

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

SIMONE DE CARVALHO ANTUNES

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DESAFIOS NA SUA AMPLIAÇÃO.

Belo Horizonte
2019

SIMONE DE CARVALHO ANTUNES

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DESAFIOS NA SUA AMPLIAÇÃO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.
Orientador: Prof. Ms./ Dr. Marlusa Gosling

Belo Horizonte
2019



**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública**

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor(a) **Simone de Carvalho Antunes**, REGISTRO N° 2017759850. No dia 08/05/2019 às 20:20 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**A Promoção da Saúde e os desafios na sua ampliação**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o(a) orientador(a) e Presidente da Comissão, **Marlusa Gosling**, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao(à) aluno(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do(a) aluno(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) aluno(a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

() NÃO APROVADO

80 pontos (Oitenta) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) aluno(a) pelo(a) orientador(a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 08/05/2019.

Prof. Marlusa Gosling
(Orientador(a))

Prof(a). Daniele Oliveira Xavier

Prof(a). Eliane Apolinário Vieira Avelar



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do(a) aluno(a) **Simone de Carvalho Antunes**, número de matrícula 2017759850.

Modificações solicitadas:

Adequar o tamanho do resumo. Rever a metodologia.
Ajustar os parágrafos finais. Adequar o objetivo.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o(a) orientador(a) responsável pela correção final.

Prof(a) Masfury Orientador(a)

Assinatura do(a) aluno(a): Simone de Carvalho Antunes

Atesto que as alterações exigidas Foram Cumpridas
 Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 15 de maio de 2015

Professor Orientador

Masfury
Assinatura

SUMÁRIO

1. Introdução.....	6
2. Revisão de Literatura.....	7
3. Metodologia.....	16
4. Resultados.....	17
5. Discussão.....	20
6. Conclusão.....	22
7. Referência Bibliográfica.....	23
8. Anexo A.....	26

Resumo

A Promoção da Saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” está distante da realidade no Brasil. A Estratégia Saúde da Família foi um avanço na promoção da saúde, que se bem estruturada conseguiria absorver a demanda dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Alguns fatores prejudicam o objetivo desta estratégia, como a formação flexneriana dos profissionais da saúde, a falta de intersetorialidade, sobrecarga na atenção básica, precariedade das UBS, capacitação permanente deficitária, reduzida participação social e falta de interesse financeiro em promover esta política pública. O objetivo principal desta pesquisa qualitativa é relatar os obstáculos que existem na atualidade para a ampliação desta política capaz de reverter o quadro sanitário do país na atualidade. Foram visitadas UBS para conhecer a dinâmica dos gestores e os tipos de abordagens de promoção da saúde, por meio de observação não participante e de conversa informal com os mesmos. A revisão de literatura buscou confrontar os relatos dos gestores das UBS, as publicações de saúde e os artigos científicos relacionados ao tema Promoção da Saúde, suas limitações e avanços. As ações de promoção da saúde em prática nas UBS são ínfimas, apesar de poucas unidades terem sido visitadas a fim de ampliar os estudos e seus resultados.

Palavras-chave: Gestão Pública, Promoção da Saúde, Qualidade de Vida.

Abstract

The promotion of health as "the state of complete physical, mental and social well-being, not simply the absence of disease or infirmity" is far from the reality in Brazil. The Family Health Strategy was an advance in health promotion, which, if well structured, could absorb the demand for health problems of greater frequency and relevance in its territory. Some factors undermine the objective of this strategy, such as flexner's training of health professionals, lack of intersectoriality, overload in basic health care, precariousness of PHUs, permanent lack of training, reduced social participation and lack of financial interest in promoting this public policy. The main objective of this qualitative research is to report on the obstacles that currently exist for the expansion of this policy capable of reversing the health situation of the country at the present time. UBS was visited to know the dynamics of managers and the types of health promotion approaches, through non-participant observation and informal conversation with them. The literature review sought to confront the reports of UBS managers, health publications and scientific articles related to the theme Health Promotion, its limitations and advances. The actions of health promotion in practice in the UBS are small, although few units have been visited in order to expand the studies and their results.

Keywords: Public Management, Health Promotion, Quality of Life.

1. Introdução

A expressão Promoção da Saúde surgiu em 1945 como um nível de atenção da medicina preventiva e ainda hoje é associada às atividades de prevenção de doenças. Esta limitação se deve em parte pela formação dos profissionais da saúde no modelo flexneriano, baixa articulação com outros setores, pouca capacitação em educação permanente, falta de diálogo entre os profissionais e usuários, precariedade dos espaços físicos e interesses econômicos contrários. Estas são algumas das barreiras para que esta política pública seja plena e ofereça uma vida harmoniosa, com qualidade para todos (COUTINHO, 2013).

No fim da década de 80, começou a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, culminando na aprovação da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Devido à crescente crise de financiamento do modelo biomédico e à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores da sociedade, surgiu o “Movimento da Reforma Sanitária”, dentro do contexto de democratização do país. Nos últimos anos muitos avanços têm sido alcançados como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde, mas é ainda muito frágil e distante da complexidade de uma política pública universal, integral e resolutiva (PAIM 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) visa promoção, proteção e recuperação da saúde, na busca de uma melhor qualidade de vida para todos. Em 2005 o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde com os pactos em Defesa do Sistema Único de Saúde, em Defesa da Vida e o de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida busca melhoria do acesso e da qualidade dos serviços do SUS por meio da estratégia Saúde da Família com a promoção de hábitos saudáveis, educação em saúde com ênfase na atividade física, controle do tabagismo e bebida alcóolica, dentre outros.

Grande desafio é conseguir uma política integrada, transversal e intersetorial, com outros setores do Governo, organizações não governamentais, setor privado e a sociedade, onde todos sejam responsáveis pela saúde. O SUS busca ampliar este conceito com estratégias de inclusão e responsabilização conjunta da sociedade, na construção de um sistema que realmente garanta opções saudáveis à população, pois somente com articulação de outros setores é capaz de haver tais mudanças. Violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, falta de acesso à educação, ocupação desordenada, são fatores que estão além do âmbito da saúde porém impactam diretamente no seu resultado (PNPS).

Quais as grandes dificuldades na ampliação da Promoção da Saúde de forma integral e resolutiva no Brasil, que ao longo de toda a sua história sofre com problemas financeiros e graves questões sociais e de saúde pública? O presente artigo tem como objetivo relacionar as dificuldades e limitações enfrentadas na ampliação das ações de Promoção da Saúde, na Atenção Primária.

2. Revisão de literatura

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945, como um nível de atenção da medicina preventiva por Sigerist, grande historiador canadense do século passado, pioneiro da medicina social moderna e estudioso dos fatores sociais na saúde. Sigerist definiu quatro funções relacionadas à saúde e bem estar do indivíduo: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação do mesmo, no sentido de reintegrá-lo a uma vida social ativa. Estes termos foram adaptados posteriormente por Hugh Leavell e Gurney Clark, nos "níveis de prevenção", com enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (XAVIER, 2015).

A dinâmica em relação à Promoção da saúde teve marco histórico em 1974, quando o Ministro da National Health and Welfare (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá - Mark Lalonde - num documento chamado, *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadianeses), destacou a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida nas doenças e mostrou que a promoção da saúde deve combinar ambientes saudáveis e mudanças no estilo de vida. Essas mudanças reduziriam a morbidade e as mortes prematuras. A publicação do Informe Lalonde mostrou uma política pública inovadora na área da saúde cujo objetivo era reduzir custos e problemas de doenças crônico-degenerativas, enfatizando a prevenção e o cuidado individual ao invés de focar na doença e nos determinantes biológicos (RABELLO, 2010).

Este conceito inovador de promoção da saúde surgiu no Canadá e foi disseminado para outros países industrializados como os Estados Unidos e alguns da Europa ocidental. Uma das origens importantes deste ressurgimento foi uma maneira de reduzir custos e conter os agravos das doenças crônico-degenerativas. Além do questionamento da assistência médica curativa de alta tecnologia e o resgate do pensamento médico social que enfatizava relações mais amplas sobre a responsabilidade individual pela saúde e a sociedade (CZERESNIA, 2009).

Em 1978 aconteceu a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata na URSS, onde foram determinadas as metas para atingir Saúde para Todos no ano de 2000. Nesta importante conferência, que se tornaria marco mundial no quesito promoção da saúde, destacaram-se mudanças necessárias para atingir a meta social no mundo, "um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não a ausência de doença ou enfermidade", para isto seria necessário o envolvimento de todos os setores. As desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e mesmo dentro de um mesmo país deveriam ser extirpadas para alcançar um desenvolvimento social e econômico pleno a fim de melhorar a qualidade de vida e a paz mundial (ALMA-ATA, 1978).

Segundo a Carta de Alma-Ata;

Os cuidados primários de saúde são essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis e têm alcance universal dos indivíduos e famílias da comunidade, com plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Alma-Ata, 1978)

Importante mudança no pensamento da medicina social do fim do século XIX foi percepção da influência do contexto social no perfil epidemiológico. No conceito ampliado de saúde o impacto no bem estar dos indivíduos e da coletividade está interligado. Para fazer escolhas saudáveis é necessário que existam opções para estas escolhas, faz-se necessário a articulação com outros setores e outras políticas públicas, que promovam opções cada vez mais favoráveis à saúde e à vida (CZERESNIA, 2009).

O modelo de saúde flexneriano, criado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte americano, patrocinado pela Fundação Rockefeller, gerou profunda reforma no ensino médico na América do Norte desde 1910. Seus estudos se espalharam para universidades de outros países industrializados como o Brasil, com influência negativa no ensino das áreas da saúde. Sua definição de doença era exclusivamente biologista, negando a influência social, estimulando a disciplinariedade de abordagem reducionista com foco na repetição, memorização e reprodução do conhecimento (ALMEIDA FILHO, 2010).

Criado e promovido por fundações privadas, seu maior interesse foi o mercado da indústria da saúde, com disseminação de grande número de faculdades comerciais como negócio rentável voltado para uma medicina superespecializada, hospitalocêntrica e mercantilista. Este modelo tem sido o responsável pela formação dos profissionais da área da saúde, por mais de um século gerando profissionais com visão limitada, prejudicando a vigência do sistema de saúde integrado, eficiente e justo. O modelo flexneriano com suas graves falhas na formação em saúde é incompatível com o contexto democrático e de atenção à saúde da população no Brasil (ALMEIDA FILHO, 2010).

O modelo saúde/doença flexneriano, individualizado e fragmentado, restrito ao setor saúde foi questionado pela medicina social que apontou os processos sociais como os responsáveis pela promoção ou agravamento da saúde nas populações. As ações de vigilância devem ser vinculadas à sociedade onde os fatores de distribuição de renda e de participação popular são essenciais na construção das políticas públicas e no controle das ações do governo. Se essa política não se organiza, aumenta o custo das ações em saúde, as pessoas sofrem mais e perdem qualidade de vida, enquanto o mercado da saúde aumenta os lucros em detrimento dos direitos da população (HEIDEMANN, 2012).

Diante da mudança de paradigma e da possibilidade de uma “nova política pública” capaz de impactar positivamente, o setor da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986. Nesta oportunidade foi elaborada a Carta de Ottawa, definindo cinco estratégias de ações sociais: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde. Este movimento se expandiu por todo o mundo e também no Brasil, os conceitos e ações da Promoção da Saúde passaram a ser divulgados amplamente no meio acadêmico com repercussão em todo o sistema de saúde (RABELLO, 2010).

Segundo a Carta de Ottawa, é fundamental a conscientização da comunidade para atuar na busca de uma melhor qualidade de vida e saúde, aumentando a participação no controle deste processo (OMS, 1986). Uma sociedade esclarecida e organizada tem maiores condições de expressar os seus anseios e necessidades por estar inserida no ambiente e contexto que precisa ser alterado e/ou melhorado. Quando as pessoas estão organizadas em grupos, elas conseguem trocar experiências, articular ações, esclarecer dúvidas e buscar melhores alternativas para a sua vida, da sua família e de toda sociedade.

É preciso se capacitar para buscar educação, saúde, moradia, alimentação, requisitos básicos para ter uma vida de qualidade. Para ter pleno alcance é preciso de ação coordenada entre governantes, setores sociais e econômicos, organizações não governamentais, indústria, famílias, comunidades e os mais diversos setores focados no bem estar. O objetivo deve ser conseguir que a opção mais saudável seja, também, a mais fácil de ser realizada. As opções de trabalho e de vida devem ser prazerosas com proteção dos ambientes naturais e também os artificiais como as escolas, lares, locais de trabalho e outros espaços comunitários. Todos devem trabalhar em conjunto para conseguir um sistema de proteção da saúde:

se os povos, as organizações governamentais e não governamentais, a Organização Mundial de Saúde e todos os demais organismos interessados juntarem esforços para a promoção da saúde e em conformidade com os valores sociais e morais inerentes a esta, o objetivo "Saúde para Todos no ano 2000" se tornará uma realidade. (Ottawa 1986)

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde envolvendo muitos profissionais, gestores e cidadãos que elaboraram as bases da Reforma Sanitária Brasileira, os princípios e diretrizes seguiram os conceitos da Promoção da Saúde, incorporados na Constituição Federal de 1988, outorgada pela Assembleia Nacional Constituinte que geraram as leis 8.080 de 19/09/1990 enfatizando as questões de promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos seus serviços; e a lei 8.142 de 28/12/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências dos recursos financeiros na área da saúde, indispensáveis a uma saúde integral (RABELLO, 2010).

Outras importantes conferências sobre o tema foram realizadas em Adelaide (1988), Sundsväl (1991), Jakarta (1997) e no México (2000). Na América Latina, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que ocorreu no Brasil em 2002. A promoção da saúde ampliou o seu conceito, considerando essencial a participação do usuário com sua experiência de vida e o conhecimento técnico dos profissionais da área e da mobilização de recursos institucionais e comunitários, gestores públicos, e privados, organizações não governamentais para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2009).

O conceito de Promoção da Saúde deve ser firmado com uma visão muito mais ampla do que uma Educação em Saúde, pois essa concepção abrange toda a população e não apenas pessoas com o risco iminente de adoecer. É um conceito de saúde ampliado, na busca de uma qualidade de vida e bem estar, seja nos aspectos físicos e mentais, ambiental, emocional, social e com plena realização pessoal e afetiva. Existem diferentes paradigmas de educação em saúde, com práticas diversas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e ações mais integradas e participativas (FALKENBERG, 2014).

O objetivo que se almejava em 1986, em Ottawa e em tantas outras conferências, saúde plena e integrada está longe de ser alcançada. Os ambientes favoráveis estão diretamente ligados à alta complexidade das nossas sociedades e das relações com os diversos setores. O sedentarismo e a alimentação não saudável, bem como o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o estresse da vida cotidiana, competitividade e muitos desafios que vivemos na atualidade são prejudiciais e refletem diretamente na qualidade de vida. A conservação do meio ambiente e dos recursos naturais são essenciais para preservar a saúde da população, pois o impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, é irreversível. Para tanto é primordial preservar ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, tendo papel importante na gestão da saúde pública (SMS/RJ, 2016).

O Brasil, semelhante a outros países em desenvolvimento, vive a transição epidemiológica, que marca a diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas e o aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças cardiovasculares e agravos relacionados às causas externas produzem milhares de óbitos e invalidez de tantos outros milhares. As habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde ao longo da vida são essenciais, portanto informações sobre a educação para a saúde devem ocorrer em todos os espaços coletivos com o envolvimento da sociedade como responsáveis por estas ações. Este componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, o processo de capacitação e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade (SMS/RJ, 2016).

A promoção da saúde inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde, com a superação do modelo biomédico, como principal foco de intervenção. Além dos tratamentos clínicos e curativos devem existir propostas pedagógicas comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, voltadas à promoção do ser humano. O empoderamento da população deve ser enfatizado com reais mudanças de hábitos e atitudes saudáveis para melhorar a qualidade de vida (GONÇALVES, 2017).

Diante da necessidade de mudança de paradigma, para um modelo assistencial, integrado a outros setores, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, cuja base seria a ampliação da Atenção Primária estratégica para a reorganização do setor da saúde no Brasil, tendo por missão resolver até 85% dos problemas de saúde da população. Seus princípios são;

atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania (PSF-1994)

O PSF tem ações de Promoção da Saúde de acordo com o ciclo de vida conforme os protocolos do Ministério da Saúde, dificultando a linha do cuidado do usuário de forma integral, fragmentando este cuidado. As atividades educativas são direcionadas e programáticas, tradicionais e repetitivas, forçando o usuário a reproduzir tarefas formais e pouco inovadoras, palestras e orientações de mudanças de hábitos e prevenção de agravos que ajudam na saúde dos usuários, porém são verticalizadas. Ditam comportamentos a ser adotados pelos usuários sem levar em conta seu prévio conhecimento e experiência de vida. Dificultam o empoderamento das pessoas e a discussão sobre o cuidado com a saúde e exercício da cidadania, é uma via de mão única, somente o profissional tem o conhecimento. É necessário trabalhar um conceito mais amplo, que conduza também à construção de práticas sociais mais abrangentes que possibilitem que de fato se promova a saúde, questões como cidadania, estruturas físicas, sociais e emocionais, meio ambiente, segurança pública, autocuidado, lazer, trabalho, transporte público de qualidade, moradia devem estar inseridos nesta troca de experiências (HORTA, 2009).

A expressão Promoção da Saúde é muito associada, ainda hoje à prevenção e ou ausência de doenças, mesmo por profissionais da Estratégia da Saúde da família (ESF). As ações em sua maioria são curativas, buscando evitar o adoecimento e prolongando a vida, independente se isto representa qualidade de vida e saúde da população. A educação permanente nos serviços de saúde pública é incipiente e a intersetorialidade muito pequena, dificultando o

empoderamento dos sujeitos responsáveis pela estruturação deste modelo tecnoassistencial (HORTA, 2009).

Existe grande resistência à adoção do paradigma da promoção da saúde pelo próprio setor da saúde, assim como seus princípios e estratégias definidos na Carta de Ottawa, pilares desta política nacional. As ações de promoção da saúde são primárias bem como sua articulação intersetorial e avaliação da qualidade de vida, com pouca discussão no meio acadêmico. Um grande desafio é sua inclusão na prática e formação profissional, apesar de se reconhecer a importância destas ações, ainda se mantém o enfoque no modelo biomédico, com uma atenção de saúde de caráter curativo, individual e fragmentado. É essencial a participação do usuário e da população, junto aos profissionais de saúde e universidades, para construir a autonomia em relação aos determinantes do processo saúde e doença (HEIDEMANN, 2012).

A saúde da população é resultado da forma como se organiza a sociedade. A complexidade dos problemas de saúde necessita de outras estratégias além dos indicadores quantitativos, como coleta, organização e análise de dados. É necessário desenvolver abordagens qualitativas, estratégias participativas e localizadas, relacionadas à qualidade de vida, à saúde, à solidariedade, à equidade, à democracia, ao desenvolvimento, à participação e à parceria. Deve combinar os meios técnicos e científicos existentes, articulando conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, da vigilância sanitária, do planejamento e das ciências sociais em saúde, de modo a atuar sobre problemas que exigem atenção contínua, bem como de assistência médico-hospitalar tendo como base ações intersetoriais ou transectoriais nos territórios. (CZERESNIA, 2009).

Outro grande desafio é conciliar a demanda espontânea das necessidades de saúde e as orientações e inovações das práticas em saúde capazes de impactar positiva e interativamente na vida do usuário e da população, considerando-os como partícipes do planejamento em saúde. A sobrecarga dos profissionais impossibilita a concretização do Programa Saúde da Família, como estratégia de reforma do modelo tecnoassistencial. As dificuldades estão associadas a quantitativos altos de atendimento por equipe (acima de mil famílias); excesso de demanda com permanência de filas nas próprias unidades de saúde da família; sobrecarga de trabalho profissional; limitando as práticas de promoção da saúde (HORTA, 2009).

Existe o reconhecimento tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários sobre a importância de se implementar práticas integrais e participativas, e de mudanças no cuidado: visita domiciliar; promoção e prevenção; trabalho em equipe; ampliação do acesso; vigilância em saúde; maior informação; vínculo equipe-comunidade; impacto; qualificação; expansão para áreas de difícil acesso; vacinas; valorização do usuário; maior cobertura; compromisso dos profissionais; ouvidoria; busca ativa atuante; visão ampliada de saúde; humanização do atendimento; e geração de emprego, porém a sobrecarga impede que todas estas ações sejam implantadas dentro do que é preconizado pela ESF. E o agendamento a grupos prioritários introduz segmentação com repressão de demanda para os que não estão incluídos nos agrupamentos (ROCHA, 2008).

Outro problema é a falta de atividades de educação permanente em serviço, na maioria das vezes se limita à reunião de equipe, para repasse de orientações assistenciais e administrativas. As ações de treinamento desenvolvidas são fragmentadas e desarticuladas, e na maioria das vezes direcionadas apenas aos profissionais de nível superior. Excluindo os técnicos e operacionais, dificultando a articulação dentro do mesmo setor (HORTA, 2009).

A promoção da saúde quer mudar a direção do método de abordagem fragmentado para um trabalho interdisciplinar que consegue perceber o indivíduo como um todo dentro do contexto em que ele está inserido, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde com vários fatores, caracterizada pelo aumento das Pressões Arteriais Sistólica (PAS) e Diastólica (PAD), que podem levar a problemas de funções de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos. A hipertensão é um dos maiores problemas de saúde no Brasil, responsável por 54% das mortes por (AVC) acidente vascular cerebral e 47% dos casos de insuficiência cardíaca. As pessoas mais idosas têm os fatores de risco aumentados dificultando o controle e tratamento e dificuldade de adesão do paciente, pois ser um tratamento prolongado e muitas das vezes assintomático. Alguns pacientes tomam conhecimento somente quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, AVC e problemas renais, tornando o tratamento mais complexo e de pior prognóstico. O tratamento demanda mais atenção e cuidados para motivar o paciente criando estratégias para a sua permanência (SANT'ANA, 2014).

É primordial mudar o estilo de vida, com a adoção de hábitos saudáveis como a prática de exercício físico, o controle do peso, uma alimentação mais saudável, consumo moderado de álcool, abandonar o hábito do cigarro e gerenciar o estresse, além do uso regular da medicação prescrita. A mudança de hábitos é uma tarefa difícil e tem muita resistência, principalmente por terem sido adquiridos ao longo dos anos de vida. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para prevenir e/ou controlar os fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis, para aumentar a eficácia do tratamento medicamentoso e diminuir o risco cardiovascular (SANT'ANA, 2014).

O Diabetes mellitus (DM) é outro grave problema de saúde pública e uma das principais epidemias mundiais, devido à elevada prevalência, acentuada morbimortalidade, e pelas repercussões socioeconômicas do impacto de suas complicações, principalmente associada a agravos cerebrovasculares, aterosclerose e doença vascular de extremidades, gerando perda na qualidade de vida, na produtividade e na sobrevivência dos pacientes. No ano de 2011 foi responsável por 5,3% dos óbitos no Brasil e 4,9 milhões de mortes no mundo no ano de 2014, além de um gasto estimado em 612 milhões de dólares no mesmo ano (GONÇALVES, 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pela maioria das mortes no Brasil, em 2007 chegaram a 72,4%, entre elas estão doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, HAS e DM. O grande problema é que têm início e evolução lentos, e causas que ao longo do tempo agravam o estado geral dos pacientes como hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fatores fisiológicos, levando a comorbidades e à perda de função. A compreensão do usuário de sua condição real de saúde e suas consequências é de suma importância. As DCNT são uma epidemia mundial e representam um alto investimento financeiro para o setor da saúde e para toda a sociedade. O diagnóstico tardio gera mais complicações e maiores desafios para a saúde pública (GONÇALVES, 2017).

A maioria destas doenças pode ser prevenida desde que haja uma mudança no estilo de vida, com a adoção de hábitos saudáveis. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde da população. A APS é um conjunto de ações que abrange a promoção, proteção, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde a fim de desenvolver uma atenção

integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde dos mesmos (GONÇALVES, 2017).

O modelo preventivo identifica os fatores de risco e a responsabilidade é transferida para os indivíduos na medida do seu entendimento e da disponibilidade em aderir às orientações prescritas. Porém com o advento da epidemia de HIV/AIDS, o modelo preventivo foi sendo aos poucos alterado para o de vulnerabilidade devido à chance de exposição das pessoas ao adoecimento resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos e contextuais. Desta forma outros métodos de política tiveram que ser desenvolvidos, de acordo com as necessidades dos cidadãos, envolvimento das comunidades, de realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, redefinindo as intervenções, por meio de acesso a informações, comunicação, disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, participação em decisões políticas e em instituições, com avaliação dos programas para responder ao controle das enfermidades, grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (GONÇALVES, 2017).

O atendimento do PSF é prestado na Unidade Básica ou no domicílio pelas Equipes de Saúde da Família, desta forma a população é acompanhada de perto e criam-se vínculos de coresponsabilidade, facilitando a identificação dos problemas de saúde da comunidade e seu atendimento, portanto o usuário que apresenta problemas de saúde, deve ter acesso por este meio e se responsabilizar juntamente aos profissionais que o acompanham a fim de identificar e melhorar sua condição de saúde. A adesão a este tratamento é complexa e deve ser totalmente integrado na rotina diária deste paciente e mudança no seu estilo de vida. Tarefa complicada tanto para o paciente que tem que mudar sua rotina, quanto para o profissional de saúde que deve acompanhar de perto estas mudanças (ASSUNÇÃO, 2008).

A adesão às recomendações dos profissionais de saúde a tratamento não farmacológico gira em torno de 50%. Em estudo realizado na UBS Ventosa em BH Minas Gerais conseguiu-se uma taxa de 52,44%, índice pouco acima da média devido à escolha do grupo pesquisado ser de pessoas inseridas no grupo de diabéticos da UBS, motivados com o tratamento, com predisposição de mudança de hábitos, aceitação da doença, além do apoio familiar. É imprescindível a adoção de uma intervenção que aumente a motivação dos pacientes, com a participação dos familiares, médicos e pessoas que convivam com eles. A adesão a grupos operativos é imprescindível, pois fortalece o vínculo social do paciente, possibilita a aproximação da equipe multiprofissional e de outros usuários, são realizadas atividades conjuntas, e é uma oportunidade de conhecer outras pessoas, trocar experiências, além do suporte emocional tornando o tratamento mais dinâmico e de mais fácil adesão (ASSUNÇÃO, 2008).

O profissional da saúde é o agente facilitador e mobilizador, fundamental na conscientização, na mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, de acordo com sua experiência profissional e a realidade do paciente. Os profissionais da saúde devem ser capacitados a respeito do controle, prevenção e complicações da doença, sendo responsáveis diretos na aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças por parte do indivíduo diabético, favorecendo a mudança no estilo de vida. A aquisição de informações pelo paciente é essencial para assumir sua autonomia, bem como fatores como a condição socioeconômica, residência, rotina de trabalho, tipo de

diabetes, medicação prescrita e hábitos alimentares anteriores à doença e atividade física que implicam diretamente na adesão ao tratamento (ASSUNÇÃO, 2008).

Os prejuízos causados por hábitos nocivos à saúde repercutem não somente no cidadão, como reflete em toda a sociedade e encarece o sistema de saúde. Os hábitos nocivos estão associados a graves problemas de saúde, perdas profissionais, financeiras, familiares e sociais. Atualmente com o consumo do crack, álcool, tabaco e outras drogas o crescimento destas dificuldades e o surgimento de novos desafios vêm agravando as situações de vulnerabilidade social, psíquica e física especialmente em parcelas da população previamente já vulneráveis (SMS/RJ, 2016).

A Atenção Primária à Saúde tem uma posição estratégica por ter contato e abordar estas pessoas antes mesmo que os problemas desencadeiem tentando precaver os fatores de vulnerabilidade e minimizar danos e consequências do uso destas substâncias. Esta abordagem é complicada principalmente devido à falta de preparo dos profissionais para lidar com esta realidade. Para isto foram elaborados recursos eficientes que ajudam na abordagem e tratamento destas pessoas, como instrumentos de triagem simples, medicações e técnicas para reverter estas situações, com alta resolutividade da saúde e da reinserção social. São orientações para o tratamento da abstinência e da intoxicação, abordagem da família, de grávidas, de crianças, adolescentes e também tratamento dos usuários com comorbidades (tuberculose, HIV e IST), transtornos mentais comuns e da população em situação de rua (SMS/RJ, 2016).

Apesar de existir grandes dificuldades na implantação da Política de promoção da Saúde, há de se ressaltar muitos avanços através da PNPS como: benefícios de programas populacionais de incentivo à atividade física e alimentação saudável comunitária e escolar; políticas públicas na área de urbanização e ambiente a fim de reduzir morbimortalidade por acidentes de trânsito, aumento dos níveis de atividade física da população, (mobilidade e espaços urbanos que propiciem a prática de caminhadas, ciclismo, e o transporte ativo de forma acessível e segura). Ações de regulação de ambientes livres de tabaco, proibição da propaganda do fumo, legislação aos limites de álcool e direção, restrição à propaganda de alimentos na infância, rotulagem de alimentos, programas de apoio às famílias e proteção das vítimas de violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável, programas como Vida no Trânsito, Academia da Saúde, Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Saúde na Escola. Mostrando a importância destas ações na proteção da população, bem como a articulação intersetorial e a mobilização de parceiros visando respostas mais efetivas (MALTA, 2014).

Estas ações prioritárias foram responsáveis para o fortalecimento de ações de promoção em todas as esferas do SUS e na melhoria da articulação entre diferentes áreas técnicas. Em 2005 foi criado o Comitê Gestor da PNPS – CGPNPS, a fim de operar a transversalidade e construir mecanismos de corresponsabilização e cogestão, para coordenar as ações envolvendo diferentes secretarias e áreas do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (MALTA, 2014).

Na área da gestão foi fundamental a criação de:

linha orçamentária específica, a inserção da promoção no Plano Plurianual, monitoramento de indicadores da Promoção da Saúde nos pactos federativos, o financiamento de projetos de Promoção da Saúde em municípios e a criação de programas de Promoção da Saúde. Ações intersetoriais implementadas foram

relevantes, em especial a articulação com os setores de Educação, Justiça, Cidades, Direitos Humanos, Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer, dentre outros. Ações regulatórias foram implementadas, como a Lei "Seca" e a lei de ambientes livres de tabaco. (MALTA, 2014).

A Promoção da saúde tem muitos desafios para alcançar um estilo de vida mais saudável e ter ambientes que favoreçam estas mudanças, deve-se trabalhar muito para atingir maior participação social, uma formação nas universidades mais voltada para a integralidade do ser humano, com políticas intra-setoriais da saúde e intersetoriais envolvendo outros além do da saúde, programas de educação permanente, construção e/ou reformas da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde onde acontece o acesso da maioria da população assistida, bem como uma visão dos gestores de que o investimento em promoção e prevenção de saúde reflita no bem-estar da população e em toda a sociedade, além de diminuir custos e agravos.

3. Metodologia

A metodologia aplicada foi qualitativa, com observação não participante e análise documental.

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada para as ações que buscam o cuidado integral e contínuo dos seus usuários, por meio da Estratégia Saúde da Família. Portanto é necessário compreender a dinâmica dos gestores e os profissionais que atuam neste local de atuação e interpretar as dificuldades encontradas na implantação e ampliação de práticas preventivas e promocionais da saúde. Foram realizadas visitas, sem prévio agendamento a duas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, uma da Regional Oeste, e outra da Regional Centro-Sul em Março de 2018, para coletar dados sobre o tema investigado, por meio de observação não participante e de conversa informal com os gestores das Unidades.

A revisão de literatura foi realizada por meio de consultas na internet no período de Janeiro a Abril de 2019 a documentos do SUS que estão disponíveis, bem como outros artigos científicos ligados ao tema proposto nesta pesquisa.

O estudo de revisão buscou compreender algumas das dificuldades encontradas para ampliação de atividades de Promoção da Saúde em Unidades Básicas de Saúde. Foram consultadas informações na legislação do governo federal, documentos e publicações internacionais, da OMS e do Ministério da Saúde, livros, teses e artigos científicos relacionados ao tema de Promoção de saúde, suas limitações e avanços. Foram realizadas buscas em duas bases de dados bibliográficos — Google Scholar e Scielo, o limite foi do período de 10 anos, selecionados artigos publicados entre 2008 e 2018 e o idioma foi o português. A escolha dos artigos foi por meio de pesquisa com termos livres descritos no quadro abaixo:

Quadro 2 – Termos livres consultados na literatura

Promoção de Saúde	Problemas na implantação e ampliação Recursos Humanos Estrutura Física das UBS Intersetorialidade Sobrecarga de trabalho Educação continuada Influência do mercado Participação do usuário
-------------------	---

Fonte: Criado pela autora (ANTUNES, 2019).

Os artigos foram escolhidos de acordo com o que é preconizado nos documentos do Ministério da Saúde a fim de verificar os pontos que já estão implantados e outros que ainda não estão no contexto do atendimento das UBS e quais os percalços destas dificuldades. Os artigos analisados que não se relacionavam ao tema de estudo foram excluídos.

4. Resultados

Os resultados encontrados demonstram algumas das dificuldades e limitações enfrentadas na ampliação das ações de Promoção da Saúde nas Unidades Básicas escolhidas do presente artigo.

O maior problema encontrado na UBS da Regional Oeste visitada é a falta de espaço físico para realização de grupos operativos, o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS mais próximo cede uma sala para realização destes grupos que iniciariam em Abril de 2018, de tabagismo e de nutrição saudável, este coordenado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. A Equipe de Saúde Bucal realiza projeto e visita as escolas públicas locais. A abrangência da Unidade Básica de Saúde é de 45.000 habitantes sendo que 70 % são de baixo risco, portanto uma população aproximada de 13.500 depende diretamente desta UBS. O Centro de Referência em Saúde Mental - Cersam mais próximo oferece 03 reuniões do grupo de alcoólatras anônimos. A demanda por atendimento é em torno de 3.375 usuários de alto risco cadastrados para cada equipe de Saúde da Família, dificultando a ampliação de práticas preventivas e de promoção da saúde.

Na UBS da Regional Centro-Sul, acontecem aulas de dança ou zumba uma vez por semana com uma frequência em torno de 15 pessoas e aulas de Lian Gong que acontecem no salão da Igreja católica do bairro. Não existe grupo de tabagismo e sim um serviço de distribuição de medicação para aqueles usuários que procuram diminuir ou parar de fumar, esta ação é mais individualizada e conduzida pelo NASF que atende mais outras duas Unidades. As Equipes de Saúde bucal desta unidade não fazem intervenção fora do Centro de saúde e é composta por 03 Cirurgiões Dentistas, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal e 02 Equipes de saúde da família cada uma atende cerca de 2.500 pessoas de alto risco. Existem mais dois enfermeiros de Apoio que atendem a demanda de baixo risco que é em torno de 15 mil pessoas, tendo abrangência total de 20.000 pessoas. A demanda é em torno de 2.500 usuários de alto risco para cada equipe de Saúde da Família, deste universo apenas 15 pessoas participam das atividades preventivas ofertadas. Sendo uma quantidade muito pequena para que se consiga um resultado positivo de Promoção de Saúde.

Em relação à revisão de literatura, vários aspectos são apontados como dificuldades na implantação e ampliação da Promoção da saúde, que estão vinculados à:

Quadro 2 – Categorias de resultados analisados de acordo com os autores

Categoria	Autor	Resultados
Formação dos profissionais da saúde.	HORTA, 2009 GONÇALVES, 2017 HEIDEMANN, 2012 ALMEIDA FILHO, 2010	Ações curativas, focadas, fragmentadas, verticalizadas, tradicionais X promoção e prevenção; Ciclo de vida com protocolos excludentes; Contrário ao empoderamento/cidadania; Doença exclusivamente biologicista, voltada a disciplinabilidade de

		abordagem reducionista com foco na repetição, memorização e reprodução do conhecimento X influência social
Estrutura física das UBS	UBS, PBH 2019	Inadequadas, fora das normas técnicas do Ministério da Saúde, falta de espaço, dificuldade no acesso
Intersetorialidade	CZERESNIA, 2009 HORTA, 2009 OTTAWA, 1986	Integração das vigilâncias sanitárias, epidemiológicas e de assistência médico-hospitalar, do planejamento e das ciências sociais X políticas públicas transeitoriais e intersetoriais; Necessário articulação do setor público, privado, 3º setor, comunidades, usuário.
Sobrecarga de trabalho.	HORTA, 2009 ROCHA, 2008	Quantitativos altos de atendimento por equipe (acima de mil famílias); Excesso de demanda com permanência de filas; Sobrecarga de trabalho profissional; limitando as práticas de promoção da saúde. O agendamento dos grupos prioritários introduz segmentação com repressão de demanda dos não inclusos
Educação Permanente.	HORTA, 2009 FALKENBERG, 2014	Reducionistas, requer questionamentos e ações mais integradas e participativas.
Interesse financeiro.	COUTINHO, 2013 CZERESNIA, 2009 HEIDEMAN, 2012 ALMEIDA FILHO, 2010	Modelo biomédico nas universidades formação fragmentada, especializada e mais onerosa; Questionamento da eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia, necessidade de controlar os custos crescentes do modelo biomédico; Política pública organizada diminuem os custos X as pessoas sofrem mais e perdem qualidade de vida, o

		mercado da saúde aumenta os lucros em detrimento dos direitos da população; Maior interesse mercado da indústria da saúde, com disseminação de faculdades comerciais negócio rentável medicina superespecializada, hospitalocêntrica e mercantilista.
Participação do usuário.	SMS/RJ, 2016 HORTA, 2009 SANT'ANA, 2014 HEIDEMANN, 2012	Informações nos espaços coletivos com o envolvimento da sociedade; Capacitação e poder político dos indivíduos e da comunidade; Desconhecimento prejudica questões como cidadania, estruturas físicas, sociais e emocionais, meio ambiente, segurança pública, autocuidado, lazer, trabalho, transporte público de qualidade e moradia; Permanência em grupos de educação em saúde batalha difícil pacientes com comorbidades tratamentos longos exigindo perseverança e determinação; Participação do usuário e da população junto aos profissionais de saúde e universidades para construir autonomia sobre os determinantes do processo saúde e doença.

Fonte: Criado pela autora (ANTUNES, 2019).

5. Discussão

Os resultados indicam que o modelo biomédico predomina nas unidades básicas de saúde, devido à formação profissional ser ainda hoje voltada para este modelo. As ações de prevenção e promoção de saúde são muito pequenas e quando ocorrem são curativas, focadas no indivíduo e fragmentadas, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, para os grupos de risco, excluindo os usuários que não se enquadram na linha do cuidado nos ciclos de vida. As atividades educativas são verticalizadas sem levar em conta a vivência do usuário e sua experiência de vida, são direcionadas e programáticas, tradicionais e repetitivas não têm como objetivo o empoderamento das pessoas, nem a discussão sobre o cuidado com a saúde e o exercício da cidadania (HORTA, 2009), (HEIDEMANN, 2012), (GONÇALVES, 2017).

As estruturas físicas devem ser reformadas, ampliadas e melhoradas de acordo com as normas do Ministério da Saúde, para ampliar o acesso e a adesão na busca do cuidado e nas práticas preventivas ofertadas (PBH).

As ações devem ser coordenadas entre governantes, setores sociais e econômicos, organizações não governamentais, indústria, famílias, comunidades e os mais diversos setores focados no bem estar para que todos tenham qualidade de vida com educação, saúde, moradia, alimentação e trabalho dignos para haver um sistema de proteção da saúde (OTTAWA, 1986).

A demanda espontânea das necessidades de saúde e as orientações e inovações das práticas capazes de impactar positiva e interativamente na vida do usuário e da população e a sobrecarga dos profissionais impossibilita a concretização do Programa Saúde da Família, como estratégia de reforma do modelo tecnoassistencial. (HORTA, 2009), (ROCHA, 2008).

A educação permanente em serviço é deficitária, limita-se muitas das vezes à reunião de equipe, para repasse de orientações assistenciais e administrativas. As ações de treinamento desenvolvidas são reducionistas, fragmentadas e desarticuladas, e na sua maioria, direcionadas apenas aos profissionais de nível superior. As ações deveriam ser mais integradas e participativas (FALKENBERG, 2014).

O modelo biomédico vigente em uma grande parte das universidades gera um atendimento fragmentado, especializado e de alto custo devido a interesses econômicos em promover uma medicina cada vez mais especializada e mais onerosa. Existe um mercado da saúde que visa aumentar os lucros em detrimento dos direitos da população (Heideman 2012), (COUTINHO, 2013).

É essencial a participação do usuário e da população em geral, junto aos profissionais de saúde e universidades, para construir a autonomia em relação aos determinantes do processo saúde e doença (HEIDEMANN, 2012).

A permanência do paciente em grupos de educação em saúde é uma das batalhas mais difíceis dos profissionais, pois a maioria dos pacientes apresenta outros problemas de saúde, como diabetes, altos níveis de triglicérides, colesterol, sobrepeso, problemas respiratórios, trazendo complicações na condução dos tratamentos exigindo mais perseverança e determinação, os grupos de redução de tabagismo que existem nas UBS visitadas são exemplos destes grupos (SANT'ANA, 2014).

O usuário que apresenta problemas como as DCNT ou outros, deve se responsabilizar juntamente com os profissionais que o acompanham a fim de identificar e melhorar sua condição de saúde. A adesão a estes tratamentos é complexa e deve ser totalmente integrado na rotina diária deste paciente e mudança no seu estilo de vida. Tarefa complicada tanto para o paciente que tem que mudar sua rotina de vida, quanto para o profissional de saúde que deve acompanhar de perto estas mudanças (ASSUNÇÃO, 2008).

6. Conclusão

Alguns dos problemas enfrentados na gestão das Unidades Básicas de Saúde é a predominância do modelo biomédico dos profissionais, de existirem poucas atividades voltadas para a prevenção e promoção da saúde, devido a grande demanda e sobrecarga de trabalho, a educação permanente ser incipiente e descontínua. A estrutura física das UBS não serem adequadas para suas necessidades, falta de participação e articulação de outros setores e o controle social ser pequeno e desarticulado além de um mercado da saúde que interfere na propagação destas práticas de promoção e de vida.

A pesquisa identificou algumas das dificuldades para a implantação e ampliação das práticas preventivas e de promoção da saúde, e quais as mudanças devem ser feitas para mudar esta situação na atualidade, como maior participação social, reforma e adaptação dos espaços físicos, mudança na formação profissional, aumento dos recursos humanos, mais capacitação para os profissionais, mais informação a respeito do envolvimento de outros setores na busca de um mundo melhor e mais saudável. Porém não apontou os meios e as estratégias para superar estas barreiras e tão pouco relatou ações que já estão inseridas na Atenção primária com resultados positivos na adoção de tais práticas e suas conquistas na saúde dos participantes.

A pesquisa se resumiu apenas a duas visitas em UBS e o universo pesquisado foi muito reduzido diante da complexidade do SUS, além da revisão bibliográfica, que identificou os problemas. Um estudo mais aprofundado em relação à prevenção da violência e o incentivo à cultura de paz, à redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, problemas de saúde mental, práticas corporais e atividades físicas já em andamento e promoção do desenvolvimento sustentável, são fundamentais para a pesquisa e avanço desta política. É imprescindível haver uma gestão mais voltada para o bem estar da população e em se promover a saúde integral buscando melhorias na economia e em toda a sociedade.

7. Referência Bibliográfica:

ASSUNCAO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. *Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900024>.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 2006. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> . Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 12 mar. 2019.

BRASIL. *Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. > Acesso em 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revista Brasileira Saúde da Família. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia14.pdf. Acesso em: 19 fev. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori e CARVALHO, Antonio Ivo. *Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)*. Rio de Janeiro. 2009. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000600039&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 18 fev. 2019.

CARTA DE OTTAWA. Disponível em: <bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 24 abr. 2019.

COUTINHO, Silvano, S. et al. *Discutindo os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças FIEP BULLETIN - Volume 83 - Special Edition - ARTICLE II - 2013* (<http://www.fiepbulletin.net>) Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/viewFile/2775/5406> Acesso em: 22 abr. 2019

CURSO de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. Brasília – DF 2015. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/curso_aperfeiçoamento_implementacao_politica_promocao_sau.pdf> Acesso 22 abr. 2019.

CZERESNIA, Dina., e FREITAS, Carlos Machado de., orgs. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* [online]. 2nd. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. ISBN 978-85-7541-353-1. Disponível em: Scielo Books < <http://books.scielo.org/id/m9xn5/02>> Acesso em 20 fev. 2019

FALKENBERG, Mirian Benites et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

GONÇALVES, Cristiane Aluiza. *Educação em saúde e diabetes mellitus: práticas na Atenção Primária*. São Paulo, 2017. 104 f. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_204_cristiane_goncalves.pdf>. Acesso em 22 abr. 2019.

HEIDEMANN, Ivonete T.S.B. et al. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: Concepções da Carta de Ottawa em Produção Científica*. Artigo de Revisão. Florianópolis 2012 Jul/Set; Cienc Cuid Saude 11(3):613-619. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/313816/mod_resource/content/2/2012%20PROMOC%CC%A7A%CC%83O%20DA%20SAU%CC%81DE%20E%20QUALIDADE%20DE%20VIDA.pdf Acesso em: 19 fev. 2019.

HORTA, Natália de Cássia et. al. *A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem [on line] 2009, 62 (Julho-Agosto). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019598006>>ISSN Acesso em: 26 Fev. 2019

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf Acesso em 13 mai. 2019.

PAIM, Jairnilson, et al. *Saúde no Brasil O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Salvador. Bahia, 2011 Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf>. Acesso em 26 mar. 2019.

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (Documento para discussão) Brasília 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf> Acesso em 13 abr. 2019.

Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-basica> Acesso em 04 abr. 2019.

Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, June 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

RABELLO, LS. *Introdução: como abordamos a promoção da saúde*. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 21-38. ISBN: 978-85-7541-352-4. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524-03.pdf> Acesso 22 abr. 2019

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. *Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s69-s78, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300012>

SANT'ANA, Djalma Olímpio Maia. *Hipertensão arterial sistêmica: uma proposta de intervenção para o aumento da adesão ao tratamento Girau do Ponciano/Alagoas 2014*. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6201.pdf> Acesso em 27 abr. 2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS. *Coleção Guia de Referência Rápida. Álcool e Outras Drogas Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1ª edição/2016 SMS - RJ / SUBPAV / SAP. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176314/GuiaAD_reunido.pdf Acesso em: 22 abr. 2019

UBS, Prefeitura de BH. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/centro-de-saude> Acesso 26 mar. 2019.

XAVIER, Alexandra B; VASCONCELOS, Kathleen E. L.; SILVEIRA, Sandra, A. S. *PROMOÇÃO DA SAÚDE: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande/PB*. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis/MA. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/promocao-da-saude-uma-analise-das-concepcoes-e-praticas-das-equipes-dos-nucleos-de-apoio-a-saude-da-familia--nasf--de-campina-grandepb.pdf> Acesso em 22 abr. 2019.

8. Anexo A

Siglas e Abreviaturas

1. AIDS.....	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
2. ABRASCO.....	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
3. AVC.....	Acidente Vascular Cerebral
4. CERSAM.....	Centro de Referência em Saúde Mental
5. CGNPS.....	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
6. CONASEMS.....	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
7. CONASS.....	Conselho Nacional de secretários de Saúde
8. CRAS.....	Centro de Referência de Assistência Social
9. DCNT.....	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
10. DM.....	Diabete mellitus
11. ESF.....	Estratégia Saúde da Família
12. HAS.....	Hipertensão Arterial Sistêmica
13. HIV.....	Vírus da Imunodeficiência Humana
14. IST.....	Infecções Sexualmente Transmissíveis
15. NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
16. OMS.....	Organização Mundial da Saúde
17. PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
18. PAD.....	Pressão Arterial Diastólica
19. PAS.....	Pressão Arterial Sistólica
20. PBH.....	Prefeitura de Belo Horizonte
21. PNPS.....	Política Nacional de Promoção da Saúde
22. PSF.....	Programa Saúde da Família
23. SUS.....	Sistema Único de Saúde
24. UBS.....	Unidade Básica de Saúde