



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

VERÓNICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL E NO MUNDO: o descompasso teoria e prática**

FEIRA DE SANTANA – BA

2018

VERÓNICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL E NO MUNDO: o descompasso teoria e prática**

Dissertação submetida à Defesa no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Linha de pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento

Feira de Santana – BA

2018

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

L765

Lizano, Verónica Cristina Gamboa

Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária no Brasil e no mundo : o descompasso teoria e prática / Verónica Cristina Gamboa Lizano . – 2018.

216 f. : il.

Orientador : Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Promoção da saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde pública – Brasil – práticas. I. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient.
II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

VERÓNICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
BRASIL E NO MUNDO: o descompasso teoria e prática

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção de grau de Mestre, na área de concentração de “Políticas, Planejamento e Gestão em saúde”.

Feira de Santana-BA, 1 de março de 2018

BANCA EXAMINADORA

Titulares

Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento (Orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof Dr Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Profª Drª Juliana Alves Leite Leal
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Suplentes

Profª Drª Mirian Santos Paiva
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Profª Drª Aisiane Cedraz Morais
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Dedico este sueño hecho realidad a mi mamá Gladys Lizano y a mi papá Luis Ovidio Gamboa, porque gracias a ustedes puedo decir que conozco el amor incondicional que viene de Dios y que veo cada día entre ustedes y hacia nosotras. Me han enseñado el significado de la dedicación, el trabajo arduo, el esfuerzo, la honestidad, la responsabilidad y la importancia del estudio. Hoy soy quien soy y he logrado lo que he logrado en mis 26 años por su apoyo incansable, por sus consejos llenos de amor y sabiduría, pero, sobre todo, porque aún con miles de kilómetros de por medio han sido refugio y abrigo para mi corazón, mi alma y mi mente en estos dos años.

Los amo muchísimo, este triunfo es para ustedes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, cujo amor é o motor do meu mundo inteiro, pela força, pela guia, pela inspiração, pela paciência, pela companhia e pela proteção.

Agradeço ao meu pai, Ovidio, e à minha mãe, Gladys, pelo amor incondicional, exemplos de vida que têm sido fundamentais para meu sucesso e pelas orações diárias por mim. Não pode ser explicado quanto eu amo vocês e quanto eu me sinto orgulhosa de ser sua filha.

Às minhas irmãs, Gladys e Carolina, e à minha sobrinha, Camila, pelo amor e apoio diário e incondicional.

Aos meus amigos próximos, de lá e de cá, que me motivaram em todo momento e me acompanharam nesse caminho de altos e baixos, de idas e vindas, sempre incondicionais.

Aos meus parentes que, ainda com a distância no meio, torceram por mim e me mantiveram nas suas orações.

À professora Maria Angela, pelo acolhimento e a amizade sincera e especial. Por ser uma mulher exemplar e sábia, uma pesquisadora à qual admiro, uma orientadora constante, paciente e dedicada. Companheira de viagens e aventuras, uma mãe para mim aqui no Brasil... estarei sempre muito grata. Obrigada por ter me ajudado a ultrapassar as minhas próprias expectativas e por acreditar em mim! Não imagino melhor pessoa ao meu lado neste processo de pesquisa e de amadurecimento.

A Paulo, Arturo e Isabel, pela amizade e pela convivência, os momentos legais compartilhados, o apoio e suporte diários no nosso lar internacional.

À Turma 2016 do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, pelo acolhimento, a paciência com a 'gringa', as boas lembranças e a companhia nesses dois anos. Os levarei sempre comigo e espero que nos volvamos a reencontrar!

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS pelo acolhimento.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha banca de qualificação e defesa pela sua colaboração e apoio para gerar este produto final de qualidade.

Aos meus professores durante os dois anos de Mestrado, obrigada pelos aprendizados, pelo crescimento, pela paciência e apoio no meu processo de adaptação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, e os seus funcionários (as), por terem dado a mim a oportunidade de crescer dentro do Programa, tanto academicamente como de forma pessoal.

A Fran Albano e os funcionários da Assessoria Especial de Relações Institucionais da UEFS, pelo acompanhamento e apoio durante o decorrer do processo de Mestrado, desde antes da minha chegada até minha partida.

*Mis pasos, mi camino, mi historia,
todo se ha orientado y re orientado,
todo ha cambiado y evolucionado,
en el momento preciso, en el justo momento.
El cambio de rumbos es simplemente
la forma en que debían ser las cosas.
Aunque no es simple, es complejo y mucho,
es mágico, me quita el aliento, me toma por sorpresa.
Me llena de paz (con incertidumbre) y de gratitud,
ver cómo todo conspira para que las cosas pasen así,
para que hoy sea lo que es y mañana sea el mejor mañana posible.
La mejor versión de mí se asoma, se hace fuerte,
a veces tiembla, a veces se intimida, a veces llora,
pero poco a poco se muestra, con más orgullo, con más firmeza.
Me muevo, vuelo, caigo, subo, bailo, avanzo, vuelvo,
me lleno de colores, sonrisas y cierro los ojos...
Así, con los ojos cerrados, viviendo, sonriendo, logro ver destellos,
y entonces veo la mano de Dios en cada paso certero, en cada momento,
en mis sueños y desvelos, en mis ilusiones y desesperos,
Siento su amor y no puedo evitar sentirme una con Él,
conspirando con el universo.*

Verónica Cristina Gamboa Lizano

RESUMO

LIZANO, Verónica Cristina Gamboa. **Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo**: o descompasso teoria e prática. 2018, 214f. Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

Estudo de Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa, fundamentado na perspectiva crítico analítica, com os objetivos de compreender os sentidos e significados da Promoção da Saúde no contexto da APS no Brasil e em outros países do mundo; analisar as práticas de Promoção da Saúde no contexto da APS no Brasil e em outros países do mundo e discutir a concretude entre as áreas de ação estabelecidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde sobre as práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo. Para a produção de dados empíricos percorremos as seis (6) etapas realizadas na Revisão Integrativa delimitando-se o *corpus* do estudo a 18 artigos com condição de *peer review*, publicados entre janeiro de 2016 e julho de 2017, em diversos países da Ásia, Europa e América. Como método de análise adotamos a Hermenêutica-dialética. Os resultados encontram-se organizados em quatro categorias empíricas: Caracterização do corpus do estudo: uma realidade a ser conquistada; Sentidos e Significados da Promoção da Saúde no contexto da APS: confluências e dissonâncias entre teoria e prática; Promoção da Saúde no contexto da APS: contradições, fragilidades e desafios no processo de trabalho em saúde; confrontos entre as áreas de ação das Conferências Internacionais da Promoção da Saúde sobre as práticas no contexto da APS. Compreendemos que a Promoção da Saúde implica uma prática ‘nova’ e ‘polissêmica’ que ainda gera tensões teóricas e filosóficas, a qual esteve associada a conceitos como estilos de vida-hábitos saudáveis-comportamentos em saúde, empoderamento, participação social, autonomia, intersetorialidade, abordagem populacional, porém, existe um conflito, reforçado por diversos autores, diante do equívoco conceitual em relação à educação em saúde e, mais preocupante pelo seu caráter diferenciado enquanto a abordagens e práticas, à prevenção primária. No processo de trabalho da Promoção da Saúde, foi destacada como finalidade ‘melhorar a qualidade de vida das pessoas’ assim como ‘gerar empoderamento nos usuários’; como os instrumentos foram considerados os modelos teóricos como fundamentos da prática, assim como a combinação de estratégias, as guias práticas e diversos materiais educativos; já as atividades estiveram relacionadas à educação em saúde, o uso de tecnologias *online*, as assessorias e os aconselhamentos em saúde; os agentes constituíram-se nas figuras de agentes coletivos, como as enfermeiras e os médicos com diferentes área de formação, os visitantes sanitários, os psicólogos, os assistentes sociais, assim como outros profissionais do serviço de saúde e a própria comunidade; quanto a relação interpessoal, foi visível o fortalecimento dos vínculos entre usuários e as equipes de saúde com certa potencialidade à prática de Promoção da Saúde. A avaliação surgiu como um tema que apresenta fragilidades na prática da Promoção da Saúde e que representa um desafio a ser conquistado. No confronto das áreas de ação da Promoção da Saúde com a sua prática evidenciada no *corpus* do estudo, em relação ao desenvolvimento de políticas saudáveis foi reforçada a importância do apoio aos responsáveis às decisões e responsabilização conjunta do Estado, dos serviços de saúde com seus profissionais e da comunidade. A criação de ambientes favoráveis ficou invisível, apesar da sua relevância, uma vez que poderia estar associada à ‘pouca importância’ dada a eles na prática e nas ações de Promoção da Saúde. O fortalecimento comunitário teve relação direta com os processos de empoderamento e de participação social, ressaltando a intersetorialidade como chave nesse processo. O desenvolvimento de habilidades pessoais foi a área mais trabalhada nos estudos analisados, focando em atividades de educação em saúde e surgindo mais uma vez a prevenção como um conceito conflituante na compreensão e na prática da Promoção da Saúde; finalmente, a reorientação dos serviços de saúde foi visível a necessidade de mudança de paradigmas e o fortalecimento da formação profissional em Promoção da Saúde. Consideramos que a Promoção da Saúde vem contribuir desde a sua abordagem inovadora, diferenciada e com um enfoque positivo aos serviços de saúde e especificamente de APS. O protagonismo do profissional com perfil em Promoção da Saúde é significativo no desenvolvimento de estratégias e ações correspondentes com as áreas de ação, assim como para dissipar os conflitos pelos equívocos conceituais da Promoção da Saúde em relação aos conceitos de educação em saúde e de prevenção principalmente.

Descritores: Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Prática, Prática de Saúde Pública.

ABSTRACT

LIZANO, Verónica Cristina Gamboa. **Practices of Health Promotion in the context of Primary Care in Brazil and in the world: the decomposition of theory and practice.** 2018, 214f. Dissertation (Master's Degree Academic) - Postgraduate Program in Collective Health, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

Integrative Review Study, with a qualitative approach, based on a critical analytical perspective, aiming to understand the meanings of Health Promotion in the context of PHC in Brazil and in other countries of the world; to analyze the practices of Health Promotion in the context of PHC in Brazil and in other countries of the world and to discuss the concreteness between the areas of action established in the International Conferences on Health Promotion on Health Promotion practices in the context of Primary Care in Brazil and in the world. For the production of the empirical data, we cover the six (6) steps performed in the Integrative Review, delimiting the *corpus* of the study to 18 articles with peer review conditions published between January 2016 and July 2017 in different countries of Asia, Europe and America. As a method of analysis, we adopt Hermeneutics-dialectics. The results are organized in four empirical categories: Characterization of the *corpus* of the study: a reality to be achieved; Meanings of Health Promotion in the context of PHC: confluences and dissonances between theory and practice; Health Promotion in the context of PHC: contradictions, fragilities and challenges in the health work process; confrontations between the areas of action of the International Conferences on Health Promotion on practices in the context of PHC. We understand that Health promotion implies a 'new' and 'polysemic' practice that still generates theoretical and philosophical tensions, which has been associated with concepts such as lifestyles-healthy habits-health behaviors, empowerment, social participation, autonomy, intersectoriality, however there is a conflict, even reinforced by several authors, related to the conceptual misconception about health education, and more worrying about its differential character as approaches and practices to primary prevention. In the work process of Health Promotion, the purpose was to 'improve people's quality of life' as well as 'generate empowerment in users'; as the instruments were considered the theoretical models as fundamentals of practice, as well as the combination of strategies, practical guides and various educational materials; activities were related to health education, the use of online technologies, health advisory services and counseling; the agents were identified under the figure of collective agents, such as nurses and doctors with different training areas, health visitors, psychologists, social workers, as well as other professionals from the health service and the community itself; as for the interpersonal relationship, it was possible to see the strengthening of the links between users and health teams with a certain potentiality in the practice of Health Promotion. The evaluation emerged as a topic that presents weaknesses in the practice of Health Promotion and which represents a challenge to be conquered. In the confrontation of the areas of action of Health Promotion with its practice evidenced in the *corpus* of the study. In relation to the development of healthy policies was reinforced the importance of support for decision makers and joint responsibility of the State, health services with their professionals and community. The creation of favorable environments was invisible, even when it is considered relevant, since it could be of 'little importance' given to them in the practice and actions of Health Promotion. Community empowerment had a direct relation with the processes of empowerment and social participation, emphasizing the intersectoriality as key in this process. The development of personal skills was the area most studied in the articles analyzed, focusing on health education activities and once again the emergence of prevention as a conflicting concept in the understanding and practice of Health Promotion; finally, the reorientation of health services was visible when considering the paradigm shift and the strengthening of professional training in Health Promotion. We consider that Health Promotion contributes from its innovative, differentiated approach and with a positive approach to health services and specifically PHC. The protagonism of the professional with a profile in Health Promotion is significant in the development of strategies and corresponding actions with the areas of action, as well as to dispel conflicts by the conceptual misconceptions of Health Promotion in relation to the concepts of health education and prevention.

Descriptors: Health Promotion, Primary Health Care, Practice, Public Health Practice.

RESUMEN

LIZANO, Verónica Cristina Gamboa. **Prácticas de Promoción de la Salud en el contexto de la Atención Primaria en Brasil y en el mundo:** el descompaso teoría y práctica. 2018, 214f. Disertación (Maestría Académica) – Programa de Postgrado en Salud Colectiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

Estudio de Revisión Integrativa, con un enfoque cualitativo, basado en una perspectiva analítica crítica, con los objetivos de comprender los sentidos y significados de la Promoción de la Salud en el contexto de la APS en Brasil y en otros países del mundo; analizar las prácticas de Promoción de la Salud en el contexto de la APS en Brasil y en otros países del mundo y discutir la concreción de las áreas de acción establecidas en las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud sobre las prácticas de Promoción de la Salud en el contexto de APS en Brasil y el mundo. Para producir los datos empíricos, seguimos los seis (6) pasos de la Revisión Integrativa, que delimita el *corpus* del estudio a 18 artículos con condiciones de revisión por pares publicados entre enero de 2016 y julio de 2017 en diferentes países de Asia, Europa y América. Como método de análisis, adoptamos la Hermenéutica-dialéctica. Los resultados están organizados en cuatro categorías empíricas: Caracterización del *corpus* del estudio: una realidad que se debe alcanzar; Sentidos y Significados de la Promoción de la Salud en el contexto de la APS: confluencias y disonancias entre la teoría y la práctica; Promoción de la salud en el contexto de la APS: contradicciones, fragilidades y desafíos en el proceso de trabajo de salud; confrontaciones entre las áreas de acción de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud sobre las prácticas en el contexto de la APS. Comprendemos que la promoción de la salud implica una práctica "nueva" y "polisémica" que aún genera tensiones teóricas y filosóficas, que se ha asociado con conceptos como estilos de vida-hábitos saludables-comportamientos de salud, empoderamiento, participación social, autonomía, intersectorialidad; sin embargo hay un conflicto, incluso reforzado por varios autores, relacionado con el error conceptual en relación a la educación para la salud, y más preocupante aún el error en relación a la prevención, pues ambos son conceptos diferentes según los enfoques y las prácticas que implican. En el proceso de trabajo de Promoción de la Salud, la finalidad fue "mejorar la calidad de vida de las personas" y "generar empoderamiento en los usuarios"; como instrumentos se consideraron los modelos teóricos como fundamentales para la práctica, así como la combinación de estrategias, guías prácticas y diversos materiales educativos; las actividades se relacionaron con la educación en salud, el uso de tecnologías en línea, los servicios de asesoramiento sanitario y el asesoramiento; los agentes estuvieron evidenciados en la figura de agentes colectivos, como las enfermeras y los médicos con diferentes áreas de formación, los visitantes de salud, los psicólogos, los trabajadores sociales, así como otros profesionales del servicio de salud y la misma comunidad; en cuanto a la relación interpersonal, fue destacado el fortalecimiento de los vínculos entre usuarios y equipos de salud con una cierta potencialidad en la práctica de la Promoción de la Salud. La evaluación surgió como un tema que presenta fragilidades en la práctica de la Promoción de la Salud y que representa un desafío a ser conquistado. En la confrontación de las áreas de acción de la Promoción de la Salud con su práctica evidenciada en el *corpus* del estudio, en relación con el desarrollo de políticas saludables se ha reforzado la importancia del apoyo a los responsables de las decisiones y responsabilización conjunta del Estado, de los servicios de salud con sus profesionales y de la comunidad. La creación de ambientes favorables quedó invisible a pesar de su relevancia, ya que podría estar relacionado con la 'poca importancia' dada a ella en la práctica y en las acciones de Promoción de la Salud. El fortalecimiento comunitario tuvo relación directa con los procesos de empoderamiento y de participación social, resaltando la intersectorialidad como clave en ese proceso. El desarrollo de habilidades personales fue el área más trabajada en los estudios analizados, enfocándose en actividades de educación en salud y surgiendo una vez más la prevención como un concepto conflictivo en la comprensión y en la práctica de la Promoción de la Salud; la reorientación de los servicios de salud fue visible al plantear el cambio de paradigmas y el fortalecimiento de la formación profesional en Promoción de la Salud. Consideramos que la Promoción de la Salud viene a contribuir desde su enfoque innovador, diferenciado y con un enfoque positivo a los servicios de salud y específicamente de APS. El protagonismo del profesional con perfil en Promoción de la Salud es clave en el desarrollo de estrategias y acciones correspondientes con las áreas de acción, así como para disipar los conflictos por los equívocos conceptuales de la Promoción de la Salud en relación con los conceptos de educación en salud y de prevención principalmente.

Descriptor: Promoción de la Salud, Atención Primaria a la Salud, Práctica, Práctica de Salud Pública.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSCO	<i>Elton B. Stephens Company</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família.
LILACS	<i>Literatura Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de La Salud</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização de Nações Unidas
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional em Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
PubMed	<i>National Center for Biotechnology Formation</i>
RAS	Redes de Atenção em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFC	Trabalho Final de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca sistemática 2012 – 2016, nov. 2016.	23
QUADRO 2	Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca manual, 2012-2016.	27
QUADRO 3	Síntese das 10 Conferências sobre Promoção da Saúde 1986-2016, mar. 2017.	47
QUADRO 4	Matriz sobre Áreas de Ação da Promoção da Saúde em relação ao corpus no estudo Revisão Integrativa Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo, mar. 2017.	62
QUADRO 5	Matriz sobre elementos do processo de trabalho em relação ao corpus no estudo Revisão Integrativa Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo, mar. 2017.	62
QUADRO 6	Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados corpus da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	72
QUADRO 7	Sentidos e Significados da Promoção da Saúde presentes no corpus da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	98

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Etapas da Revisão Integrativa.	56
FIGURA 2	Etapas do processo da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	57
FIGURA 3	Etapa 1 da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	58
FIGURA 4	Etapa 2 da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	60
FIGURA 5	Etapa 3 da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	61
FIGURA 6	Etapa 4 da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	63
FIGURA 7	Áreas de Ação da Promoção da Saúde.	65
FIGURA 8	Etapa 5 da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	66
FIGURA 9	Etapa 6 da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	67
FIGURA 10	Sentidos e Significados da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	113
FIGURA 11	Finalidade da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	119
FIGURA 12	Objeto de trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	123

FIGURA 13	Instrumentos de trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	127
FIGURA 14	Atividades e Ações da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	133
FIGURA 15	Agentes do trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	141
FIGURA 16	Relação Interpessoal da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	143
FIGURA 17	Concretude da área de ação Desenvolvimento de Políticas Saudáveis na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	148
FIGURA 18	Concretude da área de ação Fortalecimento da Ação Comunitária na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	151
FIGURA 19	Concretude da área de ação Desenvolvimento de Habilidades Pessoais na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	158
FIGURA 20	Concretude da área de ação Reorientação dos Serviços de Saúde na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.	161

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição continental dos artigos que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	68
GRÁFICO 2	Distribuição por países dos artigos da Europa que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	69
GRÁFICO 3	Distribuição por países dos artigos da América que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	69
GRÁFICO 4	Distribuição por países dos artigos da Ásia que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	69
GRÁFICO 5	Distribuição segundo o tipo de METODOLOGIA DOS ARTIGOS que conformam a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	70
GRÁFICO 6	Distribuição anual dos artigos que conformam a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.	71

SUMÁRIO

1	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO: (des) articulação teórico-prática	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	33
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
2.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	36
2.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SEU DESENVOLVIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO	38
3	CAMINHO METODOLÓGICO	54
3.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	54
3.2	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO: etapas da pesquisa	55
3.2.1	PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA: o que vamos pesquisar?	57
3.2.2	SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA: que deixamos dentro e fora?	59
3.2.3	TERCEIRA ETAPA DA PESQUISA: quais trabalhos selecionamos?	60
3.2.4	QUARTA ETAPA DA PESQUISA: organização do corpus do estudo	61
3.2.5	QUINTA ETAPA DA PESQUISA: análise e interpretação das nossas informações	63
3.2.6	SEXTA ETAPA DA PESQUISA: síntese do conhecimento e perspectivas futuras	66
3.3	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	67
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CORPUS DO ESTUDO: uma realidade a ser conquistada	68
5	SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO: confluências e dissonâncias entre teoria e prática	97
6	PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: contradições, fragilidades e desafios no processo de trabalho em saúde no Brasil e no mundo	115
7	CONCRETUDE ENTRE AS ÁREAS DE AÇÃO DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO	145
8	SÍNTESE SOBRE AS PRÁTICAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: reflexões e perspectivas futuras	162

REFERÊNCIAS	169
APÊNDICES	177
APÊNDICE A – QUADRO 8 RESULTADOS DA BUSCA SISTEMÁTICA DESENVOLVIDA PARA A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO, SET. 2016	178
APÊNDICE B - QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017	181
APÊNDICE C – QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017	187
APÊNDICE D – QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)	194
APÊNDICE E – QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)	203

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO: (des) articulação teórico-prática

O objeto de estudo desta pesquisa trata das PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹, no Brasil e no mundo. Tal interesse foi consequência da nossa formação como profissional graduada em Promoção da Saúde (PS) na Universidad de Costa Rica, um curso de graduação recente no país e ainda inexistente em muitos países das Américas.

Como parte dessa formação, nos aproximamos, em várias ocasiões, à realidade dos serviços da saúde e outras instituições (com participação no processo de construção social da saúde) sem ter clareza do conceito de PS, mediante a diversidade da sua compreensão, muitas vezes, quer numa visão reducionista de Educação em Saúde, quer como sinônimo de prevenção, o que acaba gerando dificuldades de entendimento nos profissionais da saúde, especialmente nos sujeitos participantes dos processos de Promoção da Saúde.

Frente a tal realidade, consideramos importante fazer uma breve contextualização da nossa prática profissional como graduada em Promoção da Saúde, ao trazer a experiência iniciada como pesquisadora no Trabalho Final de Curso (TFC), cujo objeto foi a Satisfação dos Usuários do Projeto *Bonus Vitae*, aquele que desenvolve a capacitação em saúde tanto para funcionários como para estudantes da *Universidad de Costa Rica* coordenado pela Unidade de Promoção da Saúde.

Para tanto, vimos a necessidade de revisitar tal objeto numa perspectiva conceitual *Análisis de satisfacción de la población usuaria del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica* (GAMBOA, 2016), para o qual, compreendemos que Promoção da Saúde é promover processos condizentes a um maior bem-estar na saúde inclusive com diferentes grupos e comunidades, a fim de desenvolver e sensibilizar os seus usuários na capacidade de autogestão e a melhoria nos determinantes da saúde, tendo em vista os impactos na sua vida e suas formas de vivenciar a saúde individual e coletiva.

¹ Utilizamos nesta pesquisa a terminologia Atenção Primária à Saúde (APS), por considerarmos a sua abrangência, reconhecimento e utilização mundial, apesar de no Brasil ser nomeada Atenção Básica em Saúde (ABS). Porém, há momentos no texto que está grafada como ABS, em respeito às citações dos estudos desenvolvidos pelos autores brasileiros referenciados.

Outrossim, ao defendermos a capacidade de autogestão mediante a participação ativa desses grupos e comunidades nos processos de Promoção da Saúde, entendemos que ela deve ser acessível e oportuna com as características específicas do contexto, para que possam promover o desenvolvimento e / ou reforço de uma série de competências pessoais, no sentido de facilitar os processos de mudança nas práticas de saúde, numa abordagem teórico-histórica da Promoção da Saúde.

A nossa experiência quer como graduanda, quer como profissional em Promoção da Saúde na Costa Rica² permitiu-nos observar que muitos dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ofertados aos usuários e às comunidades, denominados de *Promoção da Saúde*, se limitavam a ações preventivas, de um só contato, que não implicavam qualquer processo, ou qualquer seguimento com a coletividade, o que poderia ser resultado de um entendimento limitado dos profissionais de Promoção da Saúde a respeito das teorias e práticas da Promoção da Saúde, o que contribuem para gerar um conflito nos profissionais de saúde por não terem ampliado o conceito e as práticas de Promoção da Saúde inclusive até mesmo, o seu desconhecimento no desenvolvimento da prática.

Concretamente, a partir da nossa experiência nas diferentes práticas de campo em instituições e organizações do sistema de saúde costarriquenho assim como o achado e confirmado no estudo *Análisis de Satisfacción de la población usuária del Proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica* (GAMBOA, 2016), ficou evidente uma certa ‘resistência’ por parte de alguns profissionais da saúde em trabalhar com profissionais formados em Promoção da Saúde nas equipes interdisciplinares.

Neste estudo, desenvolvido no cenário da APS, reforçou que historicamente as ações da PS têm sido assumidas pelos profissionais de enfermagem e assistentes sociais, dos quais, alguns acham que um profissional formado em Promoção da Saúde viria substituir eles no seu campo de

² Como parte do perfil profissional do Promotor da Saúde, segundo o proposto pelo curso da *Universidad de Costa Rica*, o profissional destaca-se por qualidades e habilidades em: coordenar esforços em áreas prioritárias; identificar e analisar os constrangimentos e determinantes da saúde; participar na implementação e comunicação dos sistemas de vigilância em saúde; aplicar métodos e procedimentos pela vigilância da saúde ativa; projetar, conduzir e avaliar processos de aprendizagem orientados à promoção da saúde; contribuir na formulação, implementação e avaliação de políticas em saúde pública com orientação em promoção da saúde; investigar problemas relevantes e prioritários de saúde e seus determinantes; informar e disseminar o conhecimento científico e recomendar normativas sobre as mudanças nos hábitos que favoreçam a saúde e, finalmente, analisar as mudanças nos estilos de vida em grupo e mudança social (UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, 2011).

trabalho, quando a proposta é mais uma complementariedade e ampliação do serviço. Assim também, na *Unidad de Promoción de la Salud*, que forma parte da mesma Faculdade que oferta o Curso de graduação em Promoção da Saúde, ainda não foram inseridos tais profissionais para a ampliação da equipe multidisciplinar.

Além do mais, o estudo não deixou clara a relevância do pensar, fazer e agir do profissional em Promoção da Saúde e nem explicita sua aceitação em diferentes cenários do sistema de saúde, o que poderá influenciar sobre a particularidade e os potenciais de atuação dos profissionais nas práticas desenvolvidas com o propósito de melhorar as condições de vida da população na geração de maior bem-estar diante da facilidade da utilização de ferramentas, para que o coletivo tenha um protagonismo nos processos de saúde individuais e coletivos (GAMBOA, 2016).

Particularmente em nosso estudo, a respeito das ações em Promoção da Saúde, os resultados mostraram que, no projeto *Bonus Vitae* da *Unidad de Promoción de la Salud* da *Universidad de Costa Rica* não foram trabalhados todos os eixos da Promoção da Saúde, dentre os quais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986), o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento das habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. As ações são desarticuladas, não possuindo um elo de longitudinalidade do cuidado ou um sentido de construção da saúde com a população durante um período dado. Por conseguinte, as ações em Promoção da Saúde carecem de um processo avaliativo para que conheçamos a realidade e assim possibilitar diante das dificuldades/limites identificados, ações para dar resolubilidade às necessidades demandadas pela população.

Ademais, ao estimular a participação ativa e responsável de cada sujeito em sua saúde e a dos grupos e comunidades à qual pertence, entendemos que essa atitude poderá visibilizar a importância dos usuários na ação comunitária com a criação de ambientes favoráveis para a saúde (GAMBOA, 2016), integrados às práticas de saúde acompanhadas das tecnologias das relações, assim como no processo de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Historicamente, a Promoção da Saúde vem sendo abordada desde a primeira metade no Século XX, por Sigerist no ano 1945, ao falar desta como uma das quatro atividades da Medicina (GUERRERO; MORALES, 2007). Mas, o movimento da Promoção da Saúde como um campo de especialização, surgiu após a publicação do Informe Lalonde, documento que ao fazer referência à

saúde como uma construção afetada pelos determinantes sociais da saúde, fez que fossem propostas cinco estratégias para abordar os que para ele eram os diferentes problemas do campo da saúde: “promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos” (BRASIL, 2009, p.18).

No final da década de 1970, na Declaração de Alma Ata (OMS, 1979) sobre APS, enfatizou-se a importância da Promoção da Saúde ao mencionar que “a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”, visibilizando claramente que promover a saúde forma parte da Atenção Primária.

Contudo, há aproximadamente uma década, Czeresnia e Freitas (2009, p.39) já se posicionaram sobre o escasso desenvolvimento de tecnologias leves para praticar a Promoção da Saúde, reconhecendo que “...as abordagens metodológicas em promoção da saúde, por este ser um campo de conhecimentos e prática mais recente, estão menos desenvolvidas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, implementação e avaliação dos programas de prevenção das doenças”.

Ao considerarmos este objeto de estudo, temos que ter clareza sobre a Promoção da Saúde dentro dos Sistema de Atenção à Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000b) concebe os Sistemas de Atenção à Saúde como um conjunto de atividades que tem como um dos propósitos promover, restaurar e manter a saúde da população. No entanto, vemos como os sistemas de saúde (em qualquer cenário e/ou contexto) precisam garantir a Promoção da Saúde, pois o seu agir pode representar a própria razão de ser, um propósito para com a sociedade.

Especificamente no Brasil, segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2011a), a Atenção Básica à Saúde (ABS) -uma terminologia brasileira para APS-, caracteriza-se por desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, com abrangência à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver a atenção de forma integral, no sentido de impactar os determinantes e condicionantes sociais das coletividades.

Para tanto, resgatamos a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) criada no ano 2006, seguida dos princípios e diretrizes da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2006), os quais são

conceitualizados a continuação segundo os conteúdos da Lei 8080 (BRASIL, 1990a) e da PNAB (BRASIL, 2012b):

-**universalidade**, defende o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção por parte de todos os cidadãos sem distinção,

-**integralidade**, compreendida como a articulação e a continuidade das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema,

-**equidade**, dar mais atenção a aqueles com condições de maior necessidade, considerando a densidade populacional dos municípios assim como os índices de pobreza.

-**participação social**, é a participação ativa e efetiva da comunidade e os atores envolvidos.

-**acessibilidade**, concebida como a capacidade de ser acessível e **coordenação do cuidado** do usuário nas demais Redes de Atenção à Saúde (RAS),

-**vínculo** é a construção de relações afetivas e de confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, o qual permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde e **continuidade** é o vínculo e a responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, durante o processo de cuidado;

-**responsabilização** entendida como o tomar responsabilidade pela atenção às necessidades de saúde existentes.

-**humanização**, o sujeito é visto em sua singularidade e inserção sociocultural,

Em 2011, foi acrescentada a redução de danos como parte das ações a serem desenvolvidas pela Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011a), assim como a autonomia dos sujeitos como um dos objetivos a serem logrados; além de conceitos como risco³, vulnerabilidade⁴ e resiliência⁵, para serem observados nas práticas em saúde.

³ Risco: “perigo; probabilidade ou possibilidade de perigo: estar em risco” (Dicionário Online de Português, 2016a).

⁴ Vulnerável: “que tende a ser magoado, danificado ou derrotado; frágil. Que pode ser ferido por; destruído: construção vulnerável às alterações climáticas” (Dicionário Online de Português, 2016b).

⁵ Resiliência: “habilidade de se adaptar com facilidade às intempéries, às alterações ou aos infortúnios” (Dicionário Online de Português, 2016c).

Outrossim, segundo o *Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar*, “as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários” (BRASIL, 2007, p.15).

Em contraste a tal realidade, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro neste momento estar passando por um processo de desconstrução, as práticas de saúde ainda são conformadas no modelo biomédico, aquele focado nas patologias, conveniências dos serviços e dos profissionais de saúde, deixando de lado a relevância das ações e estratégias em Promoção da Saúde, ainda que tenhamos visto avanços no decorrer do seu processo inicial de construção.

Panorama este encontrado não apenas no Brasil, mas em outros países, aqui fundamentadas nas produções científicas a partir do levantamento sobre tal temática, ao fazermos uma busca simples dos artigos produzidos nos últimos 10 anos, no período de 2007 a 2016, sobre o objeto desta pesquisa. Fizemos uma busca no Portal Virtual da Biblioteca Central Julieta Carteadó da UEFS, tendo seguido como primeiro passo, a elaboração de uma lista de descritores procurados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e no site dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) considerados para a pesquisa: prática (*practice-práctica*), promoção da saúde (*healthpromotion-promoción de lasalud*) e atenção primária em saúde (*Primary Health Assistance-Atención Primaria em Salud*), a partir dos títulos dos artigos e leitura inicial dos resumos, sem restringir as línguas em que os artigos foram publicados (inglês, português, espanhol, francês e *sweedish*), deixando para ser considerados só aqueles com a condição de *peer review*. Utilizamos oito (8) bases de dados⁶ para a busca, tendo sido levantados um total de 58 artigos, diminuídos a 46 ao restringir os resultados a aqueles com *peer review*. A sistematização desta busca inicial⁷ é apresentada no Apêndice A.

Diante desse levantamento, construímos uma matriz no programa Excel para sistematizá-los, classificando-os na sua condição de *incluídos* ou *excluídos*. Foram destacados não só título como o resumo, objetivo e metodologia, incluindo estudos de tipo qualitativo, quantitativo e quali-

⁶ EBSCO, Biblioteca Virtual emSaúde, El Sevier, CINAHL with Full text, Library Information Science & Technology Abstract with Full Text, Medline 1946 to present, Medline Complete EBSCO, Medline PubMed, SciELO e Science Direct.

⁷ Consideramos importante salientar que esta busca inicial não é equivalente à revisão integrativa, pois neste momento de construção do objeto de estudo foi desenvolvida a busca para a construção do estado da arte.

quantitativos. Excluímos os estudos gerais em saúde, os centrados puramente no cenário clínico (aqueles que trabalharam a Promoção da Saúde em outros níveis da atenção à saúde), assim como ações que não eram propriamente de PS. De modo que, finalmente, após seguirmos tais critérios, identificamos nove (9) produções científicas, publicadas entre os anos 2012 e 2016, as quais estão apresentadas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca sistemática 2012 – 2016, nov. 2016.

Nº	Fonte	País/ Local	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise	Resultados/Conclusões
1	AUSTVOLL-DAHLGREN, A, <i>et al.</i> Development of a complex intervention to improve health literacy skills. Health Information and Libraries Journal , v.30, p.278-293, 2013.	Noruega	Site desenvolvido para usuários do sistema de saúde (público usuário geral).	Descrever o desenvolvimento de uma portal web projetado para melhorar as competências de conhecimento da saúde entre o público.	Intervenção, com uma aproximação exploratória.	Entrevistas e revisão de documentos. Utilizaram o modelo Van Boekhoven com cinco etapas (análise, desenho da intervenção, testes de pilotagem e de viabilidade, implementação e avaliações).	Análise de conteúdo	Concluíram que a intervenção com o portal também pode revelar-se útil para a saúde dos próprios profissionais, que podem optar por utilizar ou referenciá-lo nas suas discussões com os usuários. Além disso, através de um melhor conhecimento e acesso às ferramentas incluídas, a portal web pode também vir a estimular a participação na tomada de decisões de saúde fora do contexto das consultas profissionais.
2	BALDUINO, A; <i>et al.</i> Experience of hypertensive patients with self-management of health care. Journal of Advanced Nursing , 2016.	Brasil/ Curitiba	Programa e-Health do Ministério da Saúde (28 hipertensos com idades entre 18 e 59 anos).	Interpretar como os pacientes hipertensos experimentam a auto-gestão dos cuidados de saúde.	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo, baseada na teoria construtivista fundamentada.	Os resultados mostraram que a experiência de auto-gestão dos cuidados de saúde dos pacientes hipertensos tem caminhos, ações e interações. Foi importante identificar que quando os pacientes descobrem que têm a doença e tornam-se conscientes do processo da doença, eles assumem a identidade de ser hipertenso e tornam-se proativos em sua saúde e em viver saudavelmente com suas famílias e nas comunidades ainda tendo essa doença.
3	BRUSSE, C, <i>et al.</i> Social Media and Mobile Apps for Health Promotion in Australian Indigenous Populations: Scoping Review. Journal of Medical Internet Research ,	Austrália	Instituto Australiano de Atenção Primária à Saúde; Conselho de Saúde Indígena da Austrália Ocidental.	Fornecer uma visão atual das evidências em torno ao uso do consumidor das mídias sociais e aplicativos de software móvel para intervenções de promoção da	Estudo de escopo de evidências revisadas por pares.	Revisão de documentos	Análise de conteúdo	A existência de evidência de benefícios para a mídia social e aplicativos móveis em áreas específicas de interesse para saúde da população Indígena na Austrália é, em sua maior parte, hesitante e dispersa, devido a uma falta de provas que não deve necessariamente ser vista como uma acusação, ao contrário, devem entender-se dado a elusiva natureza dessas intervenções e como as populações-alvo se envolvem com eles.

Quadro 1 Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca sistemática 2012 – 2016, nov. 2016.

Nº	Fonte	País/ Local	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise	Resultados/Conclusões
	v. 16, n. 12, p.280-294, 2014.			saúde, com foco no contexto australiano e na promoção da saúde direcionada a um público Indígena.				No entanto, para a promoção da saúde, não há alternativa real, mas para se envolver com a mídia social e tecnologia de software móvel, como essas formas de interação on-line estão se tornando cada vez mais ubíqua à custa de meios mais tradicionais.
4	HEIDEMANN, I; WOSNY, A; BOEHS, A. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. Ciência & Saúde Coletiva , v.19, n.8, 2014, p.3553-59.	Brasil/ Santa Catarina	Cinco Unidades Distritais de Saúde, com a participação de 70 profissionais.	Analisar a incorporação das ações de Promoção da Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família de um município catarinense.	Qualitativo	Oficina participativa (leitura cuidadosa, reflexão e interpretação das temáticas).	Incluiu três momentos dialéticos e interdependentes segundo o método de Paulo Freire: Círculos de Cultura, realizados em cada uma das cinco Unidades de Saúde envolvidas no estudo.	Notória dificuldade de entender conceitualmente as atividades de promoção da saúde de acordo com a Carta de Ottawa; limitação para diferenciar uma política de promoção da saúde e uma de prevenção; mesmo ocorrendo ações de PS, elas não são entendidas como política nem como objetivos que devem ser incorporadas pelas equipes no seu processo de trabalho; elementos como reuniões das equipes, horário estendido e participação nos grupos de educação em saúde, promovem o desenvolvimento das práticas consideradas como promoção da saúde. Destaca ainda a necessidade de aprofundamento na prática e formação dos profissionais da saúde.
5	MAIJALA, V; TOSSAVAINEN, K; TURUNEN, H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. Applied Nursing Research , n. 30, 2016, p. 45–51.	Finlândia	11 Centros de Atenção Primária em três províncias do leste da Finlândia, sendo 4 Centros de Saúde em Karelia, 4 em Savo e 3 em Kainuu; 42 participantes.	Identificar um consenso sobre os elementos necessários para o sucesso das práticas em Promoção da Saúde desenvolvidas pelos profissionais em enfermagem na APS.	Método misto.	Primeira etapa com entrevistas semiestruturadas; segunda etapa com a técnica Delphi, com um questionário de 17 elementos com Escala de Likert.	Para os dados qualitativos foram utilizados os mapas conceituais e para os dados quantitativos utilizaram as estatísticas descritivas.	Identificaram 17 elementos necessários para o sucesso das práticas em Promoção da Saúde, tendo um consenso dos 51% dos participantes para 15 dos 17 elementos, sendo a cultura organizacional em Promoção da Saúde o elemento com um maior consenso.

Quadro 1 Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca sistemática 2012 – 2016, nov. 2016.

Nº	Fonte	País/ Local	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise	Resultados/Conclusões
6	PEACOCK, O, <i>et al.</i> Multidimensional individualised Physical ACTivity (Mi-PACT) – a technology-enabled intervention to promote physical activity in primarycare: study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i> , v. 16, p.381-397, 2015.	Reino Unido	Atenção Primária nos locais de <i>Bathand North East Somerset e Wiltshire</i> ; 216 pacientes com idade entre 40 e 70 anos e com risco médio ou elevado de doença cardiovascular e / ou diabetes mellitus tipo II.	Fornecer informações sobre os efeitos de perfis de atividade física integrada e auto monitorização combinada com o apoio presencial em atividade e resultados de saúde física em pacientes com risco de doenças crônicas.	Estudo quantitativo de Caso-Controle.	Acompanhamen-to clínico, os participantes no grupo de controle receberam a atenção usual pelo seu médico generalista, enquanto o grupo de intervenção teve um tratamento complexo.	Análise estatística para comparar de forma primária entre os braços de intervenção e controle da troca de 12 meses de atividade física usando uma análise de covariância.	Concluíram que a criação de perfis multidimensionais de atividade física poderia tornar-se um complemento a outras estratégias de saúde pública na prática primária (por exemplo, perda de peso ou de reabilitação cardíaca).
7	REYNOLDS, J, <i>et al.</i> Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework. <i>Jmir Mental Health</i> , v.2, n.1, 2015.	Austrália	Atenção Primária à Saúde.	Desenvolver um arcabouço conceitual para apoiar o uso de recursos de e-saúde mental nos cuidados de saúde primários de rotina.	Qualitativo, revisão não sistemática da literatura publicada e da experiência na APS.	Revisão de documentos.	Análise de conteúdo.	Foram identificados cinco modelos emergentes de prática clínica: (1) promoção; (2) gestão de casos; (3) treinamento; (4) tratamento focalizado nos sintomas e (5) terapia abrangente. Considera-se também as habilidades do provedor de serviços necessárias para cada modelo e as maneiras que e-recursos de saúde mental podem ser usados por médicos de clínica geral e enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, conselheiros e colegas de trabalho.

Quadro 1 Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca sistemática 2012 – 2016, nov. 2016.

Nº	Fonte	País/ Local	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise	Resultados/Conclusões
8	SCHUTTE, Bianca; HAVEMAN-NIES, Annemien; PRELLER, Liesbeth. One-Year Results of the Beweeg Kuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. BioMedResearch International , v. 2015, p.1-7, 2015.	Holanda	Atenção Primária à Saúde em 160 locais da Holanda, sobre a intervenção <i>BeweegKuur</i> em estilos de vida, com um máximo de 40 participantes de cada localidade.	Investigar os resultados de um ano da intervenção <i>BeweegKuur</i> no estilo de vida, implementado em todo o país na Holanda para as pessoas com risco de saúde relacionados ao peso.	Quantitativo	Pre-test e post-test (questionário). Os dados foram coletados por localidade e inseridos num registro padronizado.	Análise estatística com o programa SPSS para processar as medições realizadas durante as sessões (peso, IMC, circunferência da cintura, glicemia e pressão arterial).	Existência de uma intervenção implementada, combinando com sessões individuais e de grupo e a supervisão de profissionais de saúde locais, o que pode resultar em mudanças substanciais no estilo de vida e de saúde em pessoas que participaram plenamente na intervenção.
9	THOMAS, Kristin; BENDTSEN, Preben; KREVER, Barbro. Implementation of healthy lifestyle promotion in primary care: Patients as coproducers. Patient Education and Counseling , 2014, v. 97, p.283–290.	Suécia	6 Centros de Atenção Primária localizados no leste de Suécia, com participação de 22 pacientes com experiências variadas em promoção de estilos de vida saudáveis.	Explorar e teorizar como os pacientes percebem, interpretam e reagem à promoção de estilos de vida saudáveis na Atenção Primária em Saúde, e investigar o papel do paciente na implementação da PS.	Qualitativo	Entrevista	Teoria Fundamentada em dados	Encontraram que entre as condições para “estar saudável” é importante a condução, o que é essencial para conseguir promover a saúde. Os resultados sugerem que pacientes coproduziram a implementação da promoção do estilo de vida de um jeito ativo ou passivo; encontraram também que de acordo com as tipologias de pacientes, são requeridos diferentes meios de aproximação do serviço de saúde até eles.

Realizamos também uma busca manual, a partir de *Google Acadêmics*® com os mesmos descritores, e procurando manualmente produções científicas consideradas relevantes à temática do estudo, sendo identificadas quatro (4) produções científicas apresentadas no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca manual 2012-2016, nov. 2016.

Nº	Fonte	País/ Local	Metodologia					Resultados
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise	
10	BEATO, M; VAN STRALEN, C; PASSOS, I. Uma análise discursiva sobre os sentidos da Promoção da Saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família, Interface - Comunicação, Saúde e Educação , v.15, n.37, 2011, p.529–537.	Brasil/ Belo Horizonte	Um centro de saúde da Atenção Básica de Belo Horizonte sugerido pela coordenação de ABS. Uma das três equipes dessa Unidade foi focalizada por indicação da gerente. Participaram profissionais da equipe e a gerente.	Analisar significações sobre o ideário da promoção da saúde presentes no contexto da Estratégia Saúde da Família.	Qualitativo, estudo de caso.	Revisão de documentos nacionais e internacionais, assim como o plano das ações cotidianas da atenção básica. Entrevistas semi-estruturadas e observação (não especificado de que tipo).	Análise de discurso.	Estão presentes os sentidos sobre promoção da saúde abertos à ressignificação, em permanente construção. É contraditório apregoar, como princípio fundamental da promoção da saúde, a ampliação da autonomia dos usuários sobre os determinantes da saúde, como fazem as diretrizes nacionais, mantendo dispositivos fragmentados no território e verticalmente engessados. Desse modo, a potencialização dos efeitos de atividades isoladas das equipes de atenção básica é limitada, mesmo que elas adotem um processo de trabalho tão interessante quanto se mostrou o da equipe escolhida para este estudo.
11	CARNEIRO, <i>et al.</i> Educação para a Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária. Rev Panam Salud Publica , v.31, n.2, 2012, p.115–20.	Brasil/ Belo Horizonte	20 Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, 33 práticas educativas.	Investigar se as práticas educativas realizadas nas unidades básicas de saúde atendem aos princípios da promoção da saúde.	Qualitativo do tipo descritivo.	Observação estruturada	Análise de conteúdo de Bardin (observou-se a frequência com que cada um dos princípios estudados ocorria no conjunto das práticas).	Nas ações observadas existem ações preventivas que não trabalham precisamente a Promoção da Saúde; também observaram que quase no 90% delas não tiveram um apoio de outros setores ou organizações; muitas das práticas não exploraram a participação social; que em 60% das ações observadas não foram empregadas diferentes técnicas didáticas.
12	MASCARENHAS, Nildo; MEIRA DE	Brasil	Produção científica	Analisar a produção	Qualitativo, revisão	Revisão de documentos	Análise de conteúdo	A promoção da saúde na atenção primária é incipiente e pouco explorada.

Quadro 2 Aspectos metodológicos das produções científicas publicadas, selecionadas por busca manual 2012-2016, nov. 2016.

Nº	Fonte	País/ Local	Metodologia					Resultados
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise	
	MELO, Cristina; FAGUNDES, Norma. Produção do conhecimento sobre Promoção da Saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária, Revista Brasileira de Enfermagem , v.65, n.6, 2012, p.991–999.		nacional sobre a promoção da saúde e a prática da enfermeira no campo da atenção primária.	científica nacional sobre a promoção da saúde e a prática da enfermeira no campo da atenção primária.	integrativa			Além disso, depreende-se que a promoção da saúde ainda é tida como sinônimo da educação em saúde, particularmente no modelo tradicional, fundamentado em ações prescritivas de prevenção de doenças. Falta reconhecimento da promoção da saúde como uma estratégia que pode impulsionar transformações na prática dos profissionais que atuam na atenção primária. É crucial que as enfermeiras que atuam na APS comecem a compreender a promoção da saúde como um campo de práxis capaz de transformar a realidade social e a sua própria prática.
13	ROCHA, Priscila <i>et al.</i> Promoção da Saúde: a concepção do enfermeiro que atua no Programa Saúde da Família, Revista Brasileira em Promoção da Saúde , v.25, n.2, 2012, p.215-220.	Brasil/ Minas Gerais.	Cinco enfermeiros do Programa Saúde da Família de cinco unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).	Investigar a concepção dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) sobre Promoção da Saúde.	Qualitati- vo	Entrevistas semi- estruturadas.	Análise de conteúdo temática	Revelaram ter uma concepção distorcida sobre o que é a Promoção da Saúde, influenciada pelo modelo biomédico. Percebeu-se que todos associaram à prevenção, ou seja, tudo que pode ser feito para que a população não adquira determinada doença. É preciso o aperfeiçoamento do conceito, métodos e práticas. E, também, a discussão e avaliação, juntamente com todos os profissionais, governos e sociedade, para que se possa tornar totalmente efetiva.

De acordo com os dados apresentados nos Quadros 1 e 2, observamos que dos 13 artigos resultantes tanto da busca sistemática como da busca manual, dois (2) são quantitativos (sendo um deles de intervenção); um (1) estudo foi misto quanti-qualitativo, e 10 qualitativos (dentre eles, um foi de intervenção).

Quanto aos resultados sistematizados dessas produções científicas, há um entendimento ‘equivocado’ sobre a concepção de Promoção da Saúde e prevenção nos artigos 4, 11, 12 e 13. Entretanto, apesar dos esforços por incluir ações de PS na APS, acreditamos que ela não é assumida efetivamente como parte de uma política pública de Estado nem como necessária no processo de trabalho do profissional de saúde, uma vez que ainda opera em muitas ocasiões na lógica médico-centrada.

Outrossim, nos artigos 1, 2 e 3 é apresentado o tema da tecnologia como um instrumento de trabalho ‘valorizado’ no campo da PS. Nessas produções, fica explícito o uso de aplicativos celulares como plataformas *online* e outros meios digitais, gerando acesso a muitos usuários dos serviços de APS, especificamente nos serviços de Promoção da Saúde. Por conseguinte, é importante uma reflexão como, em meio de um mundo globalizado, as ferramentas tecnológicas poderão ajudar tanto nos processos de intervenção em saúde quanto nos processos de avaliação e de medição de impactos.

As produções científicas, artigos 5, 6, 8, e 9, também deixam claro que, mesmo com fragilidades no planejamento, na intersectorialidade e na clareza de conceitos, existem evidências dos resultados efetivos da Promoção da Saúde como estratégia a ser desenvolvida no nível de APS. Para tanto, reforçam como podem se estimular elementos necessários para o sucesso dos esforços no seu desenvolvimento, como por exemplo a criação de perfis multiprofissionais para a obtenção de melhores resultados. Falam também da necessidade de um processo de PS, no qual exista não só uma intervenção implementada, mas também sessões individuais e coletivas, assim como supervisão dos profissionais da saúde. Ademais é notória a relevância da condução com os usuários coproduzindo a implementação da Promoção do Estilo de Vida Saudável, sempre considerando cada tipo de usuário para definir as estratégias de aproximação.

A partir desses artigos analisados, reforçamos o interesse por esta pesquisa, até porque Heidemann, Wosny e Boehs (2014) sugerem a necessidade de novas pesquisas sobre as concepções de Promoção da Saúde dos profissionais da saúde que atuam em todos os níveis de atenção à saúde

(primária, secundária e terciária). Por isto, compreendemos que é relevante explorar e compreender suas concepções, práticas e finalidade das suas atividades enquanto uma política de Estado na APS.

Ademais, reforçamos que tal realidade também foi notada no nosso estudo (GAMBOA, 2016, p. 198), quanto resgatamos a ausência de investigações sobre a qualidade e a satisfação dos usuários a respeito das ações em Promoção da Saúde, mostrando que, como a mesma é um campo de trabalho relativamente recente, ainda existe uma fragilidade de parâmetros, normativas ou estratégias de aproximação ao objeto de estudo, que permitissem conhecer como as práticas se desenvolvem e como as mesmas podem melhorar, até porque, no imaginário dos profissionais da saúde, existe uma noção de que “tudo o que se faz na Promoção da Saúde está bem”.

Como Promotora da Saúde, compreendemos que o paradigma do seu campo de ação deve ter potencialidade para mudar os perfis de saúde e doença da população, ainda que seja um “investimento” a longo prazo. Portanto, compreendemos que é preciso implementar e fortalecer as ações que se dirijam a promover a saúde dos sujeitos, das famílias e das comunidades, e da sociedade em geral.

Diante desta realidade, elaboramos as seguintes **questões de investigação**:

Como é concebida a prática da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?

Como vêm sendo realizadas as práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?

Como estão sendo implementadas as áreas de ação⁸ estabelecidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?

A partir de tais questionamentos, elaboramos como **objetivos** desta pesquisa:

⁸Como áreas de ação da Promoção da Saúde, destacamos: Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis; Fortalecimento da ação comunitária; Desenvolvimento das habilidades pessoais e Reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986).

Compreender os sentidos⁹ e significados¹⁰ da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e em outros países do mundo.

Analisar as práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e em outros países do mundo.

Discutir a concretude entre as áreas de ação estabelecidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde sobre as práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo.

Por conseguinte, este estudo tem sua **importância** pois poderá, a partir dos seus resultados, não apenas publicizar a concretude das ações de Promoção em Saúde, mas também contribuir para transformar a realidade no cenário da APS, especificamente em relação às ações em Promoção da Saúde, pela possibilidade evidenciada nos seguintes aspectos:

-o conhecimento das práticas em Promoção da Saúde desenvolvidas no nível de APS no Brasil e no mundo;

-a visibilização da importância da Promoção da Saúde como serviço de saúde para a melhora da saúde populacional;

-o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas em relação à Promoção da Saúde e os diferentes aspectos envolvidos no processo de trabalho da mesma;

-o aporte científico em relação à publicação de experiências avaliativas e ou de aproximação à Promoção da Saúde como objeto de estudo.

Por conseguinte, para este estudo elaboramos o seguinte **pressuposto**:

⁹ **Sentido** é concebido como o resultado de um significado, o qual encontra-se em constante transformação segundo as próprias mudanças da sociedade, como são as políticas, cultura, câmbios econômicos, espirituais, éticos, entre outros (SILVA; NASCIMENTO, 2011).

¹⁰ **Significado** considera-se como a estrutura básica do sentido, o qual se constrói num campo cíclico e constante (contínuo), conhecido como campo de significação (SILVA; NASCIMENTO, 2011).

As práticas de Promoção da Saúde no contexto da APS no Brasil e em alguns países do mundo vêm sendo desenvolvidas de forma acessória ou desconsiderada, diante das contradições entre o modelo profissional-centrado *versus* o modelo usuário-centrado, assim como o desconhecimento dos profissionais de saúde diante da inconsistência conceitual da Promoção da Saúde na prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é, segundo Corrêa da Silva e outros (2004), uma revisitação da literatura que permite ao pesquisador formar uma linha de pensamento nutrida pelo conhecimento e aportes científicos. Por conseguinte, nos debruçaremos sobre as bases científicas para o desenvolvimento de uma pesquisa, articuladas às ideias dos pesquisadores a respeito da temática numa abordagem sustentada de forma crítica diante da reconstrução do ‘novo’ conhecimento. Nesta pesquisa, trazemos três categorias teóricas apresentadas sinteticamente: Atenção Primária de Saúde apesar de termos clareza que ela não é o objeto específico deste estudo, mas faz parte do seu contexto; Processo de Trabalho em Saúde e a Promoção da Saúde.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para abordar a Atenção Primária à Saúde (APS), é imprescindível retomar a *Declaração de Alma Ata*, defendida e aprovada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde¹¹ (CPS) no ano 1978 (OMS, 1979, p.2). Essa Conferência foi realizada pela necessidade de agir urgentemente para promover a saúde dos povos do mundo, resgatando a saúde como “um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realidade requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde”.

Segundo Czeresnia e Freitas (2009, p.27), “há amplo consenso de que esse foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais, ocorrido na segunda metade do Século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo”.

Nessa Conferência, os CPS são considerados cuidados essenciais “baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um

¹¹ Apesar de que nesta pesquisa utilizamos a Atenção Primária em Saúde como contexto das práticas em Promoção da Saúde, citamos como Cuidados Primários em Saúde (CPS) pois é a tradução que se utiliza às vezes no Brasil de forma sinônima com APS.

custo que a comunidade e o país pode manter...” (OMS, 1979, p.3), tendo definido os seguintes objetivos:

- promover o conceito de CPS em todos os países;
- intercambiar experiências e informação sobre o desenvolvimento dos CPS no âmbito geral de sistemas de serviços nacionais de saúde;
- afetir a presente situação da saúde e de seus serviços em todo o mundo, na medida em que se relaciona com os CPS e pode por este ser melhorada;
- definir os princípios dos CPS e os meios operacionais para superar problemas práticos no desenvolvimento desses serviços;
- definir o papel de governos e de organizações nacionais e internacionais em matéria de cooperação técnica e apoio ao desenvolvimento dos CPS;
- formular recomendações para o desenvolvimento dos CPS.

Para o ano 1978, diante a realidade vivenciada em relação a inequidade e a distribuição de riquezas no mundo, a Conferência instou reduzir as distâncias que separavam os ‘pobres’ ou ‘carentes’ dos ‘privilegiados’ ou ‘ricos’, para assim obter uma distribuição equitativa dos recursos disponíveis nos serviços de saúde, permitindo às populações mundiais desfrutarem de uma vida produtiva (OMS, 1979).

Os Cuidados Primários de Saúde necessitam estar focados nas principais necessidades e problemas da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além disso, por serem considerados uma parte fundamental do sistema nacional de saúde, os CPS precisam estar coordenados com os outros níveis de atenção e com os outros setores que poderão contribuir com o desenvolvimento nacional. Neste sentido, concordamos com o significado dado aos CPS pela OMS (1979, p.32) que “vai muito além da mera extensão dos cuidados primários de saúde [até porque] revestindo dimensões sociais de desenvolvimento, [uma vez que] sua adequada aplicação [poderá] exercer influência sobre o funcionamento dos demais setores do sistema de saúde”.

Segundo Starfield (2002, p.20), no seu livro sobre Atenção Primária, explicita que devido às crescentes iniquidades sociais e de saúde a OMS decidiu adotar princípios para construir as bases

do que conhecemos como Atenção Primária dos Serviços de Saúde, através da *Carta de Lubliana* a qual propõe que os sistemas de atenção à saúde precisam ser:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- direcionados para a atenção primária.

Conclui Starfield (2002, p.28) que “a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade)”. Reforça ainda que ela diferencia-se dos serviços do tipo ‘consulta’, que tem uma curta duração ou focada no manejo da enfermidade a longo do tempo; pelo contrário, na APS os usuários têm “acesso direto a uma fonte para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos” (p.29). Portanto, a APS tem “ênfase na proximidade com as pessoas” (p.31). Entretanto, entendemos que tal concepção é de uma complexidade para desmitificar um paradigma hegemônico nos cenários de sistemas de saúde em países que o foco é a tecnologia, o reforçamento da especialização, assim como a supremacia da medicina como disciplina privilegiada na atenção clínica.

Especificamente no Brasil, a PNAB foi criada no ano 2006, considerada como “resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo” (BRASIL, 2017, p.7); a sua mais recente atualização foi feita no ano 2017, por meio da Portaria Nº 2.436 (BRASIL, 2017). Nela, é defendido o uso do termo Atenção Básica de forma sinônima ao conceito de APS, entendendo a Atenção Básica como

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.2).

Também, é reconhecida a ABS como a principal porta de entrada, ofertada de forma integral e gratuita a todas as pessoas segundo as suas necessidades e demandas através do território brasileiro, levando em consideração os seus determinantes e condicionantes da saúde. Para tanto, a PNAB se fundamenta nos princípios de universalidade, equidade e integralidade; tendo como estratégia prioritária a Estratégia Saúde de Família sem desconsiderar outras possíveis estratégias para a sua implementação (BRASIL, 2017).

A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde no ano 1994 baixo o nome de Programa Saúde da Família e é assumida pela PNAB do Ministério da Saúde como uma proposta para mudar o modelo de assistência tradicional, pelo que representa uma inovação tecnológica (Soratto *et al.*, 2015).

2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para teorizarmos sobre o processo de trabalho é necessário compreender o conceito de trabalho. Para Marx (1994), o trabalho tem uma finalidade dupla, ou seja, da transformação material assim como da valorização do capital. Um conceito filosófico que é uma contraposição à postura da economia política, a qual tende a reduzir todas as ações humanas a motivações segundo a ordem econômica, e representa um protesto contra a transformação da pessoa em um objeto, um protesto contra a sua automatização e desumanização.

Na realidade, a relação entre o trabalho e o capital, na visão de Marx (1988), promove a coisificação do mundo sob quatro aspectos:

-o primeiro, fala de como o trabalhador é estranho ao produto envolvido na sua atividade, que não pertence a ele, pertence a outro, fazendo que “quanto mais o operário se esgota no trabalho, tanto mais poderoso se torna o mundo estranho, objetivo, que ele cria perante si, mais ele se torna pobre e menos o mundo interior lhe pertence” (p.184).

-como segundo aspecto, Marx ressalta como o trabalhador se aliena em relação ao produto que surge da sua atividade, deixando de ser o trabalho uma manifestação essencial da pessoa, para ser um “trabalho forçado”, determinado pela necessidade, porque ele *per si* não é voluntário; o trabalho deixa de ser uma satisfação para ser um “meio para satisfazer necessidades externas” (p. 186).

-o terceiro aspecto explicita que, com a alienação da atividade produtiva, o trabalhador acaba alienando-se do gênero humano e perde sua humanidade, que é a única coisa que separa as funções animais do resto da vida humana.

-já o quarto aspecto retrata que a consequência imediata da alienação do trabalhador passa a ser a alienação do homem pelo homem, o que significa que um homem permanece estranho a outro homem.

Ademais, quando Marx (1994) faz referência à produção capitalista, considera que o processo de trabalho é subsumido ao capital, no qual existe um capitalista condutor da exploração do trabalho que esse trabalhador desenvolve.

Baseado nas teorias marxistas, é que surge a aplicação ao campo da saúde, especificamente definido por Mendes-Gonçalves (1992), como componentes do processo de trabalho em saúde: *atividade* (o próprio trabalho), *matéria* (à qual o trabalho é aplicado), *objeto* (de trabalho), *meios* (de trabalho), *instrumentos* (de trabalho); os anteriores elementos têm que se examinar de forma articulada e não em separado.

Outrossim, Franco e Mehry (2007) compreendem, sem contrapor tais elementos, que o processo de trabalho em saúde é centrado no “trabalho vivo em ato”, aquele que Mehry (2002) define como o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado e interage todo o tempo com instrumentos e também com as tecnologias, sem desconsiderar as relações macroeconômicas, sobretudo relacionadas às dinâmicas capitalistas, uma vez que impactam diretamente os processos de trabalho em saúde.

Ao reportarmos às tecnologias em saúde, Franco e Mehry (2007) explicitam os tipos de tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde: tecnologias leves, são as produzidas no trabalho vivo em ato; representam as relações de interação (vínculo, autonomização, acolhimento); tecnologias leve-duras, aquelas do trabalho capturado, mas com a capacidade de expressarem

trabalho vivo, permitindo a criatividade (saberes estruturados, protocolos, projetos); e as tecnologias duras, que são as que encerram o trabalho morto, resultados de outros momentos de produção, pelo que conformam saberes e fazeres estruturados e materializados, acabados e prontos (equipamentos, máquinas, estruturas organizacionais).

No sentido de destacar o trabalho vivo em ato, entendemos que no caso dos profissionais em saúde, o trabalho vivo pode vir a ser considerado como a “tecnologia leve” que implica a produção de relações intercessoras no encontro com o usuário. O trabalho morto se refere a todos aqueles produtos que estão presentes no trabalho vivo como ferramenta ou como matéria-prima, que resultam de um trabalho humano anterior.

Portanto, vemos a necessidade de uma mudança do modelo de atenção à saúde centrado no usuário. Ademais, concordamos com Mehry (2002), que é preciso trabalhar o reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leves-duras até porque as tecnologias leves poderão não ser incorporadas por algum profissional.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SEU DESENVOLVIMENTO NO BRASIL E NO MUNDO

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) na Seção II de Saúde, no artigo 196, conceitua a saúde como “...direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nessa mesma seção, os Artigos 197 e 198 especificam a relevância das ações e serviços de saúde, os quais “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, e se explicita também a responsabilidade do poder público para desenvolver funções como regular, fiscalizar e controlar.

Já ao conceituar a Promoção da Saúde, no seu livro sobre Promoção da Saúde, Czeresnia e Freitas (2009, p.21) se embassaram em Winslow (1920)¹², que entende

A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como

¹² A citação no formato *apud* foi deixada dessa forma devido à indisponibilidade de acesso ao texto original de Winslow (1920).

para o desenvolvimento de uma ‘maquinaria social’ que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde.

Porém, o termo Promoção da Saúde foi usado como uma ação da medicina pela primeira vez em 1945 pelo historiador e médico Henry Sigerist. Ele definiu as quatro ações da medicina como: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação do doente e reabilitação (GUERRERO; MORALES, 2007).

Já na década de 1960, Leavell e Clark (1977) retomam o conceito de Promoção da Saúde na sua proposta sobre a medicina preventiva, conformando especificamente uma das ações do primeiro nível de prevenção (prevenção primária), com o objetivo de ampliar a saúde e o bem-estar geral. Neste sentido, divergimos dos autores pois enquanto Promotora da Saúde, consideramos que este é um conceito muito mais abrangente que a prevenção como tal, discussão que retomamos e aprofundamos nos resultados desta pesquisa. Porém, reconhecemos como Vasconcelos e Da Costa (2014) que esta abordagem desenvolvida por Leavell e Clark representou um avanço significativo no contexto do modelo hegemônico biomédico, pois alertou aos profissionais da saúde sobre a existência e a potencialidade de outras ações que atingem determinantes ambientais e de estilo de vida.

No entanto, a Promoção da Saúde propriamente dita, há cerca de 30 anos foi conceituada oficialmente pela OMS (1986), embora seja um conceito em constante evolução. Outrossim, para Czeresnia e Freitas (2009, p. 19), a Promoção da Saúde surge “como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde”.

Todavia, desde o ano 1986 até o ano 2016, têm se realizado em diversos países do mundo Conferências sobre Promoção da Saúde, analisado no item 6 deste estudo.

O Informe Lalonde de 1974 (CANADA, 1974) é considerado a ante-sala do que veio a ser no ano 1986, a *I Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, em Ottawa, Canadá (OMS, 1986, p.1) tida como marco na história da Promoção da Saúde, ao concebê-la formalmente, como uma estratégia para

Proporcionar às pessoas os meios para melhorar a sua saúde e exercer mais controle sobre ela. Para alcançar o maior bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou se adaptar ao ambiente.

No Relatório final dessa Conferência (OMS, 1986), concebe-se que uma boa saúde é um recurso essencial para o progresso pessoal, econômico e social, assim como uma dimensão importante da qualidade de vida das pessoas, deixando claros os pré-requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade.

Foram estabelecidos sete (7) princípios da Promoção da Saúde segundo a OMS (1986) dentre os quais concepção ‘holística’ da saúde, equidade, intersetorialidade, empoderamento, participação social, ações multi-estratégicas e sustentabilidade, assim como cinco (5) áreas de ação da Promoção da Saúde, detalhadas a seguir.

A primeira área de ação implica o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis (OMS, 1986), o que implica ir além do cuidado da saúde, isto ao ser ela considerada na agenda diária pelos responsáveis de elaborar programas políticos nos diferentes setores e níveis de planejamento; o anterior é necessário para que aqueles que tomam decisões pensem nas consequências que terá na saúde tudo o que seja decidido por eles e as organizações das que formam parte; uma política de Promoção da Saúde que consiste em combinar diferentes enfoques como a legislação, as medidas fiscais, as mudanças organizativas, dentre outros, tudo isto para permitir uma maior equidade ao assegurar bens e serviços saudáveis e seguros. Em resumo, uma área de ação que tem como finalidade a opção mais saudável para a população no sentido de ser mais fácil de desenvolver pelos responsáveis do planejamento.

Já a segunda área de ação consiste na criação de ambientes favoráveis (OMS, 1986), considerando que a saúde não pode ser desvinculada de outros objetivos da sociedade, pelo que é considerado que o princípio que deveria guiar o mundo, os países, as regiões e as comunidades precisam ter o apoio recíproco para a proteção mútua dos entornos compartilhados e o meio natural, com a conservação dos recursos naturais como uma prioridade ao nível mundial; também é considerado que tanto o trabalho quanto o lazer são uma fonte de saúde para as populações. O fato como o trabalho é organizado pela sociedade poderá contribuir para que essa sociedade seja saudável. Por conseguinte, a Promoção da Saúde tanto oportuniza gerar condições de trabalho como também condições de vida que sejam seguras e agradáveis; implica também avaliar, de forma sistemática, os impactos que a tecnologia, o trabalho, a energia o urbanismo e a produção têm na

saúde, e tomar as medidas necessárias para que esses impactos sejam neutrais ou positivos, não negativos.

Como a terceira área de ação temos o fortalecimento da ação comunitária (OMS, 1986), com a participação efetiva e concreta da comunidade nos processos de definição de prioridades, tomada de decisões, elaboração e desenvolvimento das estratégias de planejamento para melhorar os níveis de saúde. Enfim, considera-se que a força principal é o poder das comunidades com o controle sobre seus próprios destinos e esforços. Contudo, o desenvolvimento da comunidade baseia-se nos recursos não só materiais, mas também pessoal, a partir do estímulo e permissão de uma independência e um apoio social para alcançar as metas.

A quarta área de ação consiste no desenvolvimento das habilidades pessoais (OMS, 1986), com o que procura-se favorecer o desenvolvimento pessoal e social, a partir da provisão de informação, de educação em saúde e do aperfeiçoamento das capacidades para a vida. Consiste, portanto, em incrementar as opções acessíveis para que a população exerça um maior controle sobre a sua própria saúde e o meio ambiente que a rodeia. Neste sentido, as pessoas precisam ser capazes de enfrentar as etapas da vida com as suas enfermidades. É uma área de ação operativa nos cenários como escolas, lares, locais de trabalho e na comunidade em geral, com participação ativa das instituições e organizações presentes na comunidade.

Finalmente, a quinta área de ação é a reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986), que passa a responsabilidade da Promoção da Saúde nos serviços sanitários aos indivíduos, grupos comunitários, profissionais da saúde, instituições e o governo. Nesta área, o setor sanitário transcende a provisão de serviços clínicos e médicos, e sua prática complementar, sendo sensível e respeitosa com as necessidades culturais dos indivíduos com uma abordagem holística. No entanto, precisam ser considerados os processos de comunicação entre as comunidades, os setores sanitários, sociais, políticos e econômicos; além da reorientação dos serviços em saúde oferecer mais atenção à pesquisa em saúde, às mudanças na educação e à formação profissional.

Os autores Zancan, Bodstein e Marcondes (2002) trazem a ‘visceral’ relação da Promoção da Saúde com os Determinantes Sociais da Saúde, pois os dois estão ligados às condições concretas da vida, num plano específico local, pois é nesse cenário que vivem as pessoas.

Já a *II Conferência Internacional de Promoção da Saúde* realizada em Adelaide, Austrália (OMS, 1988), focou-se na expansão das políticas de saúde favoráveis. A relevância dessa Conferência é ressaltada ao mencionar que uma política que promove a saúde se caracteriza pela

preocupação explícita de alcançar a saúde e a equidade em todas as áreas políticas assim como aceitar a sua responsabilidade pelos efeitos que podem ter sobre a saúde. Ademais, entendemos que o principal objetivo de uma política de saúde é a oportunidade de se criar ambientes adequados para pessoas com um estilo de vida saudável. Entretanto, tal visão precisa de vontade e forças políticas e cooperação dos governos (nacional, regional e local).

Em 1991, realizou-se a *III Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, em Sundsvall, Suécia (OMS, 1991) cujo tema defendido foi *Ambientes favoráveis para a saúde*. Nessa Conferência foram destacados quatro aspectos dos ambientes favoráveis para a saúde que incluem dimensão social, dimensão política, dimensão econômica e necessidade de reconhecer e usar habilidades e conhecimentos das mulheres. Mas, ao falarmos de ambientes saudáveis, eles necessitam integrar-se com a criação de políticas de saúde que promovam ambientes de saúde favoráveis.

A *IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde* foi realizada em Jacarta, Indonésia, em 1997 (OMS, 1997, p.3) cuja ‘contribuição’ foi a inclusão do setor privado como um parceiro nos processos de construção de saúde, estabelecendo que "mediante investimentos e ações, a Promoção da Saúde afeta os determinantes da saúde para obter o máximo benefício para a população, dar uma ajuda importante para a redução da desigualdade na saúde, assegurar o respeito pelos direitos humanos e construir capital social".

Nessa Conferência também foi firmado que as abordagens para a atenção integral à saúde contemplassem as cinco linhas de ação propostas em Ottawa com o envolvimento de intervenções ‘bem-sucedidas’, com melhores resultados comparados por exemplo, em que fosse abordado apenas um eixo. Ainda foi destacada a necessidade latente para coordenar os setores e unir esforços, bem como a criação de alianças estratégicas entre as fronteiras tradicionais dentro do setor público, entre organizações governamentais e não governamentais, e entre os setores público e privado, pois a cooperação é considerada fundamental. Enfim, a Declaração de Jakarta (OMS, 1997) incluiu cinco prioridades para a saúde para no século XXI:

- promover a responsabilidade social para a saúde,
- expandir a capacidade da comunidade e capacitar ao indivíduo,
- expandir e consolidar a formação de parcerias para a saúde,
- aumentar o investimento no desenvolvimento da saúde,

-garantir a infraestrutura necessária para a promoção da saúde.

No mesmo ano, Buss (2009, p.23) destaca o estudo de Gutierrez (1997, p.117), ao conceituar a Promoção da Saúde como

O conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

Já a *V Conferência Internacional de Promoção da Saúde* aconteceu no México (OMS, 2000b), tratou de resgatar alguns itens discutidos anteriormente em outras Conferências. No entanto, a particularidade dessa Conferência trouxe outros objetivos, explicitados a seguir:

- ilustrar o impacto da promoção da saúde na saúde e qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
- obter a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e agências locais;
- incentivar a formação de parcerias para a saúde em todos os setores e em todos os níveis da sociedade.

Entre as muitas questões técnicas abordadas na V Conferência, foi reforçada a necessidade de integrar a Promoção da Saúde no processo de prestação de saúde e incorporar seus princípios na gestão dos serviços de saúde, uma visão inovadora de serviços de saúde. Enfim, a V Conferência resumiu a importância dos determinantes sociais da saúde, e salientou que a Promoção da Saúde pode-se considerar uma disciplina que é integradora, que usa um processo sistemático para reunir diferentes perspectivas disciplinares. Para tanto entendemos a necessidade da articulação de um trabalho coordenado e com alianças estratégicas numa abordagem interdisciplinar.

Após dois anos da V Conferência, em 2002 o Chile foi o primeiro país a organizar o *Foro de Promoção da Saúde das Américas* (OMS, 2002), o que resultou na assinatura de 11 acordos em questões de Promoção da Saúde para os países participantes, tais quais:

- 1 Reforçar significativamente as estruturas políticas e legais necessárias.
- 2 Desenvolver planos de ação nacionais para a promoção da saúde em conjunto com os setores público, privados e da sociedade civil.

- 3 Implementar planos de ação nacionais com metas e objetivos de saúde para promover e proteger a saúde da população, especialmente os grupos mais vulneráveis.
- 4 Promover o desenvolvimento da promoção de planos de saúde sub-regional, com objetivos e metas de acordo com as áreas prioritárias de interesse comum entre os países.
- 5 Estabelecer políticas públicas saudáveis que promovam a qualidade de vida e desenvolvimento social para além do sector da saúde.
- 6 Incorporar a promoção da saúde como um componente central no processo de reforma do sector da saúde e como elemento fundamental na reorientação dos sistemas e serviços de saúde.
- 7 Fortalecer a relação entre política e ação nacional a nível local.
- 8 Implementar planos locais de ação com metas e objetivos da saúde, fortalecendo a estratégia de municípios e comunidades saudáveis, alimentação saudável e atividade física, prevenção da violência e acidentes, bem como a promoção e proteção dos direitos humanos.
- 9 Reforçar a capacidade de gestão municipal para formar comités setoriais, desenvolver planos de ação e implementar estratégias para promover a saúde a curto e longo prazo.
- 10 Esforçar-se para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população das Américas, tendo em conta as disposições das metas do Milênio das Nações Unidas e as metas do Plano Estratégico 2003-07 da OPAS/OMS.
- 11 Reforçar ou desenvolver a vigilância, monitorização e avaliação dos diferentes planos, processos e estratégias de promoção da saúde a nível sub-regional, nacional e local.

Podemos notar em um dos documentos desse Foro sobre Promoção da Saúde que o debate focou-se nas possibilidades de abordagens de várias das áreas de Promoção da Saúde de uma forma geral, sem aprofundar nas estratégias para alcançar as 11 diretrizes propostas.

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, Tailândia (OMS, 2005), foi centrada na afirmação de que capacitar as comunidades e melhorar a saúde e igualdade necessitam ocupar um lugar importante no desenvolvimento global e, especialmente, no nível nacional, referindo-se a Promoção da Saúde com base em um direito humano fundamental, o que pode refletir um conceito positivo e inclusivo de saúde, ao enfatizá-la [a Promoção da Saúde] como uma função essencial na saúde pública.

Realizada em Nairobi, Quênia, a *VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde* (OMS, 2009) teve como alguns dos seus objetivos identificar estratégias e compromissos urgentes necessários para programar a Promoção da Saúde, assim como definir uma série de responsabilidades em matéria da saúde no sentido de fortalecer a liderança e a força de trabalho; posicionar a Promoção da Saúde; capacitar às comunidades e indivíduos; melhorar os processos de participação e construir e aplicar o conhecimento em saúde.

Em 2013, foi realizada em Helsinque, Finlândia, a *VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde* (OMS, 2013), abordando a questão da saúde em todas as políticas. Nessa Conferência foi definida uma política pública em todos os setores, levando-se em conta as implicações para a saúde de todas as decisões, a busca das sinergias e evitar impactos adversos para a saúde, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. Tal abordagem é baseada nos direitos e obrigações relativos à saúde, considerando os resultados como uma maior responsabilização dos responsáveis por políticas públicas para o impacto na saúde (em todos os níveis da formulação políticas); ênfase sobre o impacto das políticas públicas sobre sistemas de saúde, determinantes da saúde e do bem-estar e, por fim, uma contribuição para o desenvolvimento sustentável.

Em 2016, foi realizada em Xangai a *IX Conferência Mundial de Promoção da Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* (OMS, 2016), reconhecendo a saúde e o bem-estar como fundamentais para o desenvolvimento saudável; também, reafirmou que teria que se investir em saúde e garantir a cobertura sanitária universal e reduzir as desigualdades em saúde entre as pessoas de todas as faixas etárias. Uma Conferência que foi importante ao reconhecer que poderá se promover a saúde a partir do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, mas é necessária a participação ativa da sociedade na sua totalidade nos processos de desenvolvimento sanitário.

Na IX Conferência (OMS, 2016, p.1), é lembrada que

As estratégias transformadoras, práticas de alto impacto e baseadas em dados como evidências que foram desenvolvidos após a adoção da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde servem-nos de guia [...] continuam a ser relevantes.

Por conseguinte, “isto implica a necessidade de uma ação decisiva em todos os determinantes da saúde, empoderar as pessoas para terem mais controle sobre sua saúde e garantir

que os sistemas de saúde estejam centrados nas pessoas” (OMS, 2016, p.1). Nessa Conferência também são ressaltadas várias temáticas relevantes para pensar como nortear o agir em saúde, resumidos a seguir:

- 1 Decisão Política: requer ação política em vários setores e regiões assim como de uma ação coletiva mundial, pois a saúde das populações não está desligada da saúde do planeta, e são muitas as desigualdades sanitárias e as forças comerciais que atua contra a saúde.
- 2 Boa governança: os governos têm responsabilidade tanto no nível nacional, como nos níveis local e mundial em relação à produção e ao consumo não sustentáveis. Contudo, têm que fortalecer as políticas econômicas que atualmente ocasionam desemprego e condições pouco seguras; também, têm que estimular os empresários para que apliquem boa governança corporativa, pois os benefícios comerciais não podem estar acima da saúde das pessoas.
- 3 Entornos Saudáveis: a saúde é um dos indicadores mais eficazes de que uma cidade experimenta um desenvolvimento saudável, e de que ela inclui ambientes inclusivos, seguros e resilientes; para isso, tem que se combater a migração rápida das zonas rurais, o deslocamento da população mundial, a estagnação econômica, o desemprego elevado e a pobreza, bem como a degradação ambiental e a poluição.
- 4 Empoderamento: o conhecimento em saúde empodera as pessoas e facilita a sua participação em iniciativas em Promoção da Saúde. Os conhecimentos em saúde estão baseados no acesso inclusivo e equitativo à educação de qualidade e à aprendizagem ao longo da vida.

Nessa Conferência seu objetivo foi trazer de forma práticas dicas sobre o ‘como fazer’ em Promoção da Saúde, que ultrapassam a descrição dos princípios para chegar a identificação das possíveis metas e ações concretas para agir.

Enfim, a *Declaração de Xangai sobre Promoção da Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* (OMS, 2016) reconhece que a saúde é uma opção política, e que é necessário combater os interesses que causam algum prejuízo para a saúde e o empoderamento das pessoas. Portanto, remarcar a Promoção da Saúde requer ação coordenada de líderes políticos de todos os setores e níveis de governança, do setor privado e da sociedade civil. Contudo, para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) através da Promoção da Saúde, é necessário compromisso político e financiamento destinado especificamente para esse fim.

Para tanto apresentamos o Quadro 5 sobre os Relatórios das Conferências Internacionais em Promoção da Saúde desde o ano 1986 até o 2016 destacando os locais das conferências e a relação dos temas defendidos nelas com as cinco áreas de ação da PS.

Quadro 3 Síntese das 10 Conferências sobre Promoção da Saúde 1986-2016, mar. 2017.

Nº	Tipo	Ano	Local	Temas Defendidos	Áreas de Ação
1	I Conf. Mund.	1986	Ottawa/ Canadá	-Conceito de Promoção da Saúde. -Importância da saúde ao nível individual, econômico e social. -Pré-requisitos para a saúde (paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade). -Definição das áreas de ação da Promoção da Saúde.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Fortalecimento da ação comunitária. -Desenvolvimento das habilidades pessoais. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Conceitualização do que implica cada uma das áreas de ação mencionadas).</i>
2	II Conf. Mund.	1988	Adelaide/ Austrália.	-Desenvolvimento social, econômico e ambiental. -Ações governamentais coordenadas. -Saúde em Todas as Políticas e seus fatores ligados. -Novo papel para o setor saúde.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.
3	III Conf. Mund.	1991	Sundsvall/ Suécia.	-Quatro vertentes dos ambientes favoráveis: dimensão social, dimensão política, dimensão econômica e reconhecimento e utilização das capacidades e saberes das mulheres. -Propostas para a ação (equidade como prioridade para criação dos ambientes favoráveis e a interdependência de todos os seres vivos e gerência de todos os recursos naturais para o futuro). -Fortalecimento da ação social. -Perspectiva e Responsabilização Globais.	-Criação de ambientes favoráveis.
4	IV Conf. Mund.	1997	Jacarta/ Indonésia.	-Promoção da Saúde como investimento valioso. -Prioridades para a Promoção da Saúde no século XXI (promover a responsabilidade social, aumentar os investimentos para promover a saúde, consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar voz ao indivíduo, e finalmente assegurar uma infraestrutura para a Promoção da Saúde). -Recomendações para a ação.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Fortalecimento da ação comunitária. -Desenvolvimento das habilidades pessoais. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Todas as áreas de ação sendo mencionadas de um modo geral).</i>

Quadro 3 Síntese das 10 Conferências sobre Promoção da Saúde 1986-2016, mar. 2017.

Nº	Tipo	Ano	Local	Temas Defendidos	Áreas de Ação
5	V Conf. Mund.	2000	México DF/ México.	-Reconhecimento de: o alto nível de saúde como fator importante para o desenvolvimento social, econômico e a equidade; a PS como dever e responsabilidade dos governos e todos os setores das sociedades; melhoria significativa da saúde em vários países pelas melhorias nos anos recentes; a persistência de muitos problemas em saúde que têm que ser atendidos com urgência; novas doenças e ré emergentes ameaçam os avanços recentes em tema de saúde; a necessidade urgente de abordar os determinantes sócias, econômicos e ambientais da saúde; a Promoção da Saúde como fator fundamental das políticas e programas públicos em todos os países; a eficácia das estratégias em Promoção da Saúde.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Sendo estas mencionadas de um modo geral).</i>
6	I Foro de Amér.	2002	Santiago/ Chile	Concordou-se em desenvolver as seguintes ações concretas para o desenvolvimento das estratégias em PS: marcos políticos e jurídicos; planificação nacional com todos os setores, com financiamento e infraestrutura estável; planos nacionais para os mais vulneráveis; planos sub-regionais; políticas públicas saudáveