



---

Ana Carolina Carvalho de Moura Albano

**Análise da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) no  
Município de Várzea da Palma/MG**

Ana Carolina Carvalho de Moura Albano

**Análise da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) no  
Município de Várzea da Palma/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: MSc. Patrícia Lima Magalhães

Belo Horizonte

2019

A326a

Albano, Ana Carolina Carvalho de Moura.

Análise da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) no município de Várzea da Palma/MG. /Ana Carolina Carvalho de Moura Albano. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

61 f.

Orientador(a): Patrícia Lima Magalhães.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Determinantes Sociais da Saúde. I. Magalhães, Patrícia Lima. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 546

Ana Carolina Carvalho de Moura Albano

**Análise da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) no  
Município de Várzea da Palma/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca examinadora

Mestra em Saúde Pública, Alessandra Rios de Faria  
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG)

Doutora em Saúde Pública, Thais Lacerda e Silva  
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG)

Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente, Patrícia Lima Magalhães (Orientadora)  
Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

Belo Horizonte  
2019

Dedico a todos os profissionais de saúde do município que acreditam na consolidação do SUS como um sistema de saúde público, universal, equânime e integral.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela vida, pela sabedoria, por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais.

À minha orientadora, Patrícia Lima Magalhães, pela orientação segura, por compartilhar conhecimentos marcados pela confiança, generosidade, acolhimento, exigência e respeito em todo o processo de realização deste trabalho.

À Viviane Gonçalves Carneiro, gestora municipal de saúde de Várzea da Palma, a quem sou imensamente grata, pois não mediu esforços para que eu realizasse o curso de Especialização em Saúde Pública, que me tornou uma profissional do SUS com um olhar mais amplo e transformador.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), pelo imenso aprendizado na vasta Saúde Pública e no SUS e pelas amizades estabelecidas e experiências compartilhadas.

Aos colegas de serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea da Palma, pelo incentivo e por acreditarem na realização deste trabalho.

Um agradecimento especial aos meus pais e minhas irmãs, que me apoiaram e torceram para o meu aprimoramento profissional e me incentivaram, mostrando que mesmo diante dos momentos difíceis desta caminhada, o aprendizado é sempre uma motivação, uma busca inesgotável.

Finalmente, agradeço ao meu companheiro e meus filhos, cuja paciência e compreensão foram essenciais para superar as minhas ausências de alguns momentos em família.

## RESUMO

Esse estudo analisa a implementação da Política Estadual de Promoção à Saúde (POEPS) no município de Várzea da Palma/MG, seus avanços e desafios. A POEPS foi aprovada em 2016 e tem como objetivo instituir a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais, em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A construção do estudo ocorreu a partir de algumas etapas metodológicas, sendo a primeira a realização de uma revisão de literatura, do tipo narrativa. A revisão de literatura foi realizada a partir de consultas aos relatórios das Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde, atos normativos do Governo Federal e Estadual e publicações institucionais do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). O processo de coleta do material bibliográfico ocorreu no período de julho de 2019 a outubro de 2019, nas seguintes bases de dados: Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A outra etapa para construção do trabalho se consubstanciou na análise da série histórica dos resultados dos indicadores da POEPS, desde a sua implantação - 2º quadrimestre de 2016, até o último quadrimestre disponível no Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SIGRES), o 1º quadrimestre de 2019. Nesta análise, foi possível observar através diversos avanços, como o aumento significativo de participação dos usuários em atividades de Promoção da Saúde, como na realização da atividade física, além de uma maior evidência das ações de Promoção no dia a dia das equipes de Atenção Primária, mas ainda se faz necessário a superação de diversos desafios, como o fortalecimento da intersetorialidade, cogestão e corresponsabilidade em alguns programas, como exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF), que para efetivação necessita ser assumido na sua integralidade pela saúde, pelos parceiros e, principalmente, pela própria população.

Palavras-chave: Política Nacional de Promoção da Saúde. Promoção da Saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Determinantes Sociais de Saúde.

## ABSTRACT

This study evaluates the State Health Promotion Policy (POEPS) in the municipality of Várzea da Palma / MG and analyzes the progress and challenges of implementation since its publication. The POEPS was approved in 2016 and its objective is to establish the State Health Promotion Policy within the State of Minas Gerais based on the analysis of the National Health Promotion Policy (PNPS). The construction of the study took place from some methodological steps, being the first one to carry out a literature review of the narrative type. The literature review was conducted from consultations to the reports of the International Conferences on Health Promotion, normative acts of the Federal and State Government and institutional publications of the Ministry of Health (MS) and the State Secretariat of Health of Minas Gerais (SES/MG). The process of collecting bibliographic material took place from July 2019 to October 2019, in the following databases: Bireme, Virtual Health Library, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The other step for the construction of the work was the analysis of the historical series of POEPS indicator results, since its implementation - 2nd quarter 2016, until the last available quarter in the State Health Resolution Management System (SIGRES) - 1st quarter. In this analysis, it was possible to observe several advances, such as the significant increase of popular participation in individual actions, physical activity performance, as well as greater evidence of the day-to-day promotion actions of Primary Care teams, but it is still necessary to overcome several challenges, such as the strengthening of intersectoriality, co-management and co-responsibility in some programs, such as the Bolsa Família Program (PBF), which needs to be fully assumed by health, partners and, for this purpose, mainly by the population itself.

Keywords: National Policy for Health Promotion. Health Promotion. Unified Health System. Primary Health Care. Social Determinants of Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de Determinação Social da Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	25
Figura 2	Região de Saúde de Pirapora, Minas Gerais, Brasil.....	38
Figura 3	Região Ampliada de Pirapora.....	39
Gráfico 1	Média do número de participantes nas atividades físicas ofertadas pelo município. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.....	41
Gráfico 2	Número de atividades educativas (educação em saúde e mobilização social) voltadas para a promoção da saúde. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.....	45
Gráfico 3	Numero de ações cumpridas no Programa saúde na Escola (PSE) por quadrimestre. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.....	47
Gráfico 4	Registro do Formulário de Marcadores de consumo alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web por quadrimestre. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.....	49
Gráfico 5	Registro do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no programa bolsa família (PBF) por quadrimestre. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CISMESF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DSS	Determinação Social da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FES	Fundo Estadual de Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POEPS	Política Estadual de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGRES	Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 O Sistema Único de Saúde: uma política pública de saúde exitosa e de garantia de direitos.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 A Promoção da Saúde como um direito.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 As contribuições das Conferencias Internacionais para o desenvolvimento do conceito da Promoção da Saúde.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 O conceito de saúde e os aspectos sociais da saúde – Modelo de Determinação Social da Saúde.....</b>	<b>24</b>
<b>3.5 A diferença entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças.....</b>	<b>26</b>
<b>3.6 A Política nacional de Promoção da Saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>3.7 A Política Estadual de Promoção da Saúde de Minas Gerais.....</b>	<b>28</b>
3.7.1.1 Práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.....	33
3.7.1.2 Atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde.....	33
3.7.1.3 O Programa Saúde na Escola (PSE) no município.....	34
3.7.1.4 O registro do formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web.....	35
3.7.1.5 O acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF).....	35
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2 O local de estudo.....</b>	<b>38</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>5.1 Indicador 1: Realização das ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2 Indicador 2: Realização junto à comunidade, atividades coletivas de educação em saúde voltadas para promoção da saúde.....</b>	<b>44</b>
<b>5.3 Indicador 3: Implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município....</b>	<b>47</b>
<b>5.4 Indicador 4: Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo</b>	

<b>Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5 Indicador 5: Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF).....</b>	<b>51</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde foi reconhecida como um direito humano social, previsto pela Constituição Federal Brasileira, nos artigos 6º e 196, e por vários outros instrumentos normativos, sendo que, no campo de efetivação do direito à saúde, a Promoção da Saúde ocupa um lugar de destaque (AITH, 2013).

Dentre os mais diversos marcos legais no campo da Promoção da Saúde, destaca-se a Carta de Ottawa, que define a Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade e dos usuários para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Assim, a Promoção da Saúde pode ser definida como um processo de capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Outro marco importante para a Promoção da Saúde foi a publicação da Portaria nº 687/GM/MS de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tendo sido atualizada em 2014, por meio da Portaria nº2446 MS/GM, de 11/11/2014. Esta última incrementa as ações de Promoção da Saúde no território, garantindo consonância com os valores, princípios, objetivos e diretrizes da Política (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

Para Aith (2013), a plena realização do direito à saúde depende diretamente da atuação do Estado - enquanto esfera de governo - já que a promoção, proteção e recuperação da saúde dependem, em larga medida, de uma determinada ação e decisão a ser tomada pelos órgãos governamentais. Tal ação estatal deve ser, tanto quanto possível, legitimada por decisões tomadas com a participação da comunidade. Ademais, devem ser pautadas em normas jurídicas internacionais, constitucionais, que irão orientar as atividades do Estado.

No Estado de Minas Gerais, um marco legal importante foi a publicação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), por meio da Resolução SES/MG Nº 5.250, de 19 de abril de 2016. A Portaria define que a Promoção da Saúde constitui uma estratégia de articulação transversal na qual um conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais, atuam sobre os determinantes sociais da saúde com o objetivo de estabelecer mecanismos para redução da vulnerabilidade e das desigualdades, visando o empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde. A POEPS no âmbito do Estado de Minas Gerais foi construída a partir de um movimento de apropriação e ativação da PNPS através de diversos atores municipais e estaduais, além de instituições de ensino parceiras, com objetivo de fortalecer e acrescer as especificidades do Estado (MINAS

GERAIS, 2016a).

A POEPS, instituída há três anos em Minas Gerais, tem a sua implementação por meio do acompanhamento quadrimestral de cinco indicadores definidos na mesma, sendo eles: realização de ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população; realização junto à comunidade, de atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde; implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) nos municípios; realização do registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web; e acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF) (MINAS GERAIS, 2016a).

A consolidação normativa da PNPS e de outras políticas associadas à Promoção da Saúde foi um importante avanço. No entanto, a simples edição de uma norma legal não é condição suficiente para que os seus ditames sejam cumpridos. Os desdobramentos práticos dessas normas devem ser concretizados por ações e serviços públicos de Promoção da Saúde, principalmente nas esferas estadual e municipal. Por essa razão, o acompanhamento contínuo sobre o cumprimento das normas publicadas representa um fator importante para o desenvolvimento da Promoção da Saúde (AITH, 2013).

Segundo Malta *et al.* (2018), embora exista avanços na história da Promoção da Saúde, ainda se faz necessário superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar, bem como há um grande caminho para que a Promoção se consolide de forma expressiva, produzindo saúde e enfrentando os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Decorridos trinta e um anos do Sistema Único de Saúde (SUS), treze anos da PNPS e três anos da POEPS, torna-se imprescindível a realização de análise dos resultados da Política Estadual de Promoção da Saúde, no intuito de identificar as características das práticas desenvolvidas, bem como o seu potencial no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. Será relevante, também, pois trará novos conhecimentos e possibilidades de reflexão sobre as práticas desenvolvidas de Promoção da Saúde no território municipal, bem como a identificação das estratégias utilizadas para a implementação, permitindo, assim, cooperação horizontal entre equipes e profissionais de saúde do município.

O município de Várzea da Palma aderiu ao processo de implementação da Política Estadual, por meio da pactuação dos indicadores da Resolução SES/MG N° 5.250, de 19 de abril de 2016. Percebe-se relevância na construção de trabalhos que possibilitem analisar a implementação da POEPS no município a partir da execução e desempenho nos indicadores estabelecidos, bem como a identificação de desafios, avanços e estratégias locais que tenham

contribuído para o fortalecimento das ações e políticas de Promoção da Saúde.

Para tanto, este estudo se fundamentou em um breve histórico sobre o surgimento da Promoção da Saúde no Brasil, principalmente a partir das contribuições das Conferências Internacionais, do conceito de saúde, das conceituações da diferença de promoção e prevenção e sobre o regulamento ministerial e estadual da Promoção da Saúde, a PNPS e POEPS. Posterior a essa revisão de literatura, foi realizada uma análise dos resultados dos indicadores da POEPS, desde a sua publicação, até o último período avaliado, qual seja: 1º quadrimestre de 2019.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) no município de Várzea da Palma, por meio de indicadores pactuados entre o município e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

### **2.2 Objetivos específicos**

São objetivos específicos deste trabalho: analisar os indicadores de implementação da POEPS no município de Várzea da Palma, bem como identificar as características das práticas desenvolvidas e desafios na implementação da POEPS.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O Sistema Único de Saúde: uma política pública de saúde exitosa e de garantia de direitos**

O SUS é uma política recente e mesmo assim já foi capaz de institucionalizar um sistema público de saúde sólido, com resultados importantes para a sociedade brasileira, principalmente por se constituir na mais inclusiva política pública praticada no Brasil (OPAS, 2011). Após a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS, foi possível incluir de forma rápida e extensiva, milhões de brasileiros como cidadãos portadores de direitos no campo da saúde (OPAS, 2011).

O marco da democratização da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que contou com a participação dos vários segmentos da sociedade e definiu três referenciais que serviram de base para o arcabouço jurídico por meio da Constituição Federal, que são: saúde como direito de todos e dever do estado; saúde contemplada como resultante de fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, educação, habitação, renda e a instituição de um sistema de saúde fundamentado pelos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2007). O conceito ampliado de saúde foi um dos marcos da VIII CNS agregando determinantes e condicionantes e não apenas ausência de doenças, sendo imprescindível, portanto, a atuação intersetorial e as ações de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007).

O processo de implantação e consolidação do SUS vem acompanhado de vasta normatização ao longo dos anos. Iniciou-se com a edição da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, passou pelas diversas Normas Operacionais do Ministério da Saúde (MS), pelo Pacto pela Saúde, pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, até se desdobrar nas incontáveis legislações e normas publicadas por todos os entes da Federação (MINAS GERAIS, 2014).

A organização do SUS encontra-se fundamentada em três princípios doutrinários e três princípios organizativos. São princípios doutrinários:

- Universalidade - Acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, com ou sem vínculo previdenciário ou beneficiário de seguro privado de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (COSTA, 2003).

- Integralidade - As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e para a cura. Os serviços de saúde devem atuar considerando o ser humano de forma integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a

adoecer (ANDRADE, 2001).

- Equidade - O princípio da equidade prega que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades, devendo considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, têm seus problemas de saúde específicos e, por isso, o sistema de saúde deve conhecer as diferenças e trabalhar para cada necessidade, diminuindo as desigualdades existentes (ANDRADE, 2001).

Já os princípios organizativos são os seguintes:

- Regionalização e hierarquização - A assistência à saúde prestada por meio de níveis crescentes de complexidade de forma articulada com fluxo de referência e contrarreferência circunscrita à de terminada área geográfica, devendo o serviço ser prestado o mais próximo possível da residência do usuário (BRASIL, 2007).

- Descentralização e comando único - Redistribuir o poder e a responsabilidade nas esferas de governo, pois quanto mais perto da população as decisões forem tomadas, maior a chance de dar certo (BRASIL, 2007).

- Participação Popular - É garantida a população em geral interagir com o Poder Público, participar do estabelecimento das políticas de saúde, discutir suas prioridades e fiscalizar a execução dessas políticas e a utilização dos recursos (COSTA, 2003).

Buss e Carvalho (2009) destacam que os princípios e diretrizes do SUS, voltados para a Promoção da Saúde foram reforçados no ano de 1992, pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), com suas equipes multiprofissionais. O PSF é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, sendo este nível de atenção àquele que considera a pessoa em sua singularidade e que busca produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde, o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é importante superar o desafio de compreensões simplistas atribuídas à Atenção Básica, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a Promoção da Saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividade passa por diversos fatores, cuja grande parte é abordada na Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Para Rabello (2010), a Atenção Básica é um lócus privilegiado para a Promoção da Saúde e exige que todo o sistema seja reordenado a fim de favorecer tratamento integral e em rede.

### **3.2 A Promoção da Saúde como um direito**

No campo de efetivação do direito à saúde, a Promoção da Saúde ocupa um lugar de destaque, desde o primeiro reconhecimento dado no âmbito do direito internacional, como na carta de Ottawa, em 1986, até o reconhecimento oferecido pela Constituição Brasileira e pelas demais normas jurídicas no Brasil (AITH, 2013). Portanto, seja pela presença na Constituição Brasileira, nos documentos internacionais e nacionais, a sociedade e o governo precisam estar atentos à organização de uma rede de ações e serviços públicos de saúde que sejam capazes de cuidar deste aspecto fundamental da saúde humana, que é a Promoção da Saúde (AITH, 2013).

É impossível falar sobre Promoção da Saúde, sem celebrar os 41 anos da Declaração de Alma Ata. Os valores e os princípios da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, em Alma-Ata, na capital do Cazaquistão, contempla três dimensões principais, que merecem ser reafirmadas (TOSCA *et al.*, 2019). A primeira, de cunho político, consagra a saúde como direito humano fundamental, apontando para universalidade e integralidade da atenção como instrumentos que concretizam este direito. A segunda, de cunho social, destaca a determinação social, econômica e ambiental do estado de saúde das pessoas, afirmando a necessidade de atuar contra os fatores determinantes, com destaque às desigualdades sociais. A terceira dimensão com foco assistencial, abrange os princípios da medicina de família e comunidade, que se concretizam no acesso universal a uma atenção primária resolutiva, que proporciona atenção integral, humanizada, segura e sem barreiras financeiras ao acesso (TOSCA *et al.*, 2019).

Para Aith (2013), a Declaração de Alma Ata apresentou os primeiros consensos sobre a Promoção da Saúde como elementos essenciais das políticas de saúde a serem desenvolvidas pelos governos dos Estados. O documento dispõe sobre o direito e o dever das pessoas participarem do planejamento e execução das ações de promoção da saúde, além do dever dos governos promoverem ações de Promoção da Saúde para termos um mundo econômico e socialmente adequado para a produção da vida.

### **3.3 As contribuições das Conferências Internacionais para o desenvolvimento do conceito e de práticas da Promoção da Saúde**

Em 1986, além da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, sendo esta considerada o marco fundador do movimento da Promoção da Saúde no mundo (CZERESNIA E FREITAS, 2009).

A Carta de Ottawa define Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade, que deve atuar na busca da qualidade de vida e saúde e na participação e controle deste processo (BRASIL, 2002). Dentre os principais elementos, destacam-se: ambientes favoráveis à saúde, acesso à informação, habilidades para viver melhor e oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis (BUSS, 2009).

A Carta de Ottawa propõe cinco campos de ação, sendo eles: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2009). Ela avançou com o conceito de *empowerment* comunitário e individual, que na promoção da saúde é o processo no qual as pessoas apresentam maior controle sobre decisões e ações, que afetam a qualidade de vida. Representa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais (BECKER *et al*, 2004).

A conferência de Adelaide, a segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada na Austrália, em 1988, e resultou nos compromissos assumidos na Declaração de Adelaide (RABELLO, 2010). Segundo Brasil (2002), a Conferência de Adelaide elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis que devem ser de interesse de todas as áreas das políticas públicas, fortalecendo, assim, a intersetorialidade, que tem marcado, desde então, a Promoção da Saúde.

Para Buss (2009), a Conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias para promover ações em políticas públicas, sendo elas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis. Assim como em Ottawa, lança-se pela construção de alianças na saúde, que envolvam políticos, Organizações Não Governamentais (ONGs), grupos de defesa da saúde, instituições educacionais, mídia, entre outras parcerias (BUSS, 2009).

A terceira Conferência Internacional foi realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, e apresentou como resultado a elaboração da Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde e Desenvolvimento Sustentável à Qualidade de Vida (RABELLO, 2010). Foi a primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente, estimulando o desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde (BUSS, 2009). Novamente uma conferência sobre Promoção da Saúde ressalta as desigualdades sociais, mas agora acrescentados do ambiente degradado em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, o trabalho e os espaços de lazer (BRASIL, 2002).

A quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi realizada em Jacarta, na Indonésia, em 1997, e gerou a formulação da Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde

do século XXI em diante. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde e definiu o surgimento de novos determinantes de saúde (RABELLO, 2010).

Na Declaração de Jacarta ficaram definidos como pré-requisitos para a saúde: acesso aos meios de comunicação, integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, a degradação ambiental, a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade, além de definir a pobreza como a maior ameaça à saúde (BRASIL, 2002; BUSS, 2009).

Na Cidade do México, em 2000, ocorreu a quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e teve como tema: Promoção da Saúde – rumo a uma maior equidade. Resultou na Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde, tendo sido assinada por todos os ministros da saúde presentes (RABELLO, 2010). Essa conferência estabeleceu a necessidade de reconhecer que o nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o desenvolvimento social, econômico e para a equidade; reconheceu que a Promoção da Saúde e o desenvolvimento social é dever e responsabilidade dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade; afirmou que houve uma melhoria significativa da saúde, mas que, apesar deste progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que devem ser urgentemente resolvidos para promover saúde e bem-estar; definiu que doenças novas e reemergentes ameaçam a saúde; definiu sobre a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde; fortaleceu que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e constatou as amplas indicações de que as estratégias de Promoção da Saúde são eficazes (BRASIL, 2002).

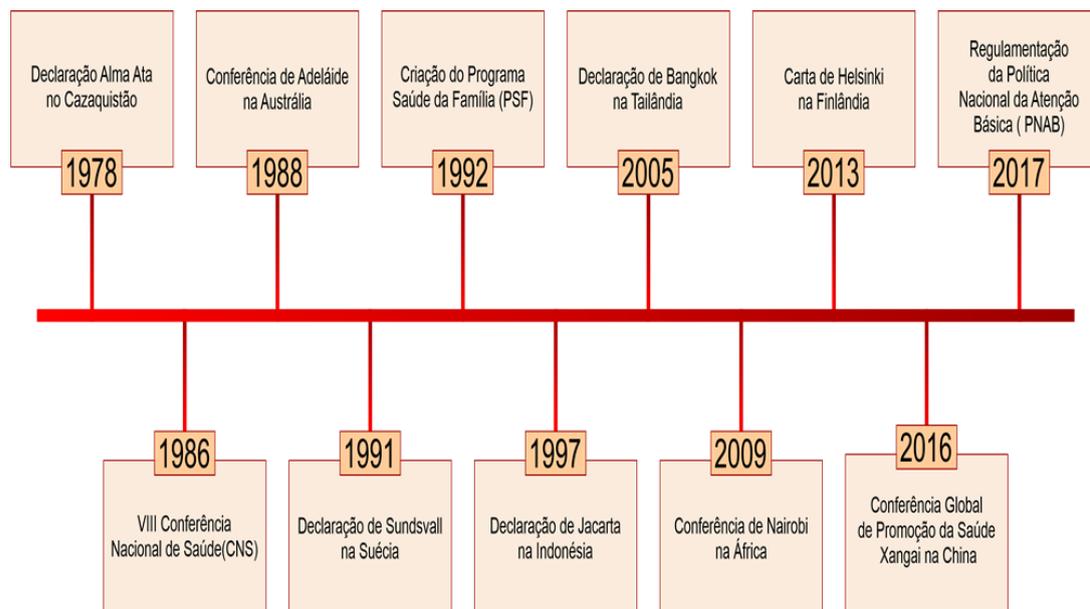
Em Bangkok, na Tailândia, em 2005, ocorreu a Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde, que define a Declaração de Bangkok. Este documento considera a saúde como um direito fundamental, reafirmando as determinações das conferências anteriores quanto ao conceito positivo de saúde, o qual inclui os determinantes de qualidade de vida, o conceito de Promoção da Saúde como processo que permite as pessoas melhorarem o controle sobre sua saúde e seus determinantes através da mobilização individual e coletiva (WHO, 2005 *apud* Lopes *et al*, 2010). A sexta Conferência introduziu o mundo globalizado no tema, trazendo o envelhecimento populacional, crescimento de doenças crônicas e transmissíveis, rápida urbanização e degradação do meio ambiente (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

A sétima Conferência Internacional, realizada em Nairobi, em 2009, apresentou um significado importante por ocorrer em território africano. A conferência mostrou a importância

de reforçar a Promoção da Saúde perante as ameaças decorrentes da crise financeira, do aquecimento global e alterações climáticas, além de discutir os impasses para implementação inserindo nas agendas políticas e de desenvolvimento um mecanismo efetivo de distribuição de renda. Reforçou sobre a necessidade de aproveitar os ensinamentos e resultados obtidos nas últimas décadas com as cartas e declarações que trataram da Promoção da Saúde e da sua aplicabilidade (WHO, 2009 *apud* CARVALHO, 2012).

