforço dos pesquisadores desta linha, o que traz a facilidade e a relevância de usá-lo em pesquisas (CAMARGO; JUSTO, 2013; YASMIN; ALVES, 2018).

7.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa será feita após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e autorização do local onde será realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (ANEXO A) sob o número CAAE: 70990123.3.0000.0119, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa serão convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

7.7.1 Riscos e benefícios

Riscos: Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato; quebra da confidencialidade, no entanto, este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante.

Benefícios: Destaca-se pela demonstração da percepção sobre temas essenciais para saúde, como, promoção da saúde, saúde, gestão e qualidade de vida, a partir das respostas dos coordenadores da atenção básica dos municípios da Região Carbonífera, que ocupam cargos de destaque e de posicionamento central quanto aos direcionamentos sobre a saúde dos municípios estudados;

8 RESULTADOS

A região Carbonífera é formada por doze municípios constituintes, e todos foram buscados para participar desta pesquisa, destes, todas os doze respondera o questionário quantitativo e onze aceitaram participar das duas etapas. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino, todas também eram coordenadoras da atenção básica do seu município e formadas em enfermagem, destas, cinco eram cargos concursados e as demais eram cargos comissionados.

A média de idade é de 36,6 anos, sendo a menor idade 25 anos e a maior 52, todas responderam possuir cor de pele branca, a média salarial é de R\$5.889,60 reais. Quanto a formação sete destas possuem pós-graduação, duas possuem mestrado e três apenas o superior completo. Apenas três disseram ter uma ou mais especializações voltadas para a área da gestão pública em saúde.

Das entrevistas, 83,33% (10) disse ser a primeira vez que ocupa esse cargo, a metade (6) indicaram ter outra função além de serem coordenadoras da atenção básica, e entre as demais funções estão ser responsável técnica da enfermagem, coordenadora do PSE, coordenadora da SAMU, coordenadora da saúde mental, e coordenadora da educação permanente em saúde e coordenadora do comitê municipal de atividades de vacinação de alta qualidade.

A média de tempo ocupando tal cargo é de 20 meses (1 ano e 8 meses), porem ressalta-se que a que está a mais tempo neste cargo está a 7 anos e a mais recente está a 5 meses, e quanto ao tempo de serviço dentro do SUS, as que estão a mais tempo estão a vinte e dois anos e a que menos está tem um ano e três meses de atuação, com média geral de 146,3 meses.

Ressalvamos que houve uma perda de dados quanto as participantes, pois, como relatado anteriormente, esta pesquisa possui duas etapas, sendo uma de condição quantitativa, por meio de formulário online, e uma qualitativa por entrevista semiestruturada, porém, uma das participantes como já indicado, não participou das entrevistas, mas respondeu o questionário quantitativo.

Quanto as características da cobertura da atenção primária da região carbonífera, a média geral desta região de saúde é de uma cobertura de 99,94% da população. Dentre os municípios apenas Criciúma apresenta cobertura menor que 100%, sendo que as três menores coberturas pertencem a Criciúma (84,21%), Içara (132,63%) e Nova Veneza (132,63%), já as maiores pertencem aos municípios de Morro da Fumaça (183,75%), Balneário Rincão (179,94%) e Treviso (174,91%). Vale ressaltar que Criciúma destaca-se quanto a população, ocupando quase metade da população da região Carbonífera, assim como é o município que mais possui Estratégia de Saúde da Família (Tabela 1).

Tabela 1: Cobertura da Atenção Primária da Região Carbonífera

Município	Cobertura da Atenção Básica			
	População	Quantidade de equipe de ESF	Quantidade de capacidade da equipe	Cobertura da APS
	N	n	n	%
Cocal do sul	16.956	7	25.500	144,49
Criciúma	219.393	52	184.764	84,21
Forquilha	27.621	11	38.500	139,38
Içara	58.055	19	77.000	132,63
Lauro Muller	15.380	6	21.000	136,54
Morro da Fumaça	18.095	7	33.250	183,75
Nova Veneza	15.515	6	21.000	135,35

Orleans	23.161	9	31.500	136,00
Siderópolis	14.176	5	19.250	135,79
Treviso	4.002	2	7.000	174,91
Urussanga	21.419	9	31.500	147,06
Balneário rincão	13.129	6	23.625	179,94
Carbonífera	446.902	137	446.667	99,94

Fonte: CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos. Novembro de 2023

Sobre o tipo de estabelecimento há na região 127 Estratégia de Saúde da Família (ESF), 105 Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e 6 Polo de academia da Saúde. Os municípios que mais possuem ESF são Criciúma (45), Içara (17) e Forquilha (11), e estes respectivamente são também os municípios que mais possuem ESB, sendo Criciúma com 41, Forquilha com 11 e Içara com 8. E do Polo de academia da saúde, os municípios de Criciúma, Forquilha, Içara, Treviso, Urussanga e Balneário Rincão possuem uma cada.

Destacamos também que os municípios com maior quantidade de ESF e ESB são também os municípios com maior número populacional, uma vez definida a relação direta entre número de estabelecimentos de saúde e o quantitativo da população (Tabela 2).

Tabela 2: Tipos de estabelecimento dos municípios da região Carbonífera

Município

Tipo de estabelecimento

	Estratégia de Saúde da Família	Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal	Polo de academia da saúde
	n (%)	n (%)	n (%)
Cocal do sul	7 (5,51)	6 (5,71)	-
Criciúma	45 (35,43)	41 (39,05)	1 (16,67%)
Forquilha	11 (8,66)	11 (10,48%)	1 (16,67%)
Içara	17 (13,39)	8 (7,62)	1 (16,67%)
Lauro Muller	6 (4,72)	6 (5,71)	-
Morro da fumaça	7 (5,51)	6 (5,71)	-
Nova Veneza	6 (4,72)	6 (5,71)	-
Orleans	9 (7,09)	8 (7,62)	-
Siderópolis	5 (3,94)	5 (4,76)	-
Treviso	1 (0,79)	1 (0,95)	1 (16,67%)
Urussanga	8 (6,30)	4 (3,81)	1 (16,67%)
Balneário rincão	5 (3,94)	3 (2,86)	1 (16,67%)
Total (Carbonífera)	127	105	6

Fonte: DataSUS. Novembro de 2023

Sobre as equipes, todos os municípios possuem equipes de Estratégias de Saúde da Família e de Saúde Bucal, e apenas Criciúma, Içara, Morro da Fumaça, Siderópolis, Treviso e Balneário Rincão possuem equipe de Atenção Primária.

Das equipes de eSF, Criciúma (37,86%), Içara (13,57%) e Forquilhinha (7,86%), são os municípios que possuem o maior subsídio dessas equipes. Já das eSB, Criciúma (41,59%) e Forquilhinha (8,85%), são os dois municípios que lideram com o maior quantitativo, seguidos por Içara, Morro da Fumaça e Orleans com 8 unidades cada (7,08%). No total a região Carbonífera possui então 140 eSF, 113 eSB e 12 eAP.

Tabela 3: Tipo de equipe

Município	Tipo de equipe		
	Equipe de Saúde da Família (eSF)	Equipe de Saúde Bucal (eSB)	Equipe de Atenção Primária (eAP)
	n (%)	n (%)	n (%)
Cocal do sul	7 (5,00)	6 (5,31)	-
Criciúma	53 (37,86)	47 (41,59)	2 (14,29)
Forquilhinha	11 (7,86)	10 (8,85)	-
Içara	19 (13,57)	8 (7,08)	5 (35,71)
Lauro Muller	6 (4,29)	6 (5,31)	-
Morro da fumaça	7 (5,00)	8 (7,08)	4 (28,57)
Nova Veneza	6 (4,29)	6 (5,31)	-
Orleans	9 (6,43)	8 (7,08)	-
Siderópolis	5 (3,57)	5 (4,42)	1 (7,14)
Treviso	2 (1,43)	2 (1,77)	1 (7,14)
Urussanga	9 (6,43)	4 (3,54)	-

Balneário rincão	6 (4,29)	3 (2,65)	1 (7,14)
Total (Carbonífera)	140 (100)	113 (100)	14 (100)

Fonte:DataSus. Novembro de 2023

Da equipe mínima, todos os municípios possuem todos os membros deste modelo de equipe. Já quanto ao quantitativo, Criciúma (269;37,89%), Içara (75;10,56%) e Forquilha (57;8,03%) são, respectivamente, os municípios que mais possuem ACS. Para médico(a) os municípios que mais possuem destes profissionais são Criciúma (39,62%), Içara (16,04%) e Orleans (6,60%). Já Treviso (1,89%) e Siderópolis (2,83%), são respectivamente, os que menos possuem médicos.

Completando a equipe de enfermagem, do modelo de equipe mínima, Criciúma (40,89%) e Forquilha (13,30%) são os dois municípios que mais possuem Téc./Aux. de enfermagem, e Lauro Muller (1,72%) e Treviso (1,97%) são os que menos possuem Téc./Aux. de enfermagem, e dos enfermeiro(a), Criciúma tem 35,52% (65), Forquilha e Içara com 11,48% (21) e Cocal do Sul e Balneário Rincão com 6,01% (11), ocupando as primeiras posições quanto ao maior quantitativo desses profissionais.

Deste modo, de forma geral a região Carbonífera, possui de suporte da equipe mínima, 710 ACS, 183 enfermeiros, 106 médicos e 406 Téc./Aux. de enfermagem.

Tabela 4: Profissionais da equipe mínima

Município	Profissionais da equipe mínima		
	Agente comunitário de saúde (ACS)	Enfermeiro(a)	Médico(a)

	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cocal do sul	39 (5,49)	11 (6,01)	5 (4,72)	17 (4,19)
Criciúma	269 (37,89)	65 (35,52)	42 (39,62)	166 (40,89)
Forquilha	57 (8,03)	21 (11,48)	6 (5,66)	54 (13,30)
Içara	75 (10,56%)	21 (11,48)	17 (16,04)	45 (11,08)
Lauro Muller	37 (5,21)	6 (3,28)	4 (3,77)	7 (1,72)
Morro da fumaça	26 (3,66)	10 (5,46)	5 (4,72)	13 (3,20)
Nova Veneza	38 (5,35)	9 (4,92)	4 (3,77)	19 (4,68)
Orleans	54 (7,61)	10 (5,46)	7 (6,60)	28 (6,90)
Siderópolis	32 (4,51)	7 (3,83)	3 (2,83)	16 (3,94)
Treviso	14 (1,97)	2 (1,09)	2 (1,89)	8 (1,97)
Urussanga	45 (6,34)	10 (5,46)	6 (5,66)	14 (3,45)
Balneário rincão	24 (3,38)	11 (6,01)	5 (4,72)	19 (4,68)
Total (Carbonífera)	710 (100)	183 (100)	106 (100)	406 (100)

Fonte:DataSus. Novembro de 2023

Já da equipe multiprofissional, apenas do profissional de educação física (PEF), não foram encontrados registros nas plataformas pesquisadas. De visão geral, a região Carbonífera possui 289 fisioterapeutas, 251 farmacêuticos, 12 nutricionistas, 135 cirurgiões-dentistas e 261 psicólogos, tendo concentrações maiores destas profissões nas cidades de Criciúma, Içara e Morro da Fumaça, sendo que Treviso, Balneário Rincão e Lauro Muller, possuem as menores concentrações.

Ressalta-se aqui que, os profissionais fisioterapeutas e farmacêuticos, nas bases de dados que foram pesquisados, não possuem divisão especificada quanto ao nível de atuação na rede, logo contabilizou-se aqui o quantitativo total destes profissionais, e não somente os que atuam na atenção básica, os demais possuíam tal divisão.

Tabela 5: Profissionais da equipe multiprofissional

Município	Profissionais da equipe multiprofissional					
	Fisio*	Farma*	Nutri	Cirurgião- dentista	PEF	Psico
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cocal do sul	18 (6,23)	11 (4,38)	1 (0,88)	11 (8,15)	-	9 (3,45)
Criciúma	137 (47,40)	158 (62,95)	67 (59,29)	45 (33,33)	-	135 (51,72)
Forquilha	11 (3,81)	4 (1,59)	4 (3,54)	17 (12,59)	-	20 (7,66)
Içara	51 (17,65)	30 (11,95)	9 (7,96)	9 (6,67)	-	21 (8,05)
Lauro Muller	7 (2,42)	7 (2,79)	2 (1,77)	6 (4,44)	-	7 (2,68)
Morro da fumaça	17 (5,88)	9 (3,59)	2 (1,77)	11 (8,15)	-	19 (7,28)
Nova Veneza	14 (4,84)	5 (1,99)	17 (15,04)	7 (5,19)	-	9 (3,45)
Orleans	8 (2,77)	12 (4,78)	2 (1,77)	8 (5,93)	-	13 (4,98)
Siderópolis	7 (2,42)	3 (1,20)	2 (1,77)	9 (6,67)	-	10 (3,83)
Treviso	2 (0,69)	3 (1,20)	3 (2,65)	2 (1,48)	-	3 (1,15)
Urussanga	12 (4,15)	8 (3,19)	3 (2,65)	6 (4,44)	-	9 (3,45)
Balneário rincão	5 (1,73)	1 (0,40)	1 (0,88)	4 (2,96)	-	6 (2,30)
Total (Carbonífera)	289 (100)	251 (100)	13 (100)	135 (100)	-	261 (100)

Fonte: DataSus. Novembro/2023. Fisio-Fisioterapeuta; Farma-Farmacêutico(a); Nutri-Nutricionista; PEF- Profissional de educação física; Psico-Psicólogo(a) *Não há divisão no DataSus de atuação na AB e demais níveis da rede.

O Quadro 1, indica as características das participantes da pesquisa, com as principais condições de interesse para esta pesquisa, como qual cargo ocupa, a quanto tempo está no cargo, a quanto tempo trabalha na área da saúde, formação, especialização, e se ocupa mais de uma função na prefeitura. Devido ao sigilo, cada entrevistada ganhou uma codificação definida em cada coluna, sendo “E” para entrevista, e a numeração para ordenamento das mesmas.

Quadro 1: Característica das pesquisadas

Entrevista	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Variável						
Qual a sua idade?	44	36	52	46	29	45
Qual a sua escolaridade?	Pós-graduação	Mestrado	Pós-graduação	Pós-graduação	Superior completo	Pós-graduação
Este cargo é:	Comissionado	Concurso	Concurso	Comissionado	Comissionado	Comissionado
É a primeira vez que você ocupa este cargo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Tens alguma outra função	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim

além de Secretário (a) de saúde / Coordenador(a) da Atenção Básica?						
A quanto tempo está no cargo de Secretário (a) de Saúde / Coordenador(a) da Atenção Básica?	1 ano	5 meses	8 meses	1 ano e 4 meses	8 meses	7 anos
Já ocupou algum outro cargo na prefeitura ?	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
A quanto tempo você trabalha na área da	22 anos	8 anos	23 anos	22 anos	5 anos	20 anos

saúde no SUS?						
A quanto tempo você trabalha na área da saúde no geral?	22 anos	15 anos	27 anos	22 anos	10 anos	22 anos
Entrevista	E7	E8	E9	E10	E11	E12
Variável						
Qual a sua idade?	25	28	36	27	29	42
Qual a sua escolaridade?	Superior completo	Pós-graduação	Mestrado	Superior completo	Pós-graduação	Pós-graduação
Este cargo é:	Comissionado	Concurso	Concurso	Comissionado	Comissionado	Concurso
É a primeira vez que você ocupa este cargo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Tens alguma outra função	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não

além de Secretário (a) de saúde / Coordenador(a) da Atenção Básica?						
A quanto tempo está no cargo de Secretário (a) de Saúde / Coordenador(a) da Atenção Básica?	5 meses	1 ano e 7 meses	1 ano e 9 meses	há 1 ano e 2 meses	12 meses	3 anos
Já ocupou algum outro cargo na prefeitura ?	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
A quanto tempo você trabalha na área da	1 ano e três meses	6 anos	8 anos	há 6 anos.	6 anos	20 anos

saúde no SUS?						
A quanto tempo você trabalha na área da saúde no geral?	1 ano e três meses	6 anos	13 anos	há 8 anos	9 anos	20 anos

Fonte: Elaborado pelo autor. 2024

Dos resultados qualitativos, o programa IRAMUTEQ, reconheceu todos os 11 corpus de textos submetidos a sua análise, tendo como base apenas uma temática. Os resultados contabilizaram um total de 9.291 ocorrências, 1.042 formas e 502 hapax, tendo uma média de ocorrência no texto de 844.64 por texto, tendo como referência um qui-quadrado de 3,84. Quanto a Classificação Hierárquica Descendentes (CHD), programa dividiu os textos em 5 classes diferentes, conforme a imagem a seguir:

Figura 4: Dendrograma de classes da percepção sobre promoção de saúde dos coordenadores da atenção básica dos municípios da Região Carbonífera



Após estruturadas pelo programa e tendo seu material analisado com base no conteúdo interno das classes, estas receberam as seguintes nomeações: Classe 1 (vermelha): Ações de Promoção da Saúde; Classe 2 (Cinza): A percepção de Promoção da Saúde; Classe 3 (Verde): Desenvolvimento da Promoção da Saúde no e pelo indivíduo; Classe 4 (Azul): Ferramentas para o desenvolvimento da Promoção da Saúde; Classe 5 (Roxa): O conceito de qualidade de vida. A escolha dos títulos de cada classe, foi feita com base no conteúdo interno das respostas alocadas em cada uma delas.

Na primeira partição, o corpus foi separado em dois grandes grupos, uma formada pela classe 5 e uma segunda parte pela junção das demais classes. Na segunda partição, têm-se então a divisão das classes contrapostas de um lado 1 e 4, e do outro lado 2 e 3.

Para as citações dos segmentos de texto utilizara-se de três condições para identificação das entrevistas dos mesmos, sendo a primeira condição formada pela letra "E" indicando que se trata dos trechos das entrevistas, e um algarismo numérico (1,2,3...11), indicando de qual entrevista vem o trecho. A segunda condição, que será apresentada entre parênteses, tratará da indicação do tempo de cargo da entrevistada e

da sua função de interesse para esta pesquisa, sendo indicada pelo tempo (Ex.: 1 ano e 2 meses), e a terceira, será a indicação da formação da participante, como superior, pós-graduação ou mestrado. Logo em um exemplo direto, encontra-se Ex.: E10 (1 ano e 2 meses, superior).

A Classe 5, nomeada como “O conceito de qualidade de vida”, possuiu 21% das falas, e tem sua estruturação baseada no entendimento das coordenadoras da AB sobre o que é qualidade de vida. Tal conteúdo foi explorado durante as entrevistas, uma vez que se entende que a promoção de saúde tem pressupostos baseados na qualidade de vida, tão logo o entendimento deste conceito basifica o entendimento e posterior desenvolvimento da PS. Falas como as a seguir descrevem com pormenores a indicação do que é entendido como qualidade de vida:

“Qualidade de vida no meu entendimento pessoal e de gestão, é realmente eu ter o mínimo de condições de básicas, é de eu conseguir ter acesso, de eu conseguir ter uma renda, por mais que eu vá depender ou não de algum auxílio, mas que eu consigo ter uma renda, que eu consiga ter acesso à educação, que eu consiga ter acesso a saúde, mas de uma forma não só curativa e sim de uma maneira preventiva, qualidade de vida, que eu tenha um meio social que me permita efetivar essa qualidade de vida por exemplo, fazer uma caminhada na rua eu preciso ter, preciso dar pra população uma via segura de caminhar, eu não posso sair na rua pra caminhar e ter saúde e perder os meus bens que eu trabalhei o mês inteiro que eu adquiri, é tudo isso, a gente ter acesso a essas pecinhas que estruturam a sociedade, a saúde, segurança, educação, e pra além disso eu conseguir com minha própria condição promover essa qualidade de vida e, não apenas depender de um sistema, depender de uma ajuda de terceiro.” E10 (1 ano e 2 meses atuação, superior)

Outra entrevistada desta classe, ainda complementa que, para além de determinadas condições destacadas na fala anterior, demais pontos também são constituintes da qualidade de vida, incluindo o lazer e a satisfação das necessidades percebidas em sua fala:

“ah tenho meu trabalho mas, com o meu trabalho eu consigo ter a minha casa, eu consigo ter um lazer, eu consigo fazer uma academia, eu consigo ir no mercado comprar algo que seja necessário para mim” é tudo que norteia a tua vida, tudo que te traz... aquilo tudo que é necessário pra tua

vida e que te sacia, que te traz realmente, que te dá satisfação.” E3 (8 meses atuação, superior)

A classe 4 (azul): “Ferramentas para o desenvolvimento da Promoção da Saúde”, aglomerou em seus conjuntos de textos, as indicações do que se entende como meios pelos quais a PS se desenvolve e pode se desenvolver em cada município. Esta classe contou com 17,2% dos textos. As falas a seguir trazem tanto a indicação destes movimentos, quanto dos entraves observados que, por vezes, dificultam o desenvolvimento da mesma. Nas falas a seguir segue as principais ferramentas destacadas:

“...atividades de educação em saúde, também como algo transformador, então é grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, grupo com as gestantes, grupos de doenças crônicas, grupos de saúde mental.” E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação)

Mas, também foram abordadas temáticas mais coletivas como quando citado a iniciativa de criar e implantar um conselho local de saúde:

“uma outra ação que a gente ta fazendo aqui no município, pra tentar dentre tantos objetos trabalhar a promoção de saúde, é a criação do conselho local de saúde” E10 (1 ano e 2 meses atuação, superior)

Quanto as barreiras encontradas nesta temática, as citações indicam que as principais dificuldades se encontram no campo político e no campo social, com críticas colocadas sobre as políticas e as esferas de governo superiores a municipal, que aplicam pouco incentivando a PS, como indicado no trecho a seguir:

“então assim acaba que a gente gostaria também de fazer mais promoções, porém a gente não consegue por causa das políticas públicas, eles não dão esse subsídio para os municípios onde compromete a questão de fazer mais promoções.” E6 (7 anos atuação, pós-graduação)

Já no campo social, a cultura da procura por saúde apenas em casos de doenças, e a expectativa de que o empenho do profissional de saúde se aplica apenas quando o paciente sai da consulta com requisições de exames, é visto também como uma barreira sobre a PS, uma vez que esta também se expande a outros âmbitos para além do cuidado unidirecional com a doença, o que é mostrado no segmento do texto que se segue:

“mas se eu sentar e dizer qual exame tu queres? ela vai te agradecer um monte. Até tem um ditado que a gente fala ne? Que profissional bom é aquele que te dá um monte de receita e um monte de exame, então eu vejo que fazer esse movimento de virada de chave assim e o que vai demandar bastante” E10 (1 ano e 2 meses atuação, superior)

A classe “Desenvolvimento da promoção da saúde no e pelo indivíduo” (classe 3), coloca o paciente na centralidade dos arranjos da promoção da saúde, tendo como referência os cuidados profissionais e do próprio indivíduo, mas visto sob um olhar da rede. As respostas aqui aglutinadas elencam a visão de que a PS está diretamente ligada a presença de profissionais para o atendimento deste paciente. A seguir, listam-se as respostas que mais descrevem esta classe:

“eu vou lá e vou ofertar, eu vou ofertar, vou promover a esse paciente um atendimento com a nutricionista, eu tenho nutricionista na casa, eu tenho um paciente que é um pouco mais idoso que não tem conhecimento com medicamento, então eu vou ofertar a minha farmacêutica pra ir na casa pra tentar separar de alguma forma os medicamentos, tentar mandar um técnico, enfermeiro, para melhor direcionar...para ver como que esse paciente ta fazendo o curativo, pra mim promover a saúde é ofertar o serviço e fazer com que o paciente entenda o que que ele está fazendo.” E11 (1 ano atuação, pós-graduação)

No trecho a seguir, a lógica de atendimento se mantém, porém vê-se que a referência do cuidado em saúde, já não parte da própria saúde, mas da presença de um agravo (dor), buscando reestabelecer um estado anterior equilibrado, um retorno à saúde. A fala se discorre deste modo: *“vamos supor pra sanar aquele problema, sanar a dor, dar os devidos encaminhamentos pro paciente, ta prestando*

uma atenção mais especializada, um acompanhamento mais integral do indivíduo” E7 (5 meses atuação, superior).

Outro trecho, reflete sobre a percepção do próprio paciente quanto aos seus cuidados em promover a saúde, novamente destacando as barreiras histórico-culturais sobre a saúde, que ainda existem, e que unidirecionalmente colocam o “cuidar da saúde”, vinculado aos cuidados médicos e uso de mediação, onde na fala da coordenadora, que relatou como se indicasse as falas de um paciente: *“af agora eu resolvi o meu problema, porque eu estou com uma medicação, então assim o promover a saúde realmente é desmistificar é a gente resgatar o conceito...”* E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação).

A mesma entrevistada ainda traz junto em seu discurso, a corresponsabilidade do paciente em realizar o seu autocuidado, tornando este, também participante do processo de cuidado em saúde e incluindo-o para além de mero participante passivo, mas de parte ativa do desenvolvimento da sua saúde, onde ela destaca da seguinte maneira em sua fala: *“acho que autocuidado assim é uma palavra bem forte, assim pra mim, porque de nada adianta você levar para o paciente se ele não incorpora essa palavra e diz eu também sou responsável”* E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação)

A classe cinza (Classe 2), foi intitulada de “A percepção de promoção da saúde”, e conta com falas sobre a temática central desta pesquisa, por tal motivo também se justifica a presença maior quantidade de segmentos de texto nesta seção. Nesta seção será possível observar o que é relatado sobre promoção de saúde, e como a presença do conceito de prevenção de doenças é bastante enunciada. Destaca-se novamente também a corresponsabilidade entre setor público e sociedade, as necessidades de melhor qualificação entre profissionais e população sobre PS, e as dificuldades que existem em se desenvolver a promoção de saúde mediante as barreiras culturais e estruturais impostas sobre o sistema de saúde, o que pode ser observado nos seguintes trechos das entrevistas:

“pra que essas pessoas, é consigam com seu autocuidado auxiliado com o cuidado que a rede de saúde, proporcionar pras pessoas, evitar a piora dos seus problemas de saúde das suas doenças” E2 (5 meses atuação, mestrado)

“então evitar o agravamento daquelas doenças que já existem, ou então melhor, evitar que realmente adoçam de fato então é isso no meu pensamento é promover a saúde por meio de os diversos setores E2 (5 meses atuação, mestrado).

Destacam diversos pontos, como a intersetorialidade, a corresponsabilidade e a presença forte da visualização da saúde ainda conectada com o conceito de doença e de prevenção de doenças. A fala a seguir, mostra que se entende que os profissionais da rede também estão envolvidos no entendimento de PS presa a prevenção de doenças, e que isso acaba refletindo tanto na rede como na concepção passada ao usuário do que são os atendimentos na saúde:

“então primeiro tem que resgatar isso com profissionais de saúde, sim porque às vezes até eles esquecem disso, esquecem o que é promover a saúde falando da saúde realmente no conceito dela, e parar de falar da doença, porque hoje a gente infelizmente a gente acaba cuidando muito da doença e não cuidando da saúde, mas aí eu vejo também como um ponto importante que não é só o profissional passar o conhecimento” E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação)

A fala de outra entrevistada corrobora com o conteúdo do texto anterior, incluindo ainda outros fatores, como o modelo como o sistema de saúde que está estruturado para cuidar dos estados de doença, esquecendo-se do cuidado diretamente com a saúde. Isso mostra também que a PS pode ser uma forma de reformular o modo como a saúde se porta sobre a sociedade a fim de mostrar novos caminhos para os cuidados em saúde tanto no próprio sistema de saúde quanto novas formas para a sociedade:

“trabalhar esse contexto do cuidar realmente da saúde e não da doença, que eu vejo assim hoje, eu acho que é o que o povo mais faz, não cuidam da saúde, cuidam da doença, sempre digo que a gente não tem um sistema de saúde, a gente tem um sistema de doença, pra mim a promoção de saúde enquanto coordenação eu acho que vai ser a chave

que a gente precisa virar pra realmente ter um sistema de saúde.” [...] porque eu tenho um sistema de saúde doente cuidando de uma população mais doente e dependente, então o sentar pra conversar com uma pessoa pra falar sobre saúde, ela vai te olhar torto...pra realmente fazer eles entender o que é saúde o que é doença sabe é aquilo que eu falei, a gente ta fazendo esses movimentos eu acho que o resultado disso vai surgir daqui uns 5 ou 6 anos.” E10 (1 ano e 2 meses atuação, superior).

Ademais, ainda nesta classe, uma das falas descreveu diretamente a promoção de saúde relacionada aos comportamentos individuais, a responsabilidade do setor de saúde de dispor os conhecimentos necessários para que a população tenha habilitação suficiente para realizar as suas escolhas:

“Promoção de saúde é quando tu consegue desenvolver atividades que possam levar informação, conhecimento, orientação pra que as pessoas possam entender o que elas podem fazer que vai trazer impacto pra vida dela, que vai trazer um impacto positivo, que vai trazer qualidade de vida, que vai trazer saúde pra ela, é a gente oferecer informações conhecimento que possam mudar a forma da pessoa viver, o comportamento” E3 (8 meses atuação, superior).

Por conseguinte, e como destacado na introdução desta classe, a presença do conceito de prevenção em saúde se fez bastante explícito, e foi destacado por falas que por vezes confundem os conceitos de promoção e de prevenção em saúde. Ressaltamos que entende-se a interseccionalidade entre ambos os conceitos, mas nas falas destacadas a seguir, viu-se que não se tratavam restritamente destes pontos de intersecção. Como descrito no segmento a seguir, em que apesar de referenciar a qualidade de vida por fim, a entrevistada toma como referência o cuidado com o surgimento de doenças:

“a promoção da saúde ela engloba o orientar as pessoas sobre tudo o que pode ser feito para que a doença não chegue, mas também de todos esses aspectos que a gente falou sobre qualidade de vida” E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação).

Assim como na fala a seguir, a entrevistada nomeia a promoção como prevenção e usa a presença e a prevenção das doenças como orientação sobre a saúde:

“Pra mim a promoção de saúde é tu prevenir, o que ainda a gente consegue prevenir, pra que a doença não se instale, porque assim, depois de instalada tu pode até fazer uma promoção de saúde, mas ali dentro da promoção primeiro você faz as ações para prevenir, promoção, a gente já vem, promoção de saúde aí a gente tem um contexto, então vamos fazer uma ação[..] a promoção da diabetes é a doença já instalada, então assim a gente deve fazer essa promoção com a prevenção junto, eu não sei o que fazer. Promoção é prevenção pra mim.” E6 (7 anos atuação, pós-graduação).

Por fim, a classe 1 nomeada de “Ação de promoção da saúde”, relaciona as ações que foram indicadas como promoção de saúde, que no decorrer desta classe, vão desde capacitar a população com mecanismos de educação em saúde e educação permanente, com a internalização dos conhecimentos pelo paciente, até a indicação dos meses alusivos a doenças e agravos. Como no texto a seguir que enaltece a importância da educação permanente: *“do que é promoção de saúde ele não vai ter esse entendimento se a gente não bater o tempo inteiro nessa tecla então educação permanente ela é algo realmente assim transformador na saúde.” E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação).*

E dentro da educação permanente e educação em saúde, a utilização dos grupos, como um meio mais efetivo em que o paciente verifica a validação e incorporação dos conhecimentos para si, como destacado no trecho a seguir: *“claro que palestras são importantes pra grandes profissionais com grandes conhecimentos, também é fundamental tudo isso agrega, mas o grupo ele oportuniza a conversa ele oportuniza a troca ele oportuniza que todos falem” E4 (1 ano e 4 meses atuação, pós-graduação)*

Outra entrevistada indicou diretamente o que ela percebe como promoção de saúde, principalmente sobre os grupos de educação em saúde e da realização das ações intersetoriais: *“ações que eu vejo como promoção de saúde, grupos de caminhada eu vejo como promoção de saúde, rodas de conversa sobre saúde*

mental, sobre alimentação saudável, o estar indo na o programa saúde na escola eu vejo como promoção de saúde.” E10 (1 ano e 2 meses atuação, superior)

Adjunto ao conteúdo de ação intersetorial, uma das entrevistadas ainda relatou que no seu município existe, para os casos mais complexos, uma reunião intersetorial para discussão e resolução destes casos específicos: *“essas as vezes ações que são feitas em conjunto por que uma coisa leva a outra então os nossos pacientes em vulnerabilidades essas questões a gente precisa tratar com CREAS e CRAS”* E8 (1 ano e 7 meses atuação, superior).

Contudo, em se tratando de ações com a comunidade, uma das maiores dificuldades vistas é quanto à adesão, que se conecta diretamente com o horário em que as ações são realizadas, e que é destacado pela fala a seguir:

“é que promovem isso também pros usuários, mas a gente infelizmente não tem uma adesão tão grande quando se trata dos adultos, nessa parte de promoção de saúde por várias questões, até mesmo de horário” E9 (1 ano e 9 meses atuação, pós-graduação).

E além disso, outra dificuldade destacada por outra entrevistada foi a falta de financiamento pelas demais estâncias de governo, em que ela relata que: *“porque hoje a gente não tem um custeio no ministério da saúde a gente faz a promoção de saúde e a prevenção de saúde com dinheiro próprio.”* E6 (7 anos atuação, pós-graduação).

Ademais, nesta classe também fica perceptível a presença da prevenção de doenças, mesmo quando indagado apenas sobre a PS, como indicado nos parágrafos a seguir:

“à mesma coisa a questão das palestras, a gente faz palestras em empresas, faz onde solicitam pra gente e a gente leva informações de promoção de saúde, prevenção, pra pessoa saber identificar algo precoce nela mesmo. [...] não deixar aquilo agravar e quando procurar um atendimento já estar em um estágio mais avançado, seriam ações tanto conscientização quanto prevenção no caso gera a promoção de saúde”. E7 (5 meses atuação, superior).

9 DISCUSSÃO

Dentre os resultados das características da cobertura da APS dos municípios da região Carbonífera, vemos que a média geral é de 99,94% com apenas um município com cobertura menor que 100%, sendo este também o de maior porte populacional. Bitoun, Bezerra e Soares (2024) conduziram uma pesquisa com todas as regiões de saúde do estado de Pernambuco, e das regiões de saúde que se aproximam em quantitativo populacional da região Carbonífera, a porcentagem da cobertura também se mostra próxima, como o caso da região de saúde VI GERES Arcoverde, com uma população de 316.169 pessoas em 13 municípios e uma cobertura de 99,21%, ou o caso da IX GERES Ouricuri, que com uma população de 360.110 pessoas, 11 municípios e possui uma cobertura de 89,86%, já distanciando-se das demais regiões mencionadas.

Vale destacar que, apesar de proximidade populacional geral, quando avaliado a distribuição populacional das 3 regiões, ambas de Pernambuco (VI e IX) se convergem, pois os seus municípios tem populações semelhantes, com leves divergências, não tão discrepantes quantas as que a região Carbonífera apresenta, com um acúmulo populacional exacerbado em uma única cidade (BITOUN;BEZERRA;SOARES, 2024).

Em escala federativa, o Brasil no mesmo período (outubro de 2023) apresentava uma cobertura estimada em 79,21% (E-GESTOR, 2023), demonstrando a extensiva abrangência da região Carbonífera quanto a cobertura da APS. Porém ressaltamos também que há incompatibilidades entre esta comparação, a própria região Carbonífera é parte constituinte do território brasileiro, assim como, expandir um comparativo entre ambas as partes é desconsiderar as variabilidades territoriais, sociais, políticas, sociais e estruturais presentes em um país com extensão continental, assim como a própria constituição de uma região de saúde que se faz a partir da interlocução, entre municípios limítrofes ou não, mas que possuem compatibilidade social, cultural, política e regional, como prediz a própria legislação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Mas, a título de comparação regional em relação ao país, tal comparação é válida a fim

de evidenciar o posicionamento da região Carbonífera tomando como referência o território brasileiro.

Nunes (2018) conduziu uma revisão sistemática com 20 estudos brasileiros sobre internações por condições sensíveis a APS (ICSAP) e a cobertura da APS nos estados brasileiros, e apesar de mencionar o evidente decréscimo das ICSAP concomitante ao aumentos da cobertura da ESF o autor ressaltou que demais condições também devem ser avaliados para considerar a cobertura como responsável por este decréscimo, uma vez consideradas as múltiplas implicações sobre o sistema de saúde e seus resultados, como condições geográficas, políticas, sociais e individuais.

Já Pinto e Giovanella (2018), realizaram outro estudo com a mesma temática, porém com a nomenclatura de internação por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB), utilizando as bases de dados públicas do SUS, como SIAB e o DATASUS, para a compilação dos dados hospitalares e da atenção básica, assim como consideraram o período de 2001 a 2016 para o cálculo das ICSAB das capitais mais populosas do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Salvador e Fortaleza). E os autores concordam com Nunes (2018) na impossibilidade de isolar tais resultados unicamente ao avanço da cobertura da APS, contudo salientam que é bastante plausível que tais resultados tenham interações diretas.

Deste modo os autores argumentam a importância de se sustentar uma APS em expansão e estruturada, a fim de proporcionar maior aporte de cuidado a população com resultados já evidentes sobre a saúde da sociedade.

Quanto aos resultados sobre os profissionais da equipe mínima, quando comparado com uma das regiões de saúde que a região Carbonífera faz divisa, a região do Extremo Sul Catarinense, a região Carbonífera possui mais que o dobro do quantitativo populacional quando comparada com esta. Porém, tal comparabilidade não se repete quanto ao quantitativo de profissionais médicos, assim, enquanto a região Carbonífera possui 106 médicos no total, a região do Extremo Sul Catarinense possui 115 médicos de família e comunidade. Quanto a equipe de enfermagem, a região Carbonífera possui 406 técnicos/auxiliares de

enfermagem e 183 enfermeiros(as), enquanto a região do Extremo Sul Catarinense possui 114 enfermeiros(as) e 143 técnicos/auxiliares de enfermagem, logo, a região Carbonífera possui 69 mais enfermeiros(as) e 263 mais técnicos/auxiliares de enfermagem, o compactua com a conformidade do maior aporte populacional (DATASUS, 2023).

Já quando comparados os dois maiores municípios de cada região, vemos grandes discrepâncias entre estes, pois Araranguá, o maior município da região do Extremo Sul Catarinense, possui apenas 16 médicos(as) e 26 enfermeiros(as), enquanto Criciúma possui 42 médicos(as) e 65 enfermeiros(as), totalizando quase o dobro de profissionais (PAULA; MARTINS; NEGRO-DELLACQUA, 2020).

Outro profissional de suma importância para a capilarização do sistema de saúde é o agente comunitário de saúde (ACS), com seu papel intrínseco dentro da comunidade, o ACS tem como fundamento manter o contato da comunidade com a unidade de saúde, afim de elencar as principais demandas percebidas pela comunidade, cabe a ele também gerar a vinculação entre as famílias e o acesso à saúde, os trâmites de informações, as adequações e as direcionamentos de saúde também cabem a esse profissional, a sua principal particularidade é também o seu maior expoente de trabalho, a sua extensividade na comunidade o torna a saúde além da estrutura das UBS's, logo, a ele cabe os primeiros contatos da comunidade com a prevenção e a promoção de saúde, realizados por caminhos como a busca ativa, a vinculação e a longitudinalidade do cuidado (ZELFA; FEITOSA, 2018).

dados nacionais dos anos de 2017 e 2019 analisados por Ellen e Gomes (2021), mostraram uma redução da presença deste profissional entre os anos estudados, apesar de aumentos e reduções frequentes entre os anos, no comparativo entre 2017 e 2019, foi verificado uma redução no número de ACS, com resultados mais relevantes para os estados do Centro-Oeste e Sul, para os estados com maiores valores no índice de Gini e com os municípios com menos de 30 mil habitantes, adjunto a isso, os municípios com mais de 100 mil habitantes apresentaram maior risco para redução no número de ACS. Tal achado denota atenção, ao indicar uma redução nacional e também regional do quantitativo de

ACS, sendo profissional de suma potência para o desenvolvimento da promoção da saúde na comunidade.

Da equipe multiprofissional, apesar do quantitativo elevado de profissionais, estes ainda apresentam baixa estruturação para os atendimentos da AB, como destaca Fernandes (2022) sobre a atuação do profissional fisioterapeuta, que teve o menor aporte observado na atenção básica entre os anos de 2010 e 2020, quando comparado com os níveis de atuação de média e alta complexidade do Brasil. Apesar dos autores terem relatado um aumento de 114% dos quantitativo de profissionais da AB no território nacional, quando ponderada este valor, percebe-se na verdade um decréscimo da presença do fisioterapeuta nas UBS's.

importância para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças e de agravos, o profissional nutricionista tem seu papel na AB pautada em ações alimentares de cunho individual/familiar e epidemiológico, a fim de pensar melhores estratégias alimentares buscando restaurar e manter quadros de segurança alimentar e nutricional na comunidade, e propriamente na PS este, aliado à sua principal ferramenta, que é a alimentação adequada e saudável, busca desenvolver a melhor qualidade de vida e desenvolvimento humano (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 2023).

A nível federativo, o comparativo de crescimento da presença dos profissionais nutricionista entre o ano de 2008 e 2013, foi de um aumento de 83% nas unidades ou centros de saúde de todo o país, sendo que na região sul este aumento foi de 62%, segundo dos dados do CNES Carvalho et al. (2018). Apesar deste aumento considerável, em nosso estudo, o profissional nutricionista ainda ocupa a penúltima posição entre os profissionais mais presentes na AB, tendo valores maiores apenas do que os Profissionais de Educação Física (PEF), que não possuem registros no sistema pesquisado.

E dos PEF, apesar de Carvalho et al (2018), ter verificado um aumento de 145% em todo o território nacional, e um aumento expressivo de 627% na região sul, este aumento contabilizou os PEF licenciados que atuam na área de educação, como indicado pelo autor, logo tal valor não expressa a realidade do sistema de

saúde, que distantemente se compara com a falta de registro para os profissionais de educação física na saúde que contabilizamos nesta pesquisa.

Bueno et al. (2013), já indicaram as incompatibilidades com as diversas formas com que o profissional de educação física foi contabilizado dentro do CBO utilizado pelo SUS, como a mencionada anterior de vinculação com o PEF licenciado, com as brechas para que profissionais provisionados pudessem atuar no sistema de saúde, assim como classificações totalmente incoerentes com a função, como a classificação de “treinador de futebol”, além disso as dificuldades continuam quanto ao registro dos procedimentos, que já foram da possibilidade de apenas 3 registros de procedimentos, para atuais 20 tipos de procedimentos diferentes, o que denota ainda o incompreendido caminho da educação física na saúde.

Cesário et al. (2021) realizou um estudo com três inquéritos nacionais de saúde dos anos de 2008, 2013 e 2019, avaliando o acesso e as características da população idosa ao serviço de saúde público verificou que, houve um aumento da presença de diabetes e multimorbidades nesta população, com um aumento mais significativo entre as regiões sul e sudestes, além as maiores dificuldades relatadas sobre o acesso, foram a demora no atendimento e a dificuldade para conseguir fichas para ser atendido. Estes resultados demonstram o sobrecarregamento do sistema de saúde afunilado sobre o cuidado médico, assim como a ineficiência deste cuidado baseado unicamente em orientações médicas, uma vez visto o aumento das condições crônicas nesta população.

Simões et al. (2021) também realizou um estudo em âmbito nacional utilizando inquéritos domiciliares, avaliando a presença de doenças crônicas e acesso ao sistema de saúde da população geral. Dentre as doenças crônicas, ficou evidente o aumento das doenças neuropsiquiátricas, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e TOC, assim como também houve um aumento de cerca de 100% para se ter esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC entre os anos de 2013 e 2019. A depressão se mostrou mais prevalente na região sul e sudeste. Do acesso, no ano de 2019, desistir e não conseguir vaga para atendimento estavam entre as principais ocorrências de falta de acesso. O que corrobora com os

resultados relatos no estudo anterior, e reitera as limitações das quais o SUS está exposto.

Em contrapartida, Chaves, Scherer e Conill (2023), buscando conhecer quais características que a literatura destaca que auxiliam no processo de resolubilidade na APS, viram que, a presença de uma equipe multiprofissional libera novos meios de comunicação entre o sistema de saúde e a população, otimiza o trabalho, gerando maior quantitativo e melhores atendimento, gera ais vínculo, além de liberar os profissionais para realizarem funções específicas de sua profissão, por consequência visualiza-se melhores resultados em saúde.

Concomitante, Macedo de Sá et al. (2021) também destacam que a presença de uma equipe multiprofissional na APS, denota maior e melhor resolubilidade, maior agilidade nas discussões de caso, compactua com o olhar integral e humanizado por meio da divisão e conjunção de saberes múltiplos, assim como auxilia no processo de trabalho, com redistribuição da carga de trabalho, cuidado ampliado com diversas áreas, reduzindo agravos e diminuindo riscos, assim como desenvolvendo a promoção da saúde.

Já quanto aos resultando qualitativos, estes se apresentaram em 5 classes distintas, e serão discutidos aqui conforme a sua segmentação em ordem decrescente, e além disso, serão discutidos mais profundamente as classes com maiores percentuais de fala e as que apresentarem conteúdo mais conexo com o tema central desta pesquisa.

A classe 5 que levou o nome de “O conceito de qualidade de vida”, e reteve 21% dos trechos de falas, buscou elucidar o que é percebido pelas coordenadoras de atenção básica, sobre o que para elas é qualidade de vida. Sendo que de modo sintético a qualidade de vida esteve vinculada a interação com demais áreas, como a segurança, a alimentar, a econômica, o lazer, e a atividade física, percebidos de forma objetiva ou subjetiva a depender das próprias características de cada área.

Tal delineamento de fala compactua com o que é indicado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que mesmo que não apresentando diretamente todos essas áreas, fica subentendido a necessidade destas para o

desenvolvimento da PS. Assim como, os próprios temas prioritários e as diretrizes da política que indicam a necessidade da promoção de ações relacionadas a alimentação adequada e saudável, ações de práticas corporais e atividade física, da promoção da cultura da paz e dos direitos humanos e da promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL., 2018).

A mesma política ainda fundamenta as ações de promoção de saúde vinculando-as para além do setor de saúde, como já mencionado os setores de segurança, economia, nutricional e de atividade física, logo as interlocuções intra e intersetoriais são caminhos fundamentais para a realização de ações de promoção de saúde, partindo do pressuposto que esta articulação baseia-se nos saberes e potencialidades de cada área, coletivo ou sujeito (BRASIL., 2018).

Buss (2020) reiterando a Carta de Ottawa, reforça que a qualidade de vida deve ser ponto chave na busca da promoção da saúde, assim como a intersecção entre os setores fundamentais como habitação, educação, alimentação, renda e ecossistemas estável, e os requisitos de justiça social, busca da paz e equidade devem ser estratégias utilizadas na promoção da saúde, afirmando a igualdade e equidade social na comunidade.

Felipe et al. (2022) também concordam com os conceitos supracitados sobre qualidade de vida, reforçando o potencial impactante do meio ambiente sobre a qualidade de vida, desde modo incipiente como o saneamento básico, poluição sonora e visual e arquitetura do cidade, até pontos como o adoecimento por conta do estilo de vida não saudável com o aparecimento de doenças psicossomáticas, embasando-se na lógica do estilo de vida para subsidiar seus pontos convergem com as áreas comentadas pelas participantes desta pesquisa.

Portando, vê-se uma proximidade do conceito de qualidade de vida enunciado pelas participantes, com o que é entendido na literatura e pelo que é demonstrado pela PNPS, logo, neste ponto o seguimento teórico da política é absorto pelas coordenadoras da atenção básica.

A classe 4, intitulada de “Ferramentas para o desenvolvimento de Promoção da Saúde”, contou com 17,2% dos segmentos de textos, e nela as participantes

destacaram as ações e as dificuldades que estas possuem para a construção da promoção da saúde, dentre as quais destacam-se os grupos de saúde (de atividade física, de saúde mental, de tabagismo, de gestantes, de hipertensos e diabéticos), o conselho local de saúde.

da Silva Paudarco (2020) conduziram um estudo avaliando as práticas de educação em saúde em 11 UBS's do estado da Bahia, e apesar de entenderem como ineficientes o modo como as atividades eram realizadas nas unidades estudadas, os autores ressaltaram a importância dos grupos e das atividades de educação em saúde, como processos que sistematizados, ligados a demandas dos territórios e com a finalidade de capacitar e sensibilizar a população sobre conteúdos pertinentes a ela, e tal abordagem tem compactuada conexão com a PS.

Achados semelhantes são relatados por Mayara et al. (2019) que conduziu um estudo com grupos de pessoas com hanseníase em uma USF da atenção básica do estado de Alagoas. Os grupos contaram com a presença de acadêmicos das áreas de enfermagem, odontologia e psicologia, além dos profissionais ACS, enfermeira, fisioterapeuta, médica e unidade de referência. Como resultados para os participantes os autores descrevem que com o apoio da equipe multiprofissional foi possível estimular o empoderamento e a autonomia, o autocuidado, a solidariedade, o aprendizado em conjunto estimulado pelas conversas no grupo, além de estender os conhecimentos sobre a doenças para os demais membros da comunidade, como amigos e familiares. Os autores também pontuaram sobre a necessidade de capacitação dos facilitadores (profissionais), reforçando a necessidade de educação permanente em saúde sobre conteúdos importantes para a comunidade.

Sobre os conselhos de saúde, citado por uma das entrevistas como uma ferramenta pertinente para a promoção de saúde, este além de possuir sua base política na PNPS justificado na completude do controle e participação social, tem sua fundamentação reforçada por um estudo realizado com um conselho de saúde do estado da Bahia, que testou os limites da autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política do conselho. E mostrou que apesar de ainda possuir as dimensões deficitárias, como a “financeira”

e a de “representatividade”, outras dimensões alcançaram nível máximo como a dimensão “envolvimento comunitário” e nível intermediário para “influência política”. Ressalta-se que as dimensões deficitárias podem ser interferidas por condições externas, como dificuldade de implantação, monitoramento e avaliação das deliberações, assim e influência política e apoio governamental, e não deve-se deixar de lado as particularidades locais do próprio conselho (BRASIL., 2018; MOREIRA, 2020).

Tão logo, as falas das participantes desta pesquisa convergem-se com congruência com os requisitos propostos pela PNPS, como a territorialização, a autonomia, o empoderamento, a participação e controle social, educação continuada e permanente, ações intersetoriais e a utilização dos equipamentos sociais. Assim como compactua também com a literatura citada.

“Desenvolvimento da promoção da saúde no e pelo indivíduo” foi a nomeação que levou a classe 3, nela foram descritos os cuidados que são gerados pela rede em moldes de promoção da saúde com e para o paciente. Com 16% dos trechos dos textos, esta classe teve em sua centralidade as palavras “paciente”, “resolver”, “promover”, “ofertar” e “indivíduo”.

Com as falas bastante fundamentadas em princípios de oferta de serviços e profissionais afim de apoiar e orientar o cuidado em saúde, os resultados desta classe compactuam com o que (FERREIRA et al., 2018) descrevem em seu estudo de revisão sistemática da literatura, sobre os cuidados propiciados por uma equipe multiprofissional com pessoas com diabetes. Onde a presença da equipe multi proporcionou construções dialógicas sobre a doenças e os cuidados em saúde, que englobou além do paciente, familiares e a comunidade, e desenvolveu a educação permanente com os profissionais.

Além disso, Pinheiro e Monteiro (2023), ainda reiteram que a presença de equipes multiprofissionais abre espaço para atuações para além dos serviços rotineiros das unidades de saúde, expandidos ainda mais quando com a presença de profissionais residentes, o qual foi a base do estudo dos autores, e que mostraram que muito para além da explanação de conteúdos sobre hábitos de vida

saudáveis, a presença de equipes multiprofissionais deve promover a autonomia e a emancipação dos indivíduos, para que estes possam tomar decisões sobre a sua própria vida. Assim como quanto a advocacia em saúde, que a presença de demais profissionais gera aconselhamentos, motivação, espaços e momentos informativos sobre dispositivos de controle social na comunidade, propondo assim meios para estender o controle social em locais que este ainda é incipiente.

Esta classe ainda traz falas sobre barreiras sócio-históricas que permeiam o sistema de saúde, como o que foi relatado por uma das entrevistas, que ao simular a fala de um paciente, referiu que para a comunidade o cuidado em saúde ainda se pauta em consultas médicas e uso de medicamentos. Estrutura esta que implicitamente se mantém devido as formas pelas quais o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu e ainda mantém em determinada medida, ao não ofertar serviços de cuidado diretamente em saúde, por exemplo. Contudo, de modo subjacente, a PNPS apresenta estratégias a fim de mudar estes comportamentos, com ações que visem o cuidado em saúde, tão logo promovendo-a. Assim, vê-se que, a gestão também percebe o distanciamento da sociedade com o conceito de PS (BRASIL., 2018; SCLIAR, 2007).

A classe 2, conteve em seus segmentos de texto a temática central deste trabalho, que compunha-se do conteúdo sobre o que as coordenadoras da atenção básica do município da região Carbonífera entendem por promoção de saúde, assim esta classe levou o nome de “percepção de promoção de saúde”, referindo assim as suas falas sobre este conteúdo. Nesta classe estão desde convergências e distanciamentos do conceito de promoção da saúde, assim como a percepção de promoção como sendo outros conceitos.

Enquanto a PNPS descreve a promoção da saúde como:

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

Este conceito apresenta subjetividades e objetividades sobre como se deve realizar a promoção da saúde, vinculando-a em modelo de rede de atenção á saúde, mas não unicamente sobre os serviços de saúde, e que deve acompanhar e capacitar os indivíduos e o coletivo para o cuidado em saúde, assim como tê-los em meio ao processo formativo e de controle da PS.

Nas falas das participantes observa-se proximidades com o que o conceito de promoção de saúde propõe, contudo, a promoção de saúde não se limita ao seu conceito, mas se expande sobre seus demais tópicos que também a caracterizam.

A seguir uma das falas da participante que elencou alguns tópicos que beiram o que a promoção da saúde propõe:

“trabalhar esse contexto do cuidar realmente da saúde e não da doença, que eu vejo assim hoje, eu acho que é o que o povo mais faz, não cuidam da saúde, cuidam da doença, sempre digo que a gente não tem um sistema de saúde, a gente tem um sistema de doença, pra mim a promoção de saúde enquanto coordenação eu acho que vai ser a chave que a gente precisa virar pra realmente ter um sistema de saúde.” [...] porque eu tenho um sistema de saúde doente cuidando de uma população mais doente e dependente, então o sentar pra conversar com uma pessoa pra falar sobre saúde, ela vai te olhar torto...pra realmente fazer eles entender o que é saúde o que é doença sabe é aquilo que eu falei, a gente ta fazendo esses movimentos eu acho que o resultado disso vai surgir daqui uns 5 ou 6 anos.” E10 (1 ano e 2 meses atuação, superior).

Vê-se em sua fala o que está implícito em muitos pontos da PNPS, como na manutenção dos moldes da saúde enquanto cuidado em doença, o que na política já se vê de modo inverso, o cuidado voltado para a saúde, melhoria da qualidade de vida, do manejo autônomo e em conjunto das decisões em saúde. Buss (2020), mencionando toda a construção da linha histórica da promoção da saúde e a PNPS ainda reforçam que a promoção da saúde deve transcender a lógica do cuidado somente em saúde e de uma vida saudável, aglomerando assim outras margens, como a paz, a solidariedade, a equidade e a justiça social. Portando mesmo que a gestão municipal, aqui apontado pela coordenação da atenção básica, entenda que

a há outras linhas de cuidado em saúde, este ainda é um caminho a se reformular junto com a comunidade que perpetua um modelo preventivista e curativista (BRASIL., 2018; BUSS, 2020).

Porém, mesmo nas participantes é visto ainda fortemente o predomínio do conceito de prevenção em saúde, mesmo quando a temática se tratava de promoção, gerando de modo equânime ambos os conceitos como um só, tal qual no trecho de fala em que a participante diz:

“Pra mim a promoção de saúde é tu prevenir, o que ainda a gente consegue prevenir, pra que a doença não se instale, porque assim, depois de instalada tu pode até fazer uma promoção de saúde, mas ali dentro da promoção primeiro você faz as ações para prevenir, promoção, a gente já vem, promoção de saúde aí a gente tem um contexto [...]”.

Evidentemente por vezes podem ser sobrepostos em intersecções de estratégias que contemplem os dois conceitos, contudo, estes ainda apresentam diferenças discrepantes entre si. Czeresnia (2003) define prevenção em saúde como ações com o intuito de prevenir ou amenizar o surgimento, propagação e agravo das doenças, com base no entendimento técnico das doenças, no uso da epidemiologia moderna, e na disseminação de informações sobre as doenças, o que se aproxima mais da fala da participante e não se relaciona com a promoção da saúde.

Nenhuma das entrevistas destacou diretamente e restritamente o conceito de promoção da saúde tal qual como está definido na PNPS, contudo, como expressado anteriormente, a promoção da saúde não se limita por seu conceito, mas por toda a extensividade que a política propõe.

Sobre isso, outras falas podem ser elencadas, como as em que se destaca o potencial dos grupos operativos, o cuidado com a alimentação, com a saúde mental, a prática de atividade física, e conduzir os conhecimentos da unidade de saúde a outros espaços, como escola, indivíduos, grupos e para a comunidade, além disso, a interlocução com outros setores também foram citados, como o CRAS

e CREAS, as secretarias de educação, cultura, ambiente e esporte. Todas estas falas conectam-se com proposições que estão estabelecidas na PNPS e que cabem ao poder municipal também (BRASIL., 2018).

Na classe 1, que levou o nome de “Ação de promoção de saúde”, foram relatadas pelas participantes as ações que estas entendiam como promoção de saúde, que foram desde educação em saúde e permanente, internalização dos conhecimentos pelos indivíduos e menção dos meses alusivos a doenças e agravos, e destacaram também as dificuldades para a realização destas ações.

Quanto a educação permanente, esta é vista como a principal forma de ação na atenção primária a fim de produzir ações de promoção de saúde, contando com seu potencial transformador da realidade por meio da troca de saberes, do protagonismo do usuário e da adequação dos saberes profissionais com as necessidades do território. Tais ações no geral são realizadas por meio de grupos de conversa intermediados por profissionais, podendo estes serem de referência na área ou não, mas que a ação transformadora venha da participação dos indivíduos com a interlocução destes com seus semelhantes.

Na literatura a competência da educação permanente em saúde (EPS) é bastante valorizada como meio de alteração dos processos atuais realizados na APS, que são prioritariamente baseados em educação continuada e portando arraigados sobre um conteúdo técnico e distante do meio social. Assim a EPS funciona de modo mais abrangente, abarcando em seu modelo de trabalho os conhecimentos populares adjunto ao técnico, faz o uso de tecnologia, integra os espaços de trabalho como recurso de ensino-aprendizagem, e enfatiza a valorização das práticas sociais (EMANUEL et al., 2018; FERREIRA et al., 2019).

Outro ponto destacado, e também já supracitado, são as ações intersetoriais, que conduziram intermediação entre setores com a finalidade de ampliar os subsídios públicos as necessidades sociais. Esta constatação enunciada pelas participantes condiz com a PNPS, e corrobora com resoluções conceituais sobre a ação intersetorial, que apesar de em muitos casos na literatura e na prática ainda apresentar obscuridades, a sua realização serve como recurso político-social para

a implementação, fortalecimento e efetivação de políticas sociais horizontais, equânimes e melhor ordenada sobre as debilidades sociais de saúde, assim como proporciona fortalecimento de vínculos intersetoriais e disseminação mais efetiva de informações entre e sociedade e internamente no setor público (BRASIL., 2018; MANFRINI; SOUZA, 2022; PRADO et al., 2022).

Dois pontos foram destacados como dificuldades para a realização de ações de promoção da saúde nos territórios. O primeiro foi a dificuldade de acesso dos adultos aos serviços da APS, principalmente quanto a questão de horário, uma vez que as unidades de saúde da região de saúde estudada funcionam, no geral, em horário comercial. Este resultado converge com o que (CARVALHO et al., 2018) encontrou ao avaliar municípios de pequeno porte do Brasil inteiros com dados do PMAQ, onde o horário de funcionamento das unidades de saúde foi uma das principais causas de dificuldade de acesso, e de maior prevalência para indicação de alteração do horário de funcionamento, onde na região sul, mais de 80% de todas as respostas propuseram horário de funcionamento alternativo para as unidades de saúde. Vale destacar que a maioria dos municípios estudados em nesta pesquisa é de pequeno porte.

A segunda dificuldade destacada foi a falta de financiamento para ações de promoção de saúde, indicada pela fala de uma das participantes, a qual reiterou que os municípios não recebem financiamentos dos demais nível de governança, portando as ações de PS não são efetivadas. Contudo, apesar de procedente tal constatação, e haver na PNPS a proposição de financiamento pelas esferas de governo mais elevadas, como a estadual e federal, a política também reforça que o financiamento deve ser das três esferas, incluindo portando a esfera municipal, logo cabe ao município também subsidiar estas ações. Esta fala indica certo afastamento do conhecimento das competências municipais dentro a política de promoção da saúde (BRASIL., 2018).

Por fim outro apontamento pertinente que se faz, e busca elucidar possíveis vieses que ainda impedem, a implantação, fortalecimento e a real efetivação da política nacional de promoção da saúde, são elencados por (CARLOS; CECILIO, 2018) em seu artigo, em um dos tópicos em que os autores nomearam de “a

disjunção ou o descompasso entre a formulação da política e sua implementação real, ou quando a centralização e complexidade da formulação da política tornam-se um problema”. Neste artigo os autores citam algumas políticas nacionais, porém deixam evidente que a temática abordada trata-se sobre políticas públicas de saúde, portando conteúdo desta pesquisa.

Neste tópico especificamente os autores abordaram alguns pontos que estes entenderam como relevantes para as políticas públicas brasileiras, referindo-se ao fato de a complexificação das políticas de saúde e a centralização destas não adequarem aos diversos cenários brasileiros. O primeiro ponto é o que eles chamam de *descolamento* ou *desacoplagem*, que trata da ampla diversidade apresentada no território brasileiro, com condições estruturais, de recursos humanos, características territoriais e diferentes controles de recursos, exemplificando a variabilidade que o território brasileiro apresenta. E sem o apoio das secretarias de saúde estaduais, que estão imersas nas demandas hospitalares e ambulatoriais especializados, impedindo que prestem o auxílio técnico-normativo adequado.

E o outro ponto elencado é a lógica padronizada e homogeneizada que o Ministério da Saúde trabalha, instituindo políticas, legislações e normativas em território nacional, desconsiderando toda a diversidade que a sociedade brasileira apresenta, muito embora o discurso sobre o SUS seja de “um sistema único” em território nacional, tal balizamento desconsidera as configurações locorregionais específicas de cada pedaço do país.

Portanto, o ponto que os autores apresentam, da inespecificidade das políticas nacionais, a complexidade destas, que em certo grau é cabível ao sistema brasileiro, mas que deve ser elaborado partindo das particularidades do de território, do sobrecarregamento das secretarias estaduais de saúde perante a alta demanda hospitalar e especializada, assim como o distanciamento da AB do centro de controle do usuário na rede de saúde, parecem mostrar alternativas explicativas a não efetivação de diversas políticas em território nacional, incluindo nessas a política nacional de promoção da saúde.

10 CONCLUSÃO

Assim este estudo objetivou analisar o perfil da promoção de saúde na Atenção Primária dos municípios da região carbonífera, a partir de dados disponíveis nos sites governamentais e da percepção dos coordenadores da atenção básica.

Dentre os achados, salientamos, que dos doze municípios constituintes da região Carbonífera, onze participaram das duas etapas da pesquisa. Assim das características da coordenação da atenção básica destes municípios, todas as coordenadoras são mulheres, formadas em enfermagem, tem entre 25 e 52 anos, todas têm cor de pele branca, três relataram possuir apenas a curso superior de formação, duas possuem mestrado e sete possuem pós-graduação. Metade tem outra função além de coordenadora da atenção básica, e a média de tempos destas ocupando o cargo de coordenadora é de 1 ano e 8 meses.

Quanto as características da cobertura da atenção básica, somente um município tem cobertura menor 100%, sendo este também o município de maior porte, todos os demais apresentaram cobertura maior que 100%. Dos estabelecimentos, todos possuem estratégia de saúde da família, e todos também possuem estratégia de saúde da família equipada com saúde bucal, e metade (6) possuem polo de academia da saúde. E atuando nessas estruturas, todos os municípios possuem equipes de saúde da família (eSF), equipes de saúde bucal (eSB), e cinco municípios possuem equipes de atenção primária (eAP).

Da equipe mínima, todos possuem médico(a), enfermeiro(a) e tec./Auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo o maior quantitativo é de agente comunitário de saúde, seguido de tec./Auxiliar de enfermagem, enfermeiro

e posteriormente médico. Mais de 10% do total destes profissionais encontram-se no município de maior porte.

Da equipe multiprofissional, todos os profissionais estão presentes em todos os municípios, exceto o profissional de educação física que não foram encontrados registros em nenhum dos municípios. Destacamos também limitações quanto a verídica verificação do profissional fisioterapeuta, que nas bases de dados não possui distinção entre os níveis de atenção, assim os seus resultados demonstraram a presença deste na rede de saúde, e não na atenção básica.

Dos resultados qualitativos, o programa estatístico dividiu os textos em 5 classes distintas, das quais foram posteriormente nomeadas com as seguintes titulações Classe 1: Ações de Promoção da Saúde; Classe 2: A percepção de Promoção da Saúde; Classe 3: Desenvolvimento da Promoção da Saúde no e pelo indivíduo; Classe 4: Ferramentas para o desenvolvimento da Promoção da Saúde; Classe 5: O conceito de qualidade de vida.

Destas, cada qual apresentou características particulares, mas que englobavam o conteúdo de promoção da saúde, classe central desta pesquisa ficou com a classe 2 (A percepção de Promoção da Saúde), que envolvia diretamente o entendimento do conceito de promoção da saúde, apesar de esta não ser limitada ao seu conceito, toma-se este como referência balizadora para a efetivação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Desta classe, podemos elencar que, houveram aproximações e distanciamentos nas falas das participantes sobre o conceito, mas que nenhuma delas expressou conteúdo que se aproximasse com semelhança ao conceito estabelecido pela PNPS. Em alguns trechos houve ainda sobreposição do conceito de promoção da saúde com prevenção da saúde, com referências de que “promoção da saúde é prevenção (da saúde)”. Porém, cabe dissertar aqui que, houveram também aproximações das falas com o que é proposto pela PNPS, como quando nas citações das interlocuções intersetoriais para a realização de ações, na capacitação da comunidade e dos profissionais por meio da educação

permanente, nas mudanças culturais para a efetivação de um novo olhar sobre a saúde, na busca da qualidade de vida e na valorização dos saberes populares.

Assim esta pesquisa mostra que, os municípios da região carbonífera tem excelente cobertura da APS, possuem grande e robusto subsidio estrutural, de equipe e de profissionais quando a equipe mínima, possuem a presença de quase todos os profissionais da equipe multiprofissional, a excetuar-se pelo profissional de educação física, e ainda existem falácias conceituais e práticas nos conhecimentos sobre promoção da saúde das coordenadoras da atenção básica do municípios da região carbonífera, apesar da presença de aproximações conceituais.

Tão somente, esta pesquisa pode subsidiar futuras capacitações, sobre promoção de saúde, aos coordenadores de atenção básica, posição esta de referência sobre os cuidados em saúde da atenção básica, ao saber que os conhecimento sobre promoção ainda não é completo e de qualidade na região Carbonífera, e sabendo do destacado o potencial de mudança proposto pela promoção de saúde, a fim de indicar novos horizontes para a saúde, visto as atuais barreiras históricas, políticas, financeiras, sociais e conceituais.

Esta pesquisa pode ainda servir de gênese para proposições futuras de políticas regionais de saúde, aqui especificamente a política de promoção da saúde, uma vez sabido, da existência de uma única política de promoção da saúde, de cunho federativo, e que, apesar de nesta existirem competências estaduais e municipais, esta está indicada a todos os municípios de país, com suas variações, territoriais, estruturais, de recursos humanos, culturais e sócio-política. Assim uma política regional poderia se adequar melhor as condições específicas desta região. Implementar tal política em contexto reduzido pode implicar em simplificações processuais, evitando morosidades burocráticas, progressão pragmática, tendo uma política mais pratica, objetiva e desenvolta mediante as características da região.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar De. Reconhecer Flexner : inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo Recognizing Flexner : an inquiry into the production of myths in medical education in contemporary Brazil. [S. l.], v. 26, n. 12, p. 2234–2249, 2010.

AMREC. Estatuto Social. Estatuto foi aprovado pela Assembléia Geral Realizada em 4 de fevereiro de 2016. Santa Catarina; Brasil, 2016.

AURÉLIO, Marco; ROS, Da. The Flexner Report : for Good and for Bad. [S. l.], v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

BITOUN;BEZERRA;SOARES. A Cobertura da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco: Os municípios rurais na organização regional da saúde Primary Health Care coverage in Pernambuco: Rural cities in the regional health organization. [S. l.], n. January, 2024. DOI: 10.53455/re.v5i1.222.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães De; SEVALHO, Gil. DETERMINATION OR SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: TEXT AND CONTEXT IN LATIN AMERICA. [S. l.], p. 869–897, 2018.

BRASIL. DECRETO Nº 26.042, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1948. Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. 1948.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.1990.

BRASIL. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

BRASIL. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012. ISBN: 9788533419391.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. [S. l.], 2013.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.2017.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. [s.l.: s.n.]. 40 p. ISBN: 9788533426702.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** [s.l.: s.n.]. 73 p. ISBN: 9788533426498.

BRIXNER, Betina; MUNIZ, Carine; DAGMAR, Jane; RENNERT, Pollo; POHL, Hildegard Hedwig; GARCIA, Edna Linhares; BEATRIZ, Suzane; KRUG, Frantz. Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família Health promotion actions in family health strategies. [S. l.], n. December, p. 0–5, 2017. DOI: 10.17058/cinergis.v18i0.11182.

BUENO, Alessandra Xavier; ALEGRE, Porto; BOSSLE, Cibele Biehl; ALEGRE, Porto; FRAGA, Alex Branco; ALEGRE, Porto. A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS: DA INCOMPATIBILIDADE À. [S. l.], p. 409–417, 2013. DOI: 10.5216/rpp.v21i2.47270.

BUSS, Et. al; Promoção da saúde e qualidade de vida : uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020) Health promotion and quality of life : a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). [S. l.], p. 4723–4736, 2020. ISBN: 0000000197809. DOI: 10.1590/1413-812320202512.15902020.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 513–518, 2013. ISSN: 21753652. DOI: 10.9788/tp2013.2-16.

CARLOS, Luiz; CECILIO, De Oliveira. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde Notes on persistent challenges for basic health care in Brazil Apuntes sobre los desafíos (todavía) actuales de la atención básica en la salud. [S. l.], v. 34, n. 8, p. 1–14, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00056917.

CARVALHO, Bruna Ré; BRAGA, Janise; FERREIRA, Barros; CRISTINA, Márcia; FAUSTO, Rodrigues; FORSTER, Aldaísa Cassanho. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte Evaluation of access to primary care units in small Brazilian municipalities. [S. l.], v. 26, n. 4, p. 462–469, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800040471.

CARVALHO ET AL. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil Needs and dynamics of the Primary Healthcare workforce in Brazil. *[S. l.]*, p. 295–302, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.08702015.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes; GUIZARDI, Francini Lube. Educação continuada ou permanente em saúde? **Trab. Educ. Saúde**, *[S. l.]*, v. 16, n. 1, p. 99–122, 2018.

CESARINO, Claudia Bernardi; SCIARRA, Adília Maria Pires. EMPODERAMENTO NA SAÚDE Claudia Bernardi Cesarino 1 , Adília Maria Pires Sciarra 2. *[S. l.]*, v. 19, n. 3, p. 1–2, 2017.

CESÁRIO, Vanovya Alves Claudino; DOS SANTOS, Marquiony Marques; MENDES, Tamires Carneiro de Oliveira; DE SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges; DE LIMA, Kenio Costa. Trends in the access and use of health services in phc among brazilian older adults in the years 2008, 2013 and 2019. **Ciencia e Saude Coletiva**, *[S. l.]*, v. 26, n. 9, p. 4033–4044, 2021. ISSN: 16784561. DOI: 10.1590/1413-81232021269.08962021.

CLAUDIA, Maiza; HIPÓLITO, Vilela; APARECIDA, Valéria; II, Masson; INÊS, Maria; III, Monteiro; I, Gustavo Luis Gutierrez. Quality of working life : assessment of intervention studies. *[S. l.]*, v. 70, n. 1, p. 178–186, 2017. ISBN: 0034716720150.

COSEMS - CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **15 - Carbonífera**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/macrorregioes/carbonifera/#regioes-view>. Acesso em: 12 set. 2022.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a 1 diferença entre prevenção e promoção. *[S. l.]*, p. 1–7, 2003.

DALBELLO-ARAUJO, Maristela. From the notion of social determination to one of social determinants of health. *[S. l.]*, p. 63–76, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711206.

DA SILVA PAUDARCO, Et Al. EDUCAÇÃO COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA. [S. l.], 2020.

DATASUS. Profissionais da AB. [S. l.], 2023.

E-GESTOR. **Histórico de Cobertura - APS**. 2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>.

ELLEN, Deborah; GOMES, Wanderley. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. [S. l.], p. 1–9, 2021.

EMANUEL, Guilherme; PINHEIRO, Weiss; AZAMBUJA, Marcelo Schenk De; BONAMIGO, Andrea Wander. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde , na Estratégia Saúde da Família. [S. l.], p. 187–197, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S415.

FELIPE, André Oliveira; EUGENIA, Elise; LARISSA, Renata; ALVES, Soares. QUALIDADE DE VIDA : UMA REFLEXÃO SOBRE A CIDADE DE SÃO PAULO QUALITY OF LIFE : A REFLECTION ON THE CITY OF SÃO PAULO Revista Saúde e Meio Ambiente- UFMS- Campus Três Lagoas (Janeiro a Junho de INTRODUÇÃO Atualmente , o tema qualidade de vida tem ganhado. [S. l.], v. 14, p. 1–15, 2022.

FERNANDES, Et al. Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas : uma menor demanda para a atenção básica Workplaces occupied by physiotherapists : less demand for primary. [S. l.], p. 2175–2186, 2022. ISBN: 0000000264. DOI: 10.1590/1413-81232022276.14692021.

FERREIRA, Daniel Leonardo et al. O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no brasil em atividades de cuidado com o diabetes. [S. l.], p. 1–7, 2018.

FERREIRA, José Erivelton De Souza Maciel; OLIVEIRA, Lídia Rocha De; MARQUES, Wanderson Souza; LIMA, Talita Silva De; BARBOSA, Eloise Da Silva; CASTRO, Révia Ribeiro; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão

integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 970–982, 2020. ISBN: 0000000333122. DOI: 10.29397/reciis.v14i4.1923.

FERREIRA, Lorena; DUTRA, Carolina; ESPOSTI, Degli; MARQUES, Marly. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. [S. l.], p. 223–239, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912017.

GIFFONI, Regina. Determinação social do processo epidêmico 1 Social determination of the epidemic process. [S. l.], n. 1985, p. 1004–1012, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018000032.

GOMES, Albanita. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. [S. l.], 2016.

GONSALVES, Mariane; CRISTINA, Marjorie. AVALIAÇÃO DO ESTRESSE, ESTILO ALIMENTAR E QUALIDADE DE VIDA EM PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA E SEDENTÁRIOS. [S. l.], 2020.

INCA. **Instituto Nacional de Câncer - INCA - Mortalidade no Brasil relacionados ao tabaco**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/mortalidade-no-brasil>.

JULIO FRENK, A , LINCOLN CHEN, A. et al. PROFESIONALES DE LA SALUD PARA EL NUEVO SIGLO: TRANSFORMANDO LA EDUCACIÓN PARA FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD EN UN MUNDO. **Neurología (English Edition)**, [S. l.], v. 26, n. 6, p. 343–350, 2011.

LEAVELL; CLARK. Medicina preventiva. [S. l.], 1976.

LOPES, Gisele Silveira Coelho; ALMERINDA TEREZA BIANCA BEZ BATTI DIAS, Melissa; WATANABE, Thiago Rocha Fabris. **Plano de desenvolvimento AMREC 2021 - 2030: nosso futuro pensado em conjunto [recurso eletrônico]**. [s.l.: s.n.]. 314 p. ISBN: 9786587458267.

LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo; BORNSTEIN, Vera Joana; MOREL, Ana Paula; PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; MOREL, Cristina Massadar. Como podemos trabalhar com promoção da saúde? *[S. l.]*, p. 239–244, 2020.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; XIMENES, R. B. Análise Do Conceito De Promoção Da Saúde Analysis of the Concept of Health Promotion. **Análise do conceito de promoção da saúde**, *[S. l.]*, v. 19, n. 3, p. 461–8, 2010. ISSN: 0104-0707.

MACEDO DE SÁ, Suellen Cristinne; COSTA DOS SANTOS, Evenly Arlinda; BRITO DA SILVA, Nathália; DE CAMPOS CHAVES, Brenda Stefany; SOARES LIRA, Soanne Chyara. Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, *[S. l.]*, v. 11, n. 61, p. 4918–4929, 2021. ISSN: 1806-3365. ISBN: 0000000302. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4918-4929.

MANFRINI, Gisele Cristina; SOUZA, Janaina Medeiros De. School Health Program : potential and limits of the intersectoral articulation to promote the health of children. *[S. l.]*, p. 116–128, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E308I.

MAYARA, Nataly; GOMES, Cavalcante; MARIA, Amanda; DE, Ana Beatriz; LIMA, Almeida; TAVARES, Clodis Maria. Desenvolvimento das ações de um grupo de autocuidado em hanseníase como ferramenta de promoção da saúde for health promotion. *[S. l.]*, v. 22, n. 2, p. 468–478, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas de Promoção da Saúde**. [s.l.: s.n.]. ISBN: 85-334-0602-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. *[S. l.]*, 2002 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011/2011.

MORAES, Cecília Leite De. Promoção da saúde : visitando conceitos e ideias. *[S. l.]*, v. 5, 2017.

MOREIRA, Diane Costa. Conselho de saúde e efetividade participativa : estudo sobre avaliação de desempenho Health councils and participatory effectiveness : a performance assessment study Consejo de salud y efectividad participativa : estudio sobre la evaluación de desempeño. [S. l.], v. 36, n. 1, p. 1–13, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00241718.

NUNES, Rogerio Pinheiro. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. [S. l.], v. 21, n. 3, p. 450–460, 2018.

OLIVEIRA E TEIXEIRA. A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: uma revisão integrativa. [S. l.], p. 1–11, 2023.

OPAS. **Alcool.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool#:~:text=Está associado ao risco de,violência e acidentes de trânsito>.

PAULA, Ana; MARTINS, Lopes; NEGRO-DELLACQUA, Melissa. Perfil dos profissionais da Atenção Básica no Município de Araranguá/SC. [S. l.], v. 2020, p. 1–19, 2020. ISBN: 0000000206426.

PAULA, Ana; MELO, Souto; BARBOZA, Elisabeth; II, França; CARVALHO, Deborah; POSENATO, Leila; IV, Garcia; V, Meghan Mooney; V, Mohsen Naghavi. Mortalidade por cirrose , câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool : Carga Global de Doenças no Brasil , 1990 e 2015. [S. l.], p. 61–74, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050006.

PETTRES, Andreia Assmann; Marco Dos Ros; A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE SOCIAL. [S. l.], v. 47, n. 3, p. 183–196, 2018.

PINHEIRO, Carnaúba Jéssica; MONTEIRO, Ferreira Marcelo José. Health promotion competencies in the multidisciplinary residency: capacity for change and health advocacy. **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 28, n. 8, p. 2227–2236, 2023. ISSN: 16784561. ISBN: 1413812320232. DOI: 10.1590/1413-81232023288.05802023EN.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família : expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) The Family Health Strategy : expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive condit. [S. l.], p. 1903–1914, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

PIRES, Denise Elvira Pires De; VANDRESEN, Lara; MACHADO, Francele; MACHADO, Rosani Ramos; AMADIGI, Felipa Rafaela. Primary healthcare management: What is discussed in the literature. **Texto e Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 28, 2019. ISSN: 1980265X. DOI: 10.1590/1980-265x-tce-2016-0426.

PRADO, Brito Lima; AQUINO, Rosana; MARIA, Zulmira; LUAN, Hebert; CAMPOS, Pereira; MEDINA, Maria Guadalupe. Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade :BUENO, Alessandra Xavier; ALEGRE, Porto; BOSSLE, Cibele Biehl; ALEGRE, Porto; FRAGA, Alex Branco; ALEGRE, Porto. A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS. [S. l.], p. 593–602, 2022. ISBN: 0000000197809. DOI: 10.1590/1413-81232022272.47042020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO RINCÃO. **Turismo; Balneario Rincão**. [s.l.: s.n.].

PREFEITURA MUNICIPAL DE COCAL DO SUL. **Turismo; Cocal do Sul**. [S. l.], [s.d.].

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA. **Turismo; Criciúma**. [s.d.]. Disponível em: <https://turismo.criciuma.sc.gov.br/ondesedivertir>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TREVISO. **Turismo; Treviso**. [s.l.: s.n.].

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUSSANGA. **Turismo Urussanga**. [s.l.: s.n.].

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto De. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 753–767, 2010. DOI: 10.1590/s0103-73312010000300004.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007. DOI: 10.1590/s0103-73312007000100003.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA SANTA CATARINA. Boletim Mensal de Indicadores Boletim Mensal de Indicadores. [S. l.], 2022.

SILVA, Daniel Nogueira. Determinantes Sociais da Vulnerabilidade à Covid-19: Proposta de um Esquema Teórico 1 - Parte I. [S. l.], p. 1–12, 2020.

SONAGLIO, Rafaele Garcia; LUMERTZ, Júlia Schvarstzhaupt; MELO, Rafael Cerva; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Promoção da saúde: revisão integrativa sobre conceitos e experiências no Brasil. **Journal of Nursing and Health**, [S. l.], v. 9, n. 3, 2019. ISBN: 0000000205. DOI: 10.15210/jonah.v9i3.11122.

SOUZA, Carlos Dornels Freire De. Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde : Uma aproximação conceitual Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário Página 1116 a 1124 Determinantes Sociais da Saúde vs Determinação Social da Saúde : Uma aproximação conceitual. [S. l.], n. September 2018, 2020.

SOUZA, Natale. História Natural das Doenças e Processo. [S. l.], [s.d.].

VERAS, Danielly Cristiny De; LACERDA, Gabrielle Mangueira; DELANO, Franklin; FORTE, Soares. Artigos Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde : uma pesquisa-ação. [S. l.], v. 26, p. 1–14, 2022.

YASMIN, Kisna; ALVES, Andrade. USO DO SOFTWARE IRAMUTEQ NAS PESQUISAS BRASILEIRAS DA ÁREA DA SAÚDE : UMA SCOPING REVIEW Use of IRAMUTEQ software in the Brazilian healthcare research : a scoping review. [S. l.], v. 31, p. 1–9, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.8645.

ZELFA, Maria; FEITOSA, De Souza. A afetividade do agente comunitário de saúde no território : um estudo com os mapas afetivos The affection of the community healthcare agent in the territory : a study with affective maps. [S. l.], p. 813–822, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.00292016.

APÊNDICE(S)

Apêndice A: Instrumento de coleta de dados

PROMOÇÃO DA SAUDE

QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO

SEÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
1	Qual o seu nome?	
2	Qual a sua idade?	
3	Qual a sua cor de pele?	
4	Qual o seu sexo?	
5	Qual o seu salário?	
6	Qual a sua escolaridade?	
7	Se possuir graduação: Qual é? <u>(Se não, apenas pular esta)</u>	
8	Tem alguma especialização voltada para a gestão pública em saúde?	
9	Qual cargo você ocupa na Secretaria de Saúde? (Sec. Saúde ou Cood.AB)	
10	É a primeira vez que você ocupa este cargo?	
11	Já trabalhou em algum ramo da saúde?	
12	Se sim, qual?	
14	Tens alguma outra função além de secretário de saúde? Se sim, qual?	
15	A quanto tempo está no cargo de Secretário de Saúde?	

16	Já ocupou algum outro cargo na prefeitura? Se sim, Qual?	
SEÇÃO SOBRE A SAÚDE DO MUNICÍPIO		
1	O Sr(a) sabe quantas pessoas vivem no seu município?	
2	Se sim, quantas?	
3	Quantas unidade de saúde (UBS) tem no seu município?	
4	O seu município tem divisão por distrito sanitário?	
5	Se sim, quantos são?	

<u>ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</u>		
1	Relate como você vê a importância do seu cargo para o município:	
2	Pra você o que é saúde?	
3	Pra você o que é qualidade de vida?	
4	Como você avalia o papel da atenção básica no seu município?	
5	Pra você o que é promoção da saúde?	
6	Você já leu a Política Nacional de Promoção da Saúde? Se sim, quais as suas considerações sobre ela?	
7	Sabendo que os eixos temáticos da PNPS I. Formação e educação permanente; II. Alimentação adequada e saudável; III. Práticas corporais e atividades físicas; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; V.	

	Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; VI. Promoção da mobilidade segura; VII. 8Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável; O que você enquanto coordenador pensa a respeito deles? E porquê?	
8	Para você enquanto coordenador qual a função da gestão frente a PNPS?	

ANEXO(S)

Anexo A: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 6.438.207

CAAE: 70990123.3.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Pesquisador(a): **MARCOS BAUER TORRIANI**

Título: PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 20 de outubro de 2023.



Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.