A oitava Conferência sobre Promoção da Saúde: Saúde em Todas as Políticas, foi realizada em Helsinque, na Finlândia, em 2013. A Carta de Helsinque fortalece a intersetorialidade na concretização de políticas públicas e a necessidade de vontade política dos governantes para a efetivação da Promoção de Saúde dos povos. Existe o reconhecimento de que o acesso ao mais alto nível de gozo da saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independente de gênero, credo, condição social e cultural ou quaisquer outras características que diferenciem os seres humanos. Além disso, afirma que a equidade é necessária para se ter uma sociedade justa e com maior qualidade de vida (PAULA; FARIA; ALMEIDA, 2013).

A última conferência realizada ocorreu em Xangai, no centro econômico da China, em 2016. A nona Conferência Global de Promoção da Saúde, apresentou como tema “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, que buscou discutir os princípios da Carta de Ottawa 30 anos após a sua publicação. Com quatro eixos temáticos, o evento confirmou-se como uma grande demonstração de força da China como um ator global também na área da saúde. Foi a maior Conferência desde Ottawa, com mais de 1.200 participantes, na sua maioria chineses. Eles buscaram reforçar os avanços da China, principalmente no que concerne à reforma urbana, suas atividades comunitárias e o impacto destas iniciativas na saúde (ABRASCO, 2019).



### 3.4 O conceito de saúde e os aspectos sociais da saúde - Modelo da Determinação Social da Saúde

O conceito de saúde vem passando por diversas evoluções. O primeiro conceito é puramente negativo e tradicional, pois nele a saúde é considerada como simples ausência de doenças. Essa definição, tão contestada, como um componente de uma visão restritiva, puramente biológica e médica, certamente não se aplica a uma análise da determinação social da saúde. Outra definição também tradicional é a da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que considera a saúde como um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Essa é uma concepção positiva de saúde, embora tenha alguns inconvenientes, como o fato de se postular a saúde como um estado, uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência. Já uma terceira definição, que tem conquistado progressivamente mais espaço no setor de saúde, entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa também é uma definição positiva que, no entanto, não incorre nos vícios da definição anterior. A terceira definição, muito difundida no campo da Promoção da Saúde, aproxima-se do uso corrente do termo (FARIA, *et al.*, 2009).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) têm relação direta com as ações desempenhadas pela Promoção da Saúde e são representados pelo modelo de Dahlgren e Whitehead da Determinação Social da Saúde. Neste modelo, os determinantes sociais da saúde são dispostos em diferentes camadas, desde a mais próxima aos determinantes individuais até a mais distante, em que se situam os macrodeterminantes, conforme figura 1 (BRASIL, 2019).

**FIGURA 1 – Modelo de Determinação Social de Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead.**



**Fonte:** BUSS, P. M., FILHO, A.P.A *Saúde e seus determinantes Sociais*.PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):p.84, 2007.

No modelo, os fatores da camada 5, os determinantes sociais distais ou macro, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas, que atuem para reduzir a pobreza e a desigualdade, superando as iniquidades. Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida, de trabalho, de acesso a serviços essenciais, como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. É uma forma de promover a equidade e a intervenção mais adequada é a partir de ações intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 representam políticas de construção da coesão social e de redes de suporte, incluindo as alternativas de políticas que envolvem a implementação de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; a disponibilidade de equipamentos sociais que facilitem as interações sociais nas comunidades (BRASIL, 2019a).

Os determinantes sociais da camada 2, conhecidos como proximais, versam sobre a necessidade de garantir comportamentos saudáveis e de mudanças comportamentais, a partir das ações desenvolvidas no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamento não saudáveis (BRASIL, 2019a).

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, são aqueles considerados como não modificáveis e que precisam ser enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, etc.) e/ou condições de saúde estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciados pela gestão da clínica.

### **3.5 A diferença entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças**

A Promoção da Saúde consiste em um conjunto de intervenções, individuais, coletivas e ambientais, e que, de maneira intersetorial, apresenta atuação sobre os determinantes sociais da saúde, estabelecendo mecanismos para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades, além de estabelecer o empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde (MINAS GERAIS, 2016a).

Para Buss (2009), um ponto crítico que existe no debate sobre a Promoção da Saúde é a linha divisória entre esta e a prevenção de doenças. É importante identificar que o enfoque da Promoção da Saúde é mais amplo, buscando superação dos macrodeterminantes do processo de saúde e doença. Já a Prevenção das Doenças busca que os indivíduos não fiquem doentes (GUTIERREZ *et al.*, 1997, *apud* BUSS, 2009). A Prevenção se orienta mais às ações de detecção, controle e enfrentamento dos fatores de risco de grupos específicos de enfermidades ou de uma enfermidade específica. Portanto, o seu foco é a doença e os mecanismos de impacto sobre os fatores que a geram (BUSS, 2009).

### **3.6 A Política Nacional de Promoção da Saúde**

Os elementos da Promoção da Saúde foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e no SUS, efetivamente, em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (MALTA e CASTRO, 2009). Até o ano de 2006, destaca-se como estratégias de Promoção da Saúde alguns programas isolados, direcionados apenas à alimentação saudável, violência no trânsito e de atividade física (BUSS E CARVALHO, 2009 *apud* CAMPOS *et al.*, 2017).

A solidificação da PNPS iniciou através da aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) da Portaria nº 687 MS/GM, de 30/03/2006, tendo sido a mesma revisada e aprovada pela CIT e Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2014, estando vigente, agora, através da Portaria nº 2446 MS/GM, de 11/11/2014 (BRASIL, 2014). A publicação e redefinição da PNPS representa um marco no SUS e na Promoção da Saúde, uma vez que reafirma a importância dos condicionantes e determinantes sociais de saúde no processo saúde-doença (MALTA e CASTRO, 2009).

Com a redefinição da PNPS, a saúde abrange um conceito ampliado e o referencial teórico da Promoção da Saúde sendo um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela cooperação intersetorial, buscando articular

suas ações com as demais redes de proteção social (BRASIL, 2014). A nova política reformulou objetivos, diretrizes, bem como incluiu e organizou outros elementos para a efetivação da mesma, sendo eles, os valores, os princípios, os temas transversais, os eixos operacionais e os temas prioritários (BRASIL, 2014).

Dentre os valores fundamentais à efetivação da PNPS, estão: a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social. Quanto aos princípios são: a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade, a territorialidade (BRASIL, 2014). Com relação às diretrizes, são:

- I - O estímulo à cooperação e à articulação intra 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 respeito às diversidades, para 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 - Incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil;
- IV - Ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental;
- V - Estimulo 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 - 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 - 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 - Organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais (BRASIL, 2014, p.4).

A PNPS tem como objetivo geral “...promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais ” (BRASIL, 2014, p. 4). Já os objetivos específicos são:

- I - Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social;
- II - Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistêmicas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de

gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais;

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

IV -Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e Municípios;

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

VI -Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;

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

VIII -Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta Portaria, para trabalhadores, gestores e cidadãos;

IX -Estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;

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

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

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

XIII -Contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrasetoriais com as agendas nacionais e internacionais (BRASIL, 2014, 5p.)

Os temas transversais da PNPS são entendidos como referências para a formação de agendas de Promoção da Saúde e para adoção de estratégias e temas prioritários, que devem operar em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS, sendo eles: os determinantes sociais de saúde, o desenvolvimento sustentável, a produção de saúde e cuidados, os ambientes e territórios saudáveis, a vida no trabalho e a cultura da paz e direitos humanos (BRASIL, 2014).

Já os eixos operacionais da PNPS são estratégias para concretizar ações de Promoção da Saúde, respeitando os valores, princípios, diretrizes e objetivos, sendo eles: territorialização; articulação e cooperação intra e intersetorial; Redes de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a transversalidade da promoção na RAS e a articulação com as demais redes de proteção social; participação e controle social; gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos de regulação, controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; educação e formação; vigilância, monitoramento e avaliação; produção e disseminação de conhecimentos e saberes e comunicação social e mídia (BRASIL, 2014).

São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento

estratégico do MS: formação e educação permanente aos profissionais e gestores; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura da paz e de direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

### **3.7 A Política Estadual de Promoção da Saúde de Minas Gerais**

A partir da análise da PNPS, Minas Gerais desencadeou a elaboração da POEPS. A análise ocorreu a partir da realização de 38 oficinas com a participação de 1.157 integrantes, em todo o Estado. A primeira oficina foi Intrasetorial, na Secretaria de Estado de Saúde (SES - MG); a segunda foi a Intersetorial, com participação de várias Secretarias de Estado de Minas Gerais e, a última, com a participação das Referências Técnicas Regionais de Promoção da Saúde, das 28 regionais de saúde do Estado, que tiveram como responsabilidade a replicação de outras 35 oficinas nos territórios, conforme Plano Diretor de Regionalização, de forma que tivesse representação de todos os municípios (CAMPOS *et al*, 2017).

As 35 oficinas ocorreram em territórios das 28 Unidades Regionais de Saúde e contou com a representação de 508 municípios (61,80% do total dos municípios do Estado) e a participação de 966 profissionais. Os resultados foram sistematizados e consolidados a partir da estrutura da PNPS, gerando o documento da POEPS-MG, que passou pelas instâncias deliberativas como Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Várias demandas regionais específicas foram identificadas durante o processo de construção da Política, reforçando a riqueza de desenvolver, de forma democrática e participativa, ações que possam dar sentido à Promoção da Saúde no Estado de Minas Gerais. A Política Estadual busca tornar viva a PNPS, além de adequá-la à realidade do território e de fortalecê-la com a garantia de recursos orçamentários (CAMPOS *et al*, 2017). Para os autores, a POEPS representa o fortalecimento e ampliação da PNPS, complementando-a e fortalecendo-a, já que agrega as especificidades do território, e garante sua legitimidade com a inserção das ações de Promoção da Saúde na rotina da Atenção Básica.

Na POEPS foram contemplados valores, princípios, diretrizes, temas transversais, eixos operacionais e competências que foram frutos da contribuição dos atores sociais que participaram da construção da POEPS. Todos os princípios e valores da PNPS foram contemplados nas oficinas realizadas e os novos, que surgiram nas oficinas de elaboração da Política, passaram por um processo de validação para definição de quais seriam incluídos

(CAMPOS *et al.*, 2017). Sendo assim, são valores e princípios que ficaram definidos na POEPS e que devem ser incorporados nas práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas no Estado: solidariedade, felicidade, ética, humanização, corresponsabilidade, inclusão social, equidade, justiça social, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade, territorialidade. A perseverança, pertencimento, amorosidade, criatividade, respeito, justiça ambiental e horizontalidade foram incluídas na POEPS (MINAS GERAIS, 2016a).

As “Diretrizes” da PNPS foram renomeadas para “Fundamentos” na POEPS-MG, tendo ocorrido a inclusão de um fundamento, sendo ele o de: Educação Popular em Saúde, por meio da construção político-pedagógica e participativa de saberes, orientada para Promoção da Saúde estimulando o empoderamento e o autocuidado da população (CAMPOS *et al.*, 2017). Os outros fundamentos são:

- I. O estímulo à cooperação e à articulação intrassetorial, intersetorial e interinstitucional para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde, buscando alinhamento com as redes de proteção territorializadas;
- II. O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para 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 a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições, esferas governamentais e 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, 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, por meio de ações intersetoriais;
- VIII. A organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da POEPS nas Redes 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 de saúde (MINAS GERAIS, 2016 a, p.5).

Os “Temas Transversais” da PNPS foram chamados na POEPS de “Estratégias transversais”, tendo ocorrido a inclusão de um item e a exclusão de três. Sendo assim, permaneceram como estratégias transversais: Determinantes Sociais da Saúde (DSS), cuidado em saúde, promoção do desenvolvimento sustentável, vida no trabalho, promoção da equidade

em saúde (incluído) (CAMPOS *et al.*, 2017; MINAS GERAIS, 2016a).

Os “Eixos Operacionais” da PNPS passaram a ser chamados de “Estratégias Operacionais” e houve apenas uma mudança de “Comunicação social e mídia” da PNPS para “Mobilização e comunicação social”, ficando assim: territorialização; articulação e cooperação intra, Intersetorial e interinstitucional; redes de atenção à Saúde; participação e controle social; gestão; educação e formação; vigilância, monitoramento e avaliação; Produção e disseminação de conhecimentos e saberes; mobilização e Comunicação social (modificado) (CAMPOS *et al.*, 2017; MINAS GERAIS, 2016a).

Os “Temas Prioritários” da PNPS foram chamados de Temas na POEPS e serão as referências para a formação de agendas de Promoção da Saúde e para a priorização de estratégias em Minas Gerais, são eles: Formação e Educação Permanente e Educação Popular em Saúde, Alimentação Adequada, Saudável e Sustentável, Práticas Corporais e Atividades Físicas, Promoção da Cultura da Paz e dos Direitos Humanos, Álcool, Tabaco e Outras Drogas, Promoção da Saúde do Trabalhador, Promoção da equidade em saúde (CAMPOS *et al.*, 2017; MINAS GERAIS, 2016a).

Assim como na PNPS, a POEPS apresenta objetivo geral e específicos. O objetivo da POEPS define que deve promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrasetoriais e intersetoriais que favoreçam a equidade, a melhoria das condições e modos de viver, que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades, buscando reduzir as desigualdades, vulnerabilidades e riscos à saúde através da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (MINAS GERAIS, 2016a). Os objetivos específicos da POEPS, são:

- I. Implantar e implementar a Política Estadual de Promoção da Saúde no Estado de Minas Gerais;
- II. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado nas RAS articulada às demais redes de proteção social;
- III. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades, com respeito às diferenças de classe social, gênero, orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico- raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências;
- IV. Estimular as ações referentes à participação e controle social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas no estado de Minas Gerais;
- V. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios;
- VI. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;
- VII. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;
- VIII. Estimular o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção da saúde e defesa da saúde e da

vida;

IX. Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos na POEPS, para trabalhadores, gestores e cidadãos;

X. Estabelecer estratégias de comunicação e mobilização social direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;

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

XII. Qualificar a inclusão dos registros de atividades de promoção da saúde, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações;

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

XIV. Articular políticas públicas intersetoriais e intrasetoriais relacionadas à promoção da saúde;

XV. Estimular o aumento do gradiente de saúde por meio das práticas corporais e atividades físicas e que estas sejam planejadas e executadas, considerando os determinantes sociais de saúde do território;

XVI. Articular discussões e ações intrasetoriais e intersetoriais sobre políticas que abordam as questões relativas ao álcool, tabaco e outras drogas;

XVII. Promover a discussão intrasetorial e intersetorial sobre a relação saúde- trabalho para melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos relacionados à saúde do trabalhador;

XVIII. Promover, por meio dos temas, a saúde emocional, entendida como a capacidade de reagir aos desafios e mudanças da vida cotidiana com equilíbrio, harmonizando seus desejos, capacidades, ambições, idéias e emoções, resultando em um sentimento de bem-estar na busca por modos de viver mais saudáveis e por mais qualidade de vida; e

XIX. Incentivar as políticas de promoção da equidade em saúde, estimulando o debate que visa a assistência integral e humanizada à saúde para todas e todos, livres de toda forma de preconceito e discriminação, considerando as especificidades e singularidades étnico-raciais, culturais, territoriais, de orientação sexual e identidade de gênero, de modos de vida e produção e de vulnerabilidades sociais, e outros determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento da população (MINAS GERAIS, 2016 a, p.6).

A POEPS, além do objetivo de introduzir as ações da Promoção da Saúde na rotina dos serviços, foi elaborada com o objetivo de superar uma grande fragilidade financeira. Nesse aspecto, a POEPS apresenta como característica inovadora e avanço, a garantia orçamentária específica para a área de Promoção da Saúde. Este incentivo financeiro é repassado aos municípios por meio de uma parcela fixa e outra variável que corresponde a 50% do valor total do incentivo financeiro para cada parte. A parte variável é contabilizada proporcionalmente ao cumprimento de cinco indicadores selecionados que nortearão o monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde, bem como da implantação e implementação da POEPS (CAMPOS *et al.*, 2017).

Neste sentido, os indicadores definidos pela POEPS e que serão contabilizados para recebimento da parte variável, bem como para a avaliação da implementação da Política nos municípios, são: realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população, realizar junto à comunidade atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção

da Saúde; implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município; realizar o Registro do Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos; realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF). Os indicadores são avaliados quadrimestralmente, sendo os meses de avaliação, fevereiro, junho e outubro e o percentual de cumprimento da meta de cada indicador será apurado pelo Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais (SIGRES), conforme pactuado pelos municípios mediante o Termo de Compromisso da POEPS (MINAS GERAIS, 2016a).

### **3.7.1.1 Práticas corporais e/ou atividades físicas para a população**

As práticas corporais e/ou atividades físicas são fatores de proteção à saúde e contribuem para o aumento da qualidade de vida. Essas atividades devem ter efetiva ligação com as demandas do território para que sejam incorporadas no cotidiano dos indivíduos e para que os mesmos possam usufruir de todos os benefícios. O município deverá ofertar as ações na Atenção Básica para a população em geral, diminuindo o sedentarismo e colaborando para a melhoria da qualidade de vida. A oferta das ações deverá ocorrer, no mínimo, três vezes na semana. As ações de práticas corporais podem ser realizadas por profissionais de educação física na saúde, fisioterapia e outras categorias, desde que tenham a capacitação para a temática. As atividades poderão ocorrer ao ar livre, em praças, Academias da Saúde, Academias ao Ar Livre, Ginásios, Salões Comunitários, dentre outros espaços que o município tiver disponível observando o melhor acesso e a acessibilidade de acordo com o público usuário (MINAS GERAIS, 2016a).

A ausência de participantes nas atividades ofertadas ou a falta de oferta de ações de práticas corporais e/ou atividade física pelo município em pelo menos um dos meses do quadrimestre implicará em ação não executada, uma vez que a atividade física deve ser ofertada de forma regular para o alcance dos benefícios esperados e para alcance da meta proposta deverão ser contabilizados no cálculo do indicador apenas os indivíduos que participarem regularmente das atividades ofertadas, ou seja, aqueles que participarem, no mínimo, duas vezes por semana (MINAS GERAIS, 2016a).

### **3.7.1.2 Atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde**

As Equipes de Atenção Básica à Saúde do município deverão realizar atividades coletivas, buscando, assim, a promoção da autonomia das pessoas, a formação da consciência

crítica, cidadania participativa e a superação das desigualdades sociais. As atividades coletivas de Educação em Saúde junto à comunidade devem contemplar os seguintes temas: alimentação saudável adequada e sustentável, Promoção da Saúde do trabalhador, prevenção da violência e promoção da cultura da paz e dependência química/tabaco e outras drogas. As atividades de educação em saúde podem ser realizadas por todos os profissionais (nível médio e superior) das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Atenção Básica Tradicional, Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e de Consultório na Rua, profissionais atuantes em Pólo de Academia da Saúde e no PSE. O registro das atividades será feito na ficha de Atividade Coletiva e-SUS AB e devem contemplar as atividades de Educação em Saúde ou Mobilização Social (MINAS GERAIS, 2016a; MINAS GERAIS, 2016b).

### **3.7.1.3 O Programa Saúde na Escola (PSE) no Município**

Além da PNPS e da PNAB, o PSE é um programa nacional que reconhece a escola como espaço comunitário coletivo, dinamizadora de informações e conceitos que contribuirão para comunidades mais saudáveis. Busca integrar práticas no ambiente escolar e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ESF (SILVA, 2019).

Para Silva (2019), o PSE é um programa que prevê articulação de ações da saúde (prevenção, promoção e atenção) com as ações das redes de educação básica pública, ampliando alcance e impacto nas condições de saúde de crianças, adolescentes e jovens e suas famílias.

Para alcance das ações propostas na POEPS para este indicador, os municípios deverão após a adesão ao PSE, cumprir as seguintes ações: instituir o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE (GTI-M), elaborar o cronograma de trabalho do GTI-M e o planejamento anual das ações, além de realizar as atividades de “Atendimento em grupo” ou “Avaliação/Procedimento Coletivo”, com os devidos registros no sistema de informação da Atenção Básica, o ESUS. As atividades a serem desenvolvidas precisam contemplar os seguintes temas para a saúde: ações de combate ao *Aedes aegypti*, agravos negligenciados, cidadania e direitos humanos, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva e semana saúde na escola ou as seguintes práticas em saúde: aplicação tópica de flúor, saúde ocular, escovação dental supervisionada, antropometria, verificação da situação vacinal, saúde auditiva e práticas corporais e atividade física (MINAS GERAIS, 2016; MINAS GERAIS, 2017a).

#### **3.7.1.4 O registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web**

O consumo alimentar saudável é um dos determinantes do estado nutricional e está relacionado à saúde em todas as fases de vida. Assim, o monitoramento das práticas de consumo alimentar, como parte da Vigilância Alimentar e Nutricional, colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional e, ao mesmo tempo, fornece subsídios para o planejamento e a organização do cuidado da população adstrita aos serviços de Atenção Básica (MINAS GERAIS, 2016a).

Este indicador consiste em realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web, no quadrimestre. Essa ação permite analisar e acompanhar o incentivo ao aleitamento materno e a introdução a alimentação complementar a crianças menores de 2 anos, por meio do registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar com preenchimento de todos os campos segundo a faixa etária. O preenchimento do Formulário poderá ser realizado oportunamente nas ações de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, nas consultas de puericultura, nas ações de imunização das crianças, entre outras, sendo esta uma oportunidade para estimular o aleitamento materno exclusivo e a introdução da alimentação complementar saudável (MINAS GERAIS, 2016a).

#### **3.7.1.5 O acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF)**

O PBF, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social (MINAS GERAIS, 2018).

O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social que corresponde às condicionalidades. O responsável técnico municipal do PBF, na Secretaria de Saúde, deve identificar a relação das famílias beneficiárias do município, as quais precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência (janeiro a junho - 1ª vigência - e julho a dezembro - 2ª vigência) (MINAS GERAIS, 2016a).

No que se referem às condicionalidades da saúde, as famílias com crianças menores de 7 anos devem realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, bem como estar com a carteira de vacinação em dia. As gestantes e nutrizes devem participar das consultas de pré e pós-natal e as mulheres com 14 e 44 anos devem fazer o acompanhamento de saúde. Outras condicionalidades previstas são a participação em atividades socioeducativas, manutenção do cadastro atualizado e na educação crianças e jovens precisam manter uma frequência escolar mínima (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Para Tavares; Rocha; Magalhães (2018) a redução da pobreza e das desigualdades sociais exigem a interlocução permanente entre as áreas da saúde, educação e assistência social, onde frequentemente emergem novos dilemas e possibilidades em torno da gestão local.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Este estudo pretende analisar a implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) no município de Várzea da Palma, identificando as características das práticas desenvolvidas e desafios na implementação da política. A construção do estudo ocorreu a partir de duas etapas metodológicas, sendo a primeira a realização de uma revisão narrativa.

De acordo com Rother *apud* Costa, *et al* (2015), os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, utilizadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista conceitual. Apesar da sua força de evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de sua metodologia, as revisões narrativas contribuem no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo.

A revisão de literatura foi realizada a partir de consultas aos relatórios das Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde, atos normativos do Governo Federal e Estadual, documentos e publicações institucionais do MS, consultas a livros e publicações relacionados à PNPS. O processo de coleta do material bibliográfico foi realizado de forma não sistemática no período de julho de 2019 a outubro de 2019, nas seguintes bases de dados: Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores: Política Nacional de Promoção da Saúde, Promoção da Saúde, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Determinantes Sociais de Saúde.

A outra etapa para construção do trabalho foi a análise da série histórica dos resultados dos indicadores da POEPS, desde a sua implantação (2º quadrimestre de 2016) até o último quadrimestre disponível no SIGRES (1º quadrimestre de 2019). Os resultados dos indicadores das resoluções estaduais são organizados pela SES/MG no SIGRES, sendo assim, todos os resultados disponíveis desde a implantação foram coletados e representados em gráficos no item “Resultados e discussão”. Durante a discussão dos resultados, houve diálogo e confronto com os resultados obtidos em outros estudos/pesquisas, incorporando-se um estudo teórico-prático.

Vale ressaltar que o SIGRES é um sistema inovador da SES/MG e foi desenvolvido com o objetivo de facilitar a tramitação de documentos para pactuação e melhorar a

transparência, a eficiência e efetividade dos fluxos; dar celeridade ao cofinanciamento das ações e dos serviços de saúde; acabar com uso desnecessário de papel; garantir um repositório de informações relativas aos programas e resoluções estaduais; ser um instrumento para apropriação dos indicadores estaduais com monitoramento e avaliação já realizados nos processos de acompanhamento, controle e avaliação dos resultados e assegurar a identificação dos beneficiários por meio do Certificado Digital e assinatura digital de documentos. O sistema citado surgiu da demanda criada pelo Decreto Estadual nº 45.468, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) aos municípios (MINAS GERAIS, 2019a).

#### 4.2 O local de estudo

O local de análise dos dados foi o município de Várzea da Palma, situado na Região de Saúde de Pirapora (FIGURA 2) e na Região Ampliada de Saúde Norte (FIGURA 3), sob jurisdição da Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pirapora (MINAS GERAIS, 2019b). Possui uma população estimada de 39.493 habitantes (2019) e uma população, conforme último censo, realizado em 2010, de 35.809 habitantes. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 15.274,21 e a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 96,9 % (IBGE, 2019).

**FIGURA 2 – Região de Saúde de Pirapora, Minas Gerais, Brasil**



**Fonte:** Minas Gerais (2019b).

**FIGURA 3 – Região Ampliada de Saúde Norte**



**Fonte:** Minas Gerais (2019b).

Com relação ao trabalho e rendimento, em 2017, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 14.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 164 de 853 e 340 de 853, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 40.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 319 de 853 dentre as cidades do estado (IBGE, 2019).

Várzea da Palma apresenta 12% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 89.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 6.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 797 de 853, 100 de 853 e 640 de 853, respectivamente (IBGE, 2019).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 5.48 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 565 de 853 e 381 de 853, respectivamente (IBGE, 2019).

Com relação à rede assistencial o município possui 11 ESF (distribuídas em 08 unidades básicas de saúde), que corresponde a 96,88% de cobertura, 10 Equipes de Saúde Bucal (ESB), que corresponde a 88,07% de cobertura, 02 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família

(NASF) composta por psicólogos, nutricionistas, fonoaudióloga, educador físico, assistentes sociais e fisioterapeutas que corresponde a uma cobertura de 100% (BRASIL, 2019b).

No município ainda estão distribuídos outros pontos de atenção, que correspondem a atenção secundária, como um Centro de Especialidades Médicas, um hospital municipal e pronto socorro, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um adulto e outro álcool e outras drogas, um serviço de atenção à saúde da criança e adolescente (CRESCER), uma clínica de reabilitação em fisioterapia e fonoaudiologia (Reabilitar). Quanto aos serviços de maior complexidade e a realização de partos, mesmo àqueles de risco habitual, são encaminhados ao Hospital Microrregional situado em Pirapora, o Hospital Dr Moises Magalhães Freire. Nos casos de limitações tecnológicas e terapêuticas, o hospital, através do sistema oficial de regulação – SUSFÁCIL, encaminha os pacientes para outros pontos de atenção que sejam de maior complexidade (atenção terciária), distribuídos na Macrorregião de Saúde Norte e Centro, que geralmente são as cidades de Montes Claros e a capital do estado, Belo Horizonte (BRASIL, 2019c). Uma equipe constituída no município, que apesar de não ser assistencial, apresenta um papel fundamental no controle das doenças e identificação e prevenção de riscos à saúde, em todos os níveis de atenção e na própria comunidade, é a vigilância em saúde. Esta equipe é constituída por nove Agentes de Combate a Endemias (ACE) e um enfermeiro (BRASIL, 2019c).

Um componente presente na rede do município são os sistemas de apoio, que são lugares institucionais em que se realizam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde nos campos diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e dos sistemas de informação à saúde (OLIVEIRA, 2015). Dentre os sistemas de apoio o município possui: laboratórios e clínicas credenciadas para a realização de exames laboratoriais e diagnósticos, algumas estando localizadas em outros municípios; presença de assistência farmacêutica, através da Farmácia de Todos; sistemas de informação em saúde, como ESUS/Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). O município também utiliza de cotas de consultas e exames especializados que são disponibilizados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF).

No que tange aos sistemas logísticos, que são soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação e voltadas para promover a eficaz integração, comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, o município possui identificação dos usuários por meio do Cartão Nacional do SUS (CNS); prontuário eletrônico na APS; sistema de acesso

regulado, através do SUS - FÁCIL e sistemas de transporte sanitário.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

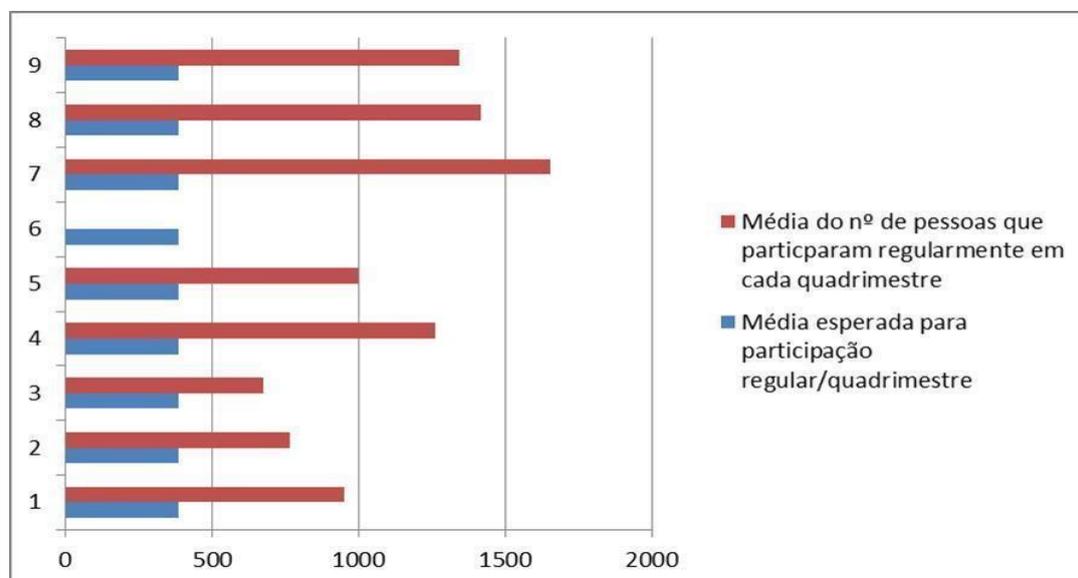
Os indicadores pactuados na implementação da POEPS no município têm suas ações desenvolvidas no âmbito da APS que priorizam uma abordagem fundamentada nos determinantes sociais de saúde e na dinâmica do território como um espaço permanente de construção.

### 5.1 Indicador 1: Realização das ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população

A meta do indicador 1 da POEPS referente a realização de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população é a participação regular de, no mínimo, 387 participantes no mês. Para cumprimento deste indicador o município necessita garantir, uma participação mínima de 1,20% da população SUS exclusiva, que corresponde a 32.205 pessoas (MINAS GERAIS, 2016a).

Ao avaliar os resultados obtidos no indicador 1 da POEPS, percebe-se altas taxas de alcance em aproximadamente 90% dos quadrimestres já avaliados (2º quadrimestre de 2016 ao 1º quadrimestre de 2019), conforme o gráfico 1.

**GRÁFICO 1 – Média do número de participantes nas atividades físicas ofertadas pelo município. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.**



Fonte: SIGRES, 2019

Destaca-se que, dos nove quadrimestres avaliados desde a implantação da POEPS, apenas no 6º quadrimestre o município não obteve alcance, tendo sido o mesmo comprometido por ausência de participação dos usuários em atividades físicas no mês de janeiro de 2018. A ausência de participação dos usuários no referido mês ocorreu em função do profissional educador físico do NASF, responsável pela condução das atividades físicas no município, ter gozado de férias regulamentares e não ter sido substituído, comprometendo a oferta das atividades durante este período. Apesar de durante o 1º quadrimestre de 2018 só não ter ocorrido participação de usuários no mês de janeiro, todo o quadrimestre foi comprometido, tendo em vista, que, segundo Minas Gerais (2016a), se pelo menos um mês não for ofertada atividade física, todo o quadrimestre ficará como ação não executada.

A interrupção de atividade física durante um único mês do quadrimestre compromete o indicador, tendo em vista, que, segundo a OMS a atividade física é uma prática regular de pelo menos 30 minutos de atividade física, seja ela intensa ou moderada, em pelo menos três vezes por semana ou em todos os dias. Os benefícios da atividade física para a saúde dos indivíduos incluem melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, redução da gordura corporal, melhoria do nível de saúde mental com redução da ansiedade e estresse, redução no risco de desenvolver doenças como diabetes, hipertensão arterial, dentre outros (BRASIL, 2017b).

Mesmo não tendo alcançado a meta do indicador no 1º quadrimestre de 2018, é importante ressaltar que houve uma participação expressiva dos usuários nos outros quadrimestres avaliados, podendo tais resultados estarem relacionados ao desenvolvimento das seguintes ações pelo município: mobilização e sensibilização dos usuários pela ESF para participarem dos grupos de atividade física ofertados pelo município; criatividade e motivação do educador físico na execução das ações com os usuários, ofertando práticas/atividades diversas e que vão ao encontro dos anseios e preferências da população; oferta das práticas/atividades em diversos territórios do município, facilitando o acesso dos usuários que residem em espaços distantes e em áreas mais vulneráveis.

A estratégia de garantir acesso às ações de atividade física nos locais mais remotos do município é importante, uma vez que estudos demonstram que comunidades mais vulneráveis e com baixa escolaridade e renda apresentam menos envolvimento com as práticas de atividades físicas (KOKOBUN *et al*, 2007). Para Malta *et al* (2014), a descentralização dos locais de atividade física cria oportunidades no cotidiano das populações, principalmente as mais vulneráveis, contribuindo para a materialização do direito à saúde nos diversos espaços de produção de saúde.

Uma outra facilidade identificada foi a inserção do educador físico na APS. Vale ressaltar que este profissional é vinculado ao NASF e oferta apoio no desenvolvimento das ações de Promoção à Saúde que são desempenhadas pelas equipes de Atenção Primária. A criação dos NASF, em 2008, teve como objetivo tornar as ações da ESF mais resolutivas em seu território, com a inclusão de uma equipe multiprofissional, dentre eles, o educador físico, que tem possibilitado o fortalecimento da atividade física como oferta de cuidado (SANTOS, 2012).

Com relação às facilidades, também é significativo o desenvolvimento de parcerias e de apoio intersetorial para o desenvolvimento das ações, como exemplo, o apoio realizado pela Secretaria de Obras, Educação, Igrejas, etc. Tal realidade vem ao encontro dos estudos de Malta *et al.* (2016), que define a importância de que as ações de Promoção da Saúde sejam realizadas de forma articulada com outras políticas públicas e com a sociedade civil organizada, fortalecendo, assim, a implementação da intersetorialidade para acesso às atividades.

Mesmo com bons resultados, percebe-se algumas dificuldades na execução desta ação e que precisam ser superadas, como: número insuficiente de educador físico na saúde (a equipe de NASF conta com apenas 01 educador físico para realizar práticas de atividades físicas em 06 ESF's), o que inviabiliza a oferta de atividades em mais partes do território do município (ficando 05 ESF's sem esta prática); aquisição de materiais que estejam disponíveis para a totalidade dos participantes, ficando a cargo destes providenciarem equipamentos individuais; ausência de avaliação médica e do educador físico aos usuários participantes, a fim de verificar/identificar os riscos e aptidão na prática oferecida e realizada; ausência de espaços seguros e adequados para realização da atividade física em algumas comunidades.

Com relação à estrutura física disponível para as ações de atividade física, estudos retratam que a presença de ambientes adequados e seguros poderão contribuir para um maior envolvimento e comportamentos mais ativos da comunidade para a prática de atividade física (QUEIROGA *et al.*, 2016).

Com relação aos resultados da atividade física alguns benefícios têm sido percebidos, como a socialização dos integrantes. Os grupos de atividade física têm se desdobrado em outros espaços de encontros e lazer, como os encontros que acontecem mensalmente no período noturno, em um espaço público da cidade, onde os integrantes encontram-se para shows de forró. Este momento é permeado de descontração, a partir da oferta de show com música ao vivo. A prática de atividade física proporciona melhoria da qualidade de vida das pessoas, com diminuição do estresse, melhor condição física, socialização, perda de peso, prevenção, tratamento

de doenças e manutenção da saúde (FERREIRA, DIETRICH E PEDRO, 2015).

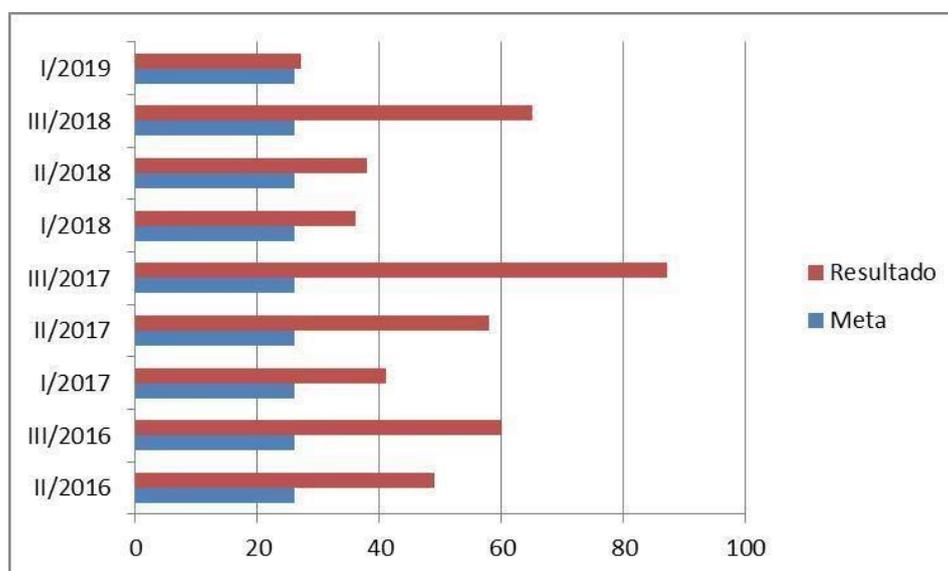
<b>Características</b>	<b>Desafios</b>
Participação expressiva dos usuários;	Número insuficiente de educador físico na saúde;
Mobilização e sensibilização dos usuários pelas equipes de saúde;	Aquisição de materiais para os participantes;
Criatividade e motivação do educador físico com os usuários;	Ausência de avaliação médica e do educador físico;
Inserção do educador físico nas práticas.	Ausência de espaços seguros e adequados em algumas comunidades.

## **5.2 Indicador 2: Realização junto à comunidade, de atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para a Promoção da Saúde**

Com relação ao indicador 2, que se refere à realização junto à comunidade, de atividades coletivas ou mobilização social, as metas definidas são de, no mínimo, duas ações por ESF. Como o município possui 11 equipes, a meta quadrimestral corresponde a 22 atividades. As atividades coletivas deste indicador possuem temas específicos, sendo eles: alimentação saudável, promoção saúde do trabalhador, prevenção da violência e promoção da cultura da paz e dependência química, tabaco, álcool e outras drogas. As ações de educação em saúde podem ser realizadas por profissionais de saúde de nível médio ou superior da ESF, NASF e Programa Saúde na Escola (MINAS GERAIS, 2016a).

Ao avaliar os resultados do indicador, percebe-se alcance satisfatório em todos os quadrimestres avaliados, conforme gráfico 2.

**GRÁFICO 2 – Número de atividades educativas (educação em saúde e mobilização social) voltadas para a Promoção da Saúde . Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.**



Fonte: SIGRES (2019).

Com o tema promoção da saúde do trabalhador, as ESF com apoio das referências municipais de saúde do trabalhador, discutem a determinação do trabalho em muitos processos de adoecimento, as principais atividades econômicas e ocupações do território de abrangência de cada equipe e a importância de se considerar esse aspecto na vida das pessoas atendidas pelas equipes. Este tema geralmente é abordado com os usuários nas salas de espera das unidades de saúde, pela dificuldade de participação deste público alvo em outros momentos específicos. Apesar da oferta das ações de educação em saúde na referida temática, percebe-se que os profissionais das UBS's necessitam de qualificação no que se refere às demandas e temas de saúde do trabalhador, sendo um dos pontos a ser introduzido nas próximas ações de educação permanente do município.

A atenção à saúde do trabalhador no SUS é um desafio para os trabalhadores e gestores, na medida em que pressupõe a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e o cuidado integral aos trabalhadores deve envolver toda a rede de saúde. Os profissionais de saúde que atuam na porta de entrada dos serviços, a atenção básica, devem estar preparados e qualificados para prestar assistência aos trabalhadores (Dias *et al*, 2011).

O tema alimentação saudável é uma pauta mais presente na rotina das ESF, que tratam deste assunto em diversas ações realizadas pelas equipes, como: ações de pesagem das crianças, grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos, grupos de idosos, famílias beneficiárias do PBF, entre outros. Os profissionais de saúde das equipes realizam frequentemente ações educativas voltadas para este tema com a comunidade, em virtude de o cenário atual de saúde apresentar

o aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) em decorrência de uma alimentação inadequada e sedentarismo (TOLEDO, 2013 *apud* BRASIL, 2012).

Outro tema abordado neste indicador é a Cultura de Paz e não Violência, que é utilizado em grande parte pelas equipes que estão localizadas em áreas de alta vulnerabilidade social. Este tema aborda assuntos numa perspectiva de cultura de paz, no sentido de valores, atitudes individuais e coletivas. As ações com este tema são realizadas nas escolas do município com os adolescentes, com apoio do NASF no sentido de sensibilizar, estimular e incentivar medidas de cultura de paz de forma que seja construída mediante comunicação, diálogo, educação e respeito, promoção da não-violência e promoção do fim da exclusão (BELGA, SILVA E SENA, 2017).

O tema Promoção e Prevenção ao uso do tabaco, álcool e outras drogas são desenvolvidas ações educativas com adolescentes nas escolas do município junto aos profissionais da atenção básica com apoio do NASF e profissionais do CAPS-AD. Os adolescentes são sensibilizados aos riscos e consequências quanto ao uso de álcool e outras drogas. Neste momento de conversa com os adolescentes, os profissionais também informam os serviços de saúde existentes para quem busca tratamento e acompanhamento. Nos espaços das unidades de saúde também são abordados esses temas com o público adulto em roda de conversa. Vale ressaltar que as equipes de saúde contam com o apoio matricial dos profissionais do CAPS, que é uma estratégia complementar para superar as dificuldades no território, possibilitando uma abordagem qualificada e manejo adequado.

Os desafios que as equipes de saúde enfrentam em relação a este tema, é a abordagem dos profissionais focada no tratamento e a partir do momento em que o problema já está instalado. Cabe às equipes de atenção básica desenvolver ações de promoção e prevenção de modo a incentivar aspectos positivos, como por exemplo fortalecer os vínculos familiares, institucionais e o cuidado integral aos indivíduos (HIDES *et al. apud* CAMPOS & FIGLIE, 2011).

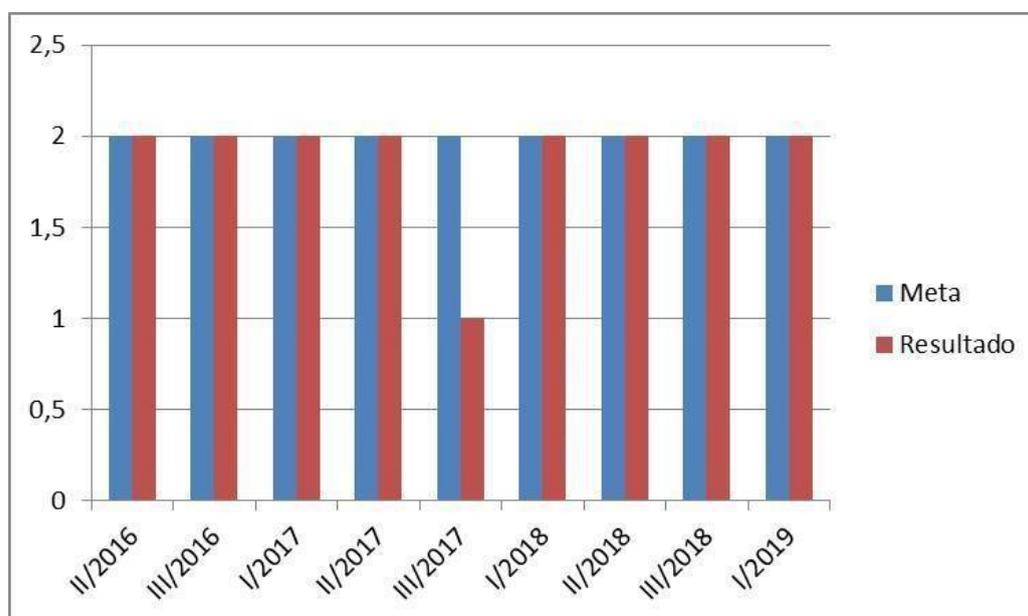
Mesmo tendo alcançado as metas em todos os quadrimestres, observa-se que a realização das ações educativas não ocorre de forma homogênea em todas as equipes de APS, exigindo da coordenação de atenção primária do município ações que garantam o comprometimento de todos os profissionais na execução e cumprimento do indicador, principalmente a fim de que se torne rotina no processo de trabalho das mesmas, na mesma proporção.

Características	Desafios
Inserção dos profissionais do NASF e CAPS nas ações de promoção.	Qualificação dos profissionais para abordagem das temáticas;
	As ações não ocorrem de forma homogênea em todas as equipes.

### 5.3 Indicador 3: Implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município

A meta do indicador 3, da POEPS, referente a implementação do PSE no município, possui como produtos para alcance do indicador: no 1º quadrimestre, a instituição do GTI -M e o cronograma de trabalho; no 2º quadrimestre, planejamento e atas das reuniões do GTI -M realizadas no período de maio a agosto; e no 3º quadrimestre, a realização das atividades de “atendimento em grupo” ou de “avaliação/procedimento Coletivo” com os temas e práticas elencados, além das atas das reuniões do GTI-M realizadas do período vigente (setembro a dezembro). Os resultados obtidos no indicador 3 demonstram cumprimento das metas em quase todos os quadrimestres, exceto no 3ª quadrimestre de 2017, conforme gráfico 3.

**GRÁFICO 3 – Número de ações cumpridas do Programa Saúde na Escola (PSE), por Quadrimestre. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.**



Fonte: SIGRES (2019).

O município executou apenas 50% do indicador no terceiro quadrimestre de 2017, pelo fato de não ter entregue no prazo definido na Resolução um dos produtos exigidos, sendo este as atas das reuniões do GTI-M. Nesse período, o município estava sem as referências do PSE, que eram responsáveis pela programação e condução das reuniões do GTI-M. É importante ressaltar que o município possuía até o 2º quadrimestre de 2017, duas referências técnicas municipais do PSE (uma enfermeira e uma pedagoga), que supervisionavam as equipes de saúde na execução das ações propostas. Infelizmente, no 3º quadrimestre de 2017 houve o desligamento das profissionais, o que acarretou na ausência de entrega de um dos produtos e o cumprimento parcial do indicador.

A partir do 1º quadrimestre de 2018, a Secretaria de Saúde regularizou a situação, indicando dois profissionais educadores da Vigilância em Saúde para atuarem como referências técnicas municipais do PSE, o que contribuiu positivamente para que o indicador voltasse a ser cumprido na integralidade.

O trabalho intersetorial da saúde e educação também contribuiu para que as equipes conseguissem êxito na realização das ações do PSE, sendo a Secretaria de Educação do município, na maioria das vezes, parceira na realização das atividades preconizadas pelo programa. No entanto, ainda existem algumas escolas resistentes, que deixam as ações apenas como iniciativa das referências do programa e das equipes, além de demandarem ações que divergem das atividades elencadas pelo programa, o que causa, em alguns momentos, divergências quanto a programação proposta. Diante dessas dificuldades, é importante que os trabalhadores de saúde desenvolvam habilidades, criatividade e capacidade para lidar com conflitos e divergências (FARIAS, 2016).

Para fortalecimento do programa no município, espera-se maior integração e planejamento local das ações entre as escolas e as equipes de saúde, sendo uma ferramenta fundamental o GTI-M, pois possibilita a gestão, planejamento e avaliação das ações, de forma intersetorial e valoriza os olhares de ambos os setores (SILVEIRA; MEYER; FÉLIX, 2019). Para os autores, o fortalecimento do PSE torna-se fundamental a partir de uma articulação efetiva da escola com as ESFs. Assim, propõe-se que a escola também tenha gerência e coparticipação na Promoção da Saúde de seus estudantes e que as duas áreas envolvidas se comprometam com a abordagem da promoção da saúde da comunidade escolar.

<b>Características</b>	<b>Desafios</b>
Equipes de saúde na execução das ações	Intersetorialidade das ações Saúde X

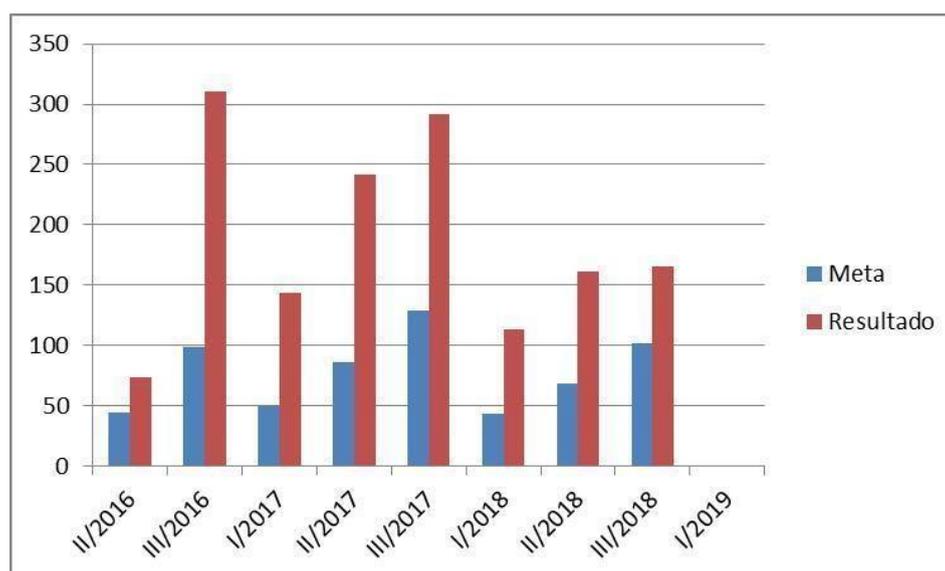
do Programa;	Educação;
Referências no apoio e supervisão na execução das ações.	Maior integração e planejamento das ações entre escolas e equipes de saúde.

#### 5.4 Indicador 4: Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web

A fórmula de cálculo para o indicador 4, referente ao registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web, corresponde ao número de crianças menores de 02 anos com registro no SISVAN Web/ N° de crianças segundo o último SINASC publicado. As metas são: 5% das crianças do último SINASC no 1º quadrimestre, 10 % no 2º quadrimestre e 15% no 3º quadrimestre.

Ao avaliar os últimos resultados obtidos, percebe-se alcance em 100% dos quadrimestres avaliados, conforme gráfico 4.

**GRÁFICO 4 – Registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web por quadrimestre. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.**



Fonte: SIGRES, 2019.

Um ponto importante para o alcance deste indicador foi o fortalecimento das ações da ESF através da presença de duas nutricionistas nas equipes de NASF, reforçando o papel dessas

equipes como uma estratégia de fortalecimento das ações da ESF, e nestas ações o profissional nutricionista destaca-se por qualificar as atividades a serem realizadas, no que se refere desde o diagnóstico da situação alimentar do indivíduo até o atendimento individualizado e ações coletivas (JAIME e SANTOS, 2014).

Outro facilitador para cumprimento do indicador no município se deu através do trabalho de qualificação realizado pelas nutricionistas do NASF com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), momento que foi marcado por conscientização destes profissionais quanto a necessidade da realização de um registro correto e de qualidade.

Uma questão que tem trazido uma certa tranquilidade às equipes com relação a digitação do Formulário de Marcador de Consumo Alimentar e o cumprimento da meta, é o fato de que, desde o 3º quadrimestre de 2017 tem ocorrido a migração do Formulário do ESUS para o SISVAN WEB, conforme Nota Técnica nº 51 -SEI/2017-CGAA/DAB/SAS/MS (BRASIL, 2017c).

Uma dificuldade encontrada pelos profissionais das UBS's relacionadas ao registro do Formulário é a ausência do CNS de algumas crianças, já que é uma informação obrigatória no lançamento do mesmo. Uma estratégia para superar essa dificuldade seria a descentralização da confecção do cartão SUS para todas as equipes, já que a confecção deste é realizada no setor de Protocolo na Secretaria de Saúde, o que pode dificultar o acesso.

Um outro desafio apresentado pelas equipes durante a coleta de dados na visita domiciliar do ACS ou em uma ação específica, como durante a realização de avaliação nutricional das crianças, é a dificuldade de obtenção de todos os dados do Marcador de Consumo Alimentar da criança, pelo fato do formulário ser extenso. Mesmo que seja esta uma dificuldade apontada pelas equipes, é importante esforços para coleta do máximo de informações, já que são fundamentais para o diagnóstico alimentar e nutricional pelos profissionais das equipes da ESF. Segundo Coelho *et al.* (2015), possibilita a identificação de grupos de risco e a execução de intervenções destas equipes no sentido de evitar os agravos nutricionais.

Outra questão a ser superada no indicador 4 é a utilização dos dados coletados para o planejamento das ações de alimentação e nutrição. Percebe-se que as equipes estão preocupadas com o alcance das metas e não com as informações que os dados podem gerar. Os dados gerados precisam ser utilizados como subsídios na programação das ações, de forma que as mesmas tenham uma atuação efetiva na prevenção/tratamento dos agravos nutricionais.

A utilização dos dados coletados no Formulário são importantes na atualidade, tendo em vista que a população brasileira vem apresentando nas últimas décadas uma mudança no padrão

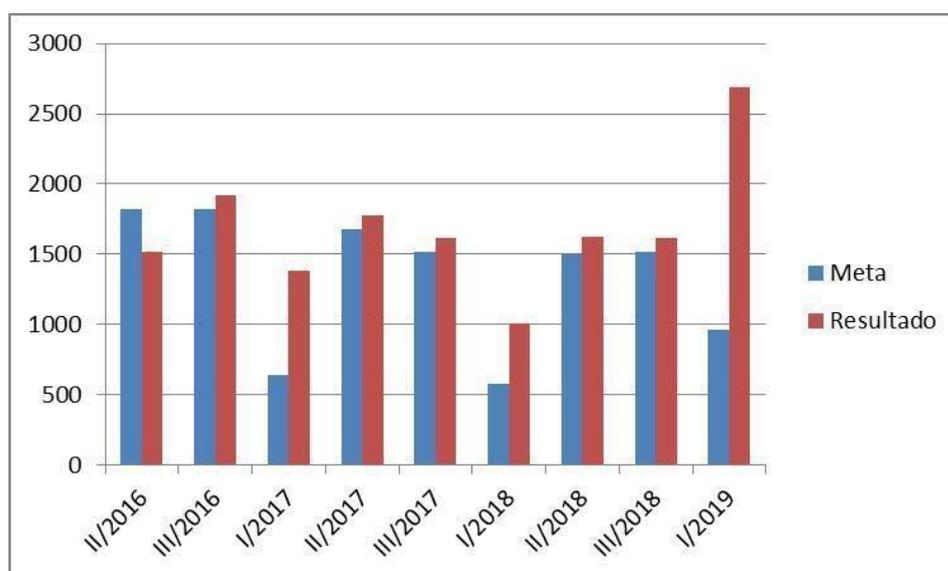
de consumo alimentar e nutricional, sendo crescente o consumo de alimentos ultraprocessados, em todos os níveis socioeconômicos (MARTINS, *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013). Esta mudança do padrão de consumo alimentar tem caracterizado a população com excesso de peso e obesidade em todos os ciclos de vida (JAIME e SANTOS, 2014), sendo, por isso, imprescindível uma atuação precoce e sistemática pelas equipes.

<b>Características</b>	<b>Desafios</b>
Inclusão de duas nutricionistas no NASF;	Ausência de cartão nacional do SUS de algumas crianças;
Qualificação dos profissionais de saúde pelas nutricionistas na execução das ações de promoção;	Dificuldade de obtenção de todos os dados – formulário extenso;
Migração dos dados do Formulário do ESUS para o SISVAN WEB.	Utilização dos dados coletados para planejamento das ações.

#### **5.5 Indicador 5: Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF).**

Os resultados obtidos no indicador 5, referentes à realização de ações cumpridas no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no PBF, evidenciam o cumprimento das metas em 90% dos quadrimestres avaliados, conforme gráfico 5. Vale ressaltar que as metas estabelecidas para este indicador são: 30% de acompanhamento das famílias beneficiárias no 1º quadrimestre; 80% de acompanhamento no 2º quadrimestre e 80% no 3º quadrimestre (MINAS GERAIS, 2016a).

#### **GRÁFICO 5 – Registro do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF) por quadrimestre. Várzea da Palma, 2º quadrimestre de 2016 – 1º quadrimestre de 2019.**



Fonte: SIGRES, 2019.

Dos nove períodos avaliados apenas no 2º quadrimestre de 2016 o município não conseguiu executar a ação de acompanhar no mínimo 80% do número de famílias com perfil saúde. Os registros dos acompanhamentos de saúde das famílias beneficiárias no PBF eram realizados e supervisionados no setor da Vigilância em Saúde, por uma equipe reduzida. Após esta ausência de cumprimento, houve uma intensificação no monitoramento deste indicador, através da inclusão de uma referência técnica representando a APS e a inclusão de mais uma digitadora. A referência técnica monitora os lançamentos e mantém as equipes de Atenção Primária em alerta com relação aos prazos de cada vigência e quadrimestres avaliados.

As facilidades que o município apresentou para alcance do indicador nos oito períodos foi a mobilização e sensibilização da equipe de atenção básica, em especial dos ACS's e enfermeiros, no acompanhamento das condicionalidades do PBF. As equipes são capacitadas constantemente pelas nutricionistas do NASF, que abordam assuntos relacionados à alimentação saudável, realização correta de medidas antropométricas das famílias e importância da assistência ao pré -natal e puericultura. A realização desta educação permanente é reconhecida por Carvalho, Almeida e Jaime (2014), que reforçam a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais, sendo importante os momentos de capacitação acerca do PBF, no que diz respeito às condicionalidades de saúde e a funcionalidade do programa.

As dificuldades encontradas pelas equipes de atenção básica no acompanhamento das famílias do PBF são: dificuldades na participação de grupos operativos com temas voltados para alimentação saudável, resistência de algumas famílias no acompanhamento das medidas antropométricas (peso e altura), das quais a equipe precisa se deslocar até as residências para que o beneficiário não tenha algum prejuízo no recebimento do incentivo financeiro. Algumas

gestantes são faltosas na assistência ao pré-natal, necessitando de busca ativa constante, situação reconhecida em estudos de Senna, Brandão e Dalt (2016), que afirmam que os profissionais são demandados excessivamente a realizar busca ativa dos usuários faltosos às ações divulgadas pelas equipes.

Uma outra dificuldade identificada na busca ativa dos beneficiários é com relação a atualização dos dados cadastrais, tendo em vista ser frequente a presença de beneficiários que não residem no município ou no endereço ofertado, o que dificulta o acompanhamento pela saúde. No município de Várzea da Palma, o acompanhamento das condicionalidades da saúde para os beneficiários do PBF é realizado pelas ESF e o cadastramento/atualização das famílias pela Secretaria de Assistência Social, sendo importante interlocução entre estas duas áreas. Tal integração intersetorial é considerada por Senna, Brandão e Dalt (2016), como um elemento indispensável na execução das condicionalidades da saúde, que através do trabalho entre vários segmentos e atores possibilita um desempenho satisfatório das ações de saúde.

<b>Características</b>	<b>Desafios</b>
Mobilização e sensibilização dos profissionais de saúde no acompanhamento das condicionalidades do PBF – qualificação dos ACS.	Adesão dos beneficiários do PBF aos grupos operativos;
	Resistência de algumas famílias na participação de ações voltadas para as condicionalidades de saúde do PBF;
	Dificuldade na atualização dos dados cadastrais dos beneficiários do PBF.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestes três anos desde a publicação da POEPS e execução dos indicadores avaliados na política, a avaliação dos resultados demonstra bons desempenhos na maioria dos quadrimestres, inclusive com altas taxas de alcance em alguns deles. Foi possível perceber durante este percurso avanços importantes, bem como diversos desafios a serem superados. Dentre os avanços podemos elencar a destinação de orçamento financeiro específico para as ações de Promoção da Saúde; a sistematização e introdução das ações de Promoção da Saúde na rotina de algumas equipes de Atenção Primária à Saúde, principalmente nas equipes de NASF, que tem apresentado destaque no desenvolvimento e apoio às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; introdução da Promoção da Saúde como uma pauta importante na educação permanente e reuniões de coordenação com as equipes; fortalecimento das ações pelo aumento da equipe multiprofissional da APS, como exemplo, pela presença recente de educadores físicos e nutricionistas; criatividade na oferta de atividades diversas, bem como a descentralização de ações de Promoção da Saúde para mais territórios, principalmente os mais vulneráveis; início de um processo de trabalho intersetorial, mas ainda com necessidades de articulação e corresponsabilidades entre diversos setores, principalmente nas ações do PSE.

Dentre os desafios, foi possível identificar a necessidade da oferta contínua das ações, tendo em vista que algumas são interrompidas em determinados momentos, como durante o período de férias regulares de alguns profissionais; aquisição de materiais e possibilidade da presença de mais profissionais protagonistas nas ações de Promoção da Saúde, como os educadores físicos na saúde; introdução e realização das ações de promoção na totalidade das equipes e na rotina das mesmas, de forma homogênea; capacitação dos profissionais em alguns temas que possuem mais dificuldades na abordagem, como exemplo, a saúde do trabalhador; a qualificação na coleta de dados em alguns programas, como no Formulário de Consumo Alimentar, e a utilização dos dados no planejamento das ações; dificuldade de acompanhamento regular de alguns beneficiários do PBF, principalmente pela ausência de participação de beneficiários nas ações programadas pelas equipes, o que demanda uma busca ativa constante pelos profissionais, para que a meta seja atingida; necessidade de maior envolvimento da população nas ações de Promoção da Saúde em que o impacto é coletivo e, por fim, a ausência de pagamento do recurso da POEPS pela SES, em função da crise econômica pela qual passa o Estado de Minas Gerais.

A implementação da POEPS tem permitido vários aprendizados, tanto pelos resultados exitosos, como pelos desafios e equívocos identificados no desenvolvimento da mesma. Como

exemplo de aprendizado, pode-se citar a importância de valorização de uma gestão participativa na programação das ações, a necessidade de inclusão e fortalecimento do papel dos diversos parceiros nas ações; a necessidade de inserir atividades de formação e capacitação de profissionais, valorizando as necessidades e perspectivas ascendentes; a necessidade de que as ações sejam desempenhadas e institucionalizadas de forma rotineira e contínua na totalidade das equipes, etc.

O campo da Promoção da Saúde está em processo de construção e ainda se faz necessário percorrer um longo caminho para a sua institucionalização, mas a POEPS tem permitido uma maior evidência e sistematização das práticas de Promoção da Saúde no município e nas equipes de Atenção Primária, bem como possibilitado uma ampla participação da população nas ações ofertadas, principalmente naquelas em que os impactos são no âmbito individual, como nos grupos de atividade física, o que demonstra mudanças comportamentais importantes e que vai ao encontro de alguns desafios impostos, como as mudanças no perfil epidemiológico da população e a necessidade de redução de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Entre acordos de cúpula e demonstrações políticas, China recebeu a conferência global de Promoção da Saúde** . 18 Jan. 2017. Disponível em:

<<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/entre-acordos-de-cupula-edemonstracoes-politicas-china-recebeu-a-conferencia-mundial-de-promocao-da-saude/25215/>>. Acesso em: 02/10/2019.

AITH, F. M. A. Marcos legais da Promoção da Saúde no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, 92, n.2, p.148-154, abr/jun.2013. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79977>>. Acesso em: 20/08/2019.

ALVES, M.N., MUNIZ, L. C., VIEIRA, M.F.A. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciência & saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3369-3377, Nov. 2013.

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. **SUS Passo a Passo**. São Paulo: Hucitec, 2001.

BECKER, D. *et al.* Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Revista Ciênci a &Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro,

v. 9, n.3,2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>>. Acesso em: 25/09/2019.

BELGA, S.M.M, SILVA, K. L., SENA, R.R. Concepções de programas de prevenção à violência e promoção da cultura de paz. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 177 - 182.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 mar. 2006** . Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília,2006. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)>. Acesso em: 15/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2446 de 11 de nov. de 2014** . Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).Brasília, 2014. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 16/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONAS). **CONASS 25 Anos**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Anexo XXII da Portaria de consolidação Nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União** . Atos do Poder Executivo, suplemento, p. 129, Brasília, DF, 03 out. 2017a.

BRASIL. **PLANIFICA SUS**: Workshop de abertura – A Planificação da Atenção àSaúde. São

Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. EGESTOR Atenção Básica– Informação e Gestão da Atenção Básica. **Relatório Histórico de Cobertura** . Brasília: MS, 2019b.

Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.> Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Brasília: MS, 201 c. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br>>. Acesso em:20/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N°51 – SEI/2017 – CGAA/DAB/SAS/MS**. Integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional ( SISVAN) à Estratégia E -SUS Atenção Básica (e -SUS AB). Brasília, 2017c.

BRASIL. **Benefícios da Atividade Física**. Brasília : MS, 2017 b. Disponível em:

<[http://saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40394-beneficios -da-atividade-fisica](http://saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40394-beneficios-da-atividade-fisica) > . Acesso em: 12/10/2019.

BRASIL. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas/Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso e m: 29 set. 2019.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.(Org.) ; FREITAS, C.M (Org.). **Promoção da Saúde** : conceitos, reflexões e tendências. 2. ed.rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988 -2008). **Revista Ciência e Saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 14, n.6, p. 2305- 2316, Dez. 2009.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988 -2008). *Revista Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.6, p. 2305-2316, Dez. 2009. Apud CAMPOS, *et al.* **Construção participativa da Política Estadual de Promoção de Saúde: caso de Minas Gerais, Brasil**. *Revista Ciência &Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,v.22,n.12, 2017. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021203955&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021203955&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em:10/10/2019.

CAMPOS, *et al.* **Construção participativa da Política Estadual de Promoção de Saúde: caso de Minas Gerais, Brasil**. *Revista Ciência &Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021203955&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021203955&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em:10/10/2019.

CARVALHO, A.T., ALMEIDA, E. R., JAIME, P.C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1370 -1382,2014.

COELHO, L.C. *et al.* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência &Saúde Coletiva**, 20(3):727 - 738, 2015.

COSTA, A.C.F. **Direito Sanitário e Saúde pública**: Coletânea de textos, volume I. Brasília: MS, 2003.

CZERESNIA, D.(Org.) ; FREITAS, C.M (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências . 2. ed.rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DIAS, M.D.A. *et al.* Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: Análise a partir de uma Experiência Municipal. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 137-148, mar. /jun.2011.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 68p.

FARIAS, ICV; SÁ, RMPF; FIGUEIREDO, N; FILHO, AM. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev bras educ méd**. 2016; 40(2): 261 -267.

FERREIRA, J.S.F.,DIETRICH, S.H.C.,PEDRO, D.A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 792-801, JUL-SET2015.

FLICK, We. **Introdução à Metodologia de Pesquisa**: um guia para iniciantes. Tradução: Magda Lopes. Porto Alegre: Penso, 2013.

GUTTIERREZ *et al.* La promoción de salud. 1997. Apud BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.(Org.) ; FREITAS, C.M (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. 2. ed.rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

HILDES, A. *et al.* apud CAMPOS e FIGLIE, 2011.Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária àSaúde em um município do Sul doBrasil.**Aletheia** 46, jan. /abr.2015.

JAIME, P.C., SANTOS, L.M.P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atençãobásicaem saúde. **Revista Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n.51, p. 72-85, OUT2014.

KOKOBUN, *et al.* Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro -SP. **Rev Bras Ativ Fis Saude**. 2007;12(1):45-53.

MALTA, *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p. 1799-1809, Jun. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21 (6): 1683 -1694, 2016.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção daSaúde.**Téc. Senac: a R. Educ. Prof** , Rio de Janeiro, v.35, n. 2,

maio/ago. 2009B. Disponível em:

<<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/247>>. Acesso em: 01/10/2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 3, p. 286 -299, maio2014.

MARTINS, A. P. B. *et al.* Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira. (1987- 2009). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.656 -665, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). **Resolução nº 5250 de 04 de abr. de 2016**. Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. Belo Horizonte, 2016 a. Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes?start=80>>. Acesso em: 30/08/2019.

MINAS GERAIS. **A Agenda da Saúde Pública em Minas Gerais: Aprendizados, Legados e Desafios.**/ Bruno Reis de Oliveira (Org.); José Geraldo de Oliveira Prado (Org.); Tiago Lucas da Cunha Silva (Org.). Belo Horizonte: SES/ESP, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). **Nota Técnica nº 09/2016 – SES/SUBPAS/SAPS/DPS**. Altera o indicador 2 da Resolução SES/MG nº 5250, de 19/04/2016. Belo Horizonte, 2016b.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). **Nota Técnica nº 06/ 2017 - SES/SUBPAS/SAPS/DPS**. Altera o indicador 3 da Resolução SES/MG nº 5250, de 19/04/2016. Belo Horizonte, 2017a.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). **Nota Técnica nº 25/SES/SUBPAS-SAPS-DPS/2018**. Apuração do indicador 5 da POEPS no 3º quadrimestre ( 2º vigência de 2018). Belo Horizonte, 2018.

MINAS GERAIS. **Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais – SIGRES**. Belo Horizonte, 2019 a. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/geicom>>. Acesso em: 10/10/2019.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). **Plano Diretor de Regionalização**. Belo Horizonte, 2019 b. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 24/09/2019.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Política Estadual de Promoção da Saúde**. Belo Horizonte: SES; 2016 a.

OLIVEIRA,N.R.C(Org.).**Redes de Atenção Saúde Organizada em Rede**. UNA/SUS/UFMA, São Luís, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OP AS). A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: **Construindo as Redes de Atenção no SUS** - Contribuições para oDebate. Brasília: Organização Pan -Americana da Saúde, 2011. p.111.

PAULA, D. M. P; FARIA, M. A.; ALMEIDA, J.D.L. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v.2, n.2, jul./dez.2013. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pit1TKizqyWJ:https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/127+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 05/10/2019.

QUEIROGA, M.R.*et al.* Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011 -2012. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 25(4):827 - 836, out-dez 2016.

RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde** : a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa . Acta paul. Enferm 2007; v. 20, n. 2. Apud COSTA, *et al.* Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200395&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200395&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em:22/09/2019.

SANTOS, S.F.S. **Núcleo de apoio à Saúde da Família no Brasil e a atuação do profissional de Educação Física [dissertação]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2012.

SENNA, M.C., BRANDÃO, A.A. e DALT, S. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 125, p. 148-166, jan./abr. 2016.

SILVA, C. S. **Saúde na Escola**: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SILVANI, J. *et al.* Consumo alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(8):2599-2608, 2018.

SILVEIRA, C.C., MEYER, D.E.E., FÉLIX, J. A generificação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. Estud. pedagog.**, Brasília, v. 100, n. 255, p. 423 -442, maio/ago. 2019.

TAVARES, M. F.; ROCHA, R. M.; MAGALHÃES, R. Promoção da Saúde e o desafio da Intersectorialidade na Atenção Básica no Brasil. In: MENDONÇA, *et al.* (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

TOLEDO, M.T.T.*et al.* apud BRASIL 2012. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública** 2013;47(3):540 -8.

TOSCA, *et al.* Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Revista Ciências e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v.24,

n.6,Jun.2019.Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 38/09/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Bangkok charter 11. for health promotion in the a globalized world. Geneve: WHO; 2005. Apud LOPES, *et al.* Análise do conceito de Promoção da Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.3, Jul./Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em: 28/09/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Nairobi call to action, Seventh Global Conference on Health promotion. Nairobi, Quênia, out. 2009. Apud CARVALHO, L. F. **Empowerment**: um alternativa em promoção de saúde , 2012, 58 p. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, para obtenção do título de especialista em Saúde daFamília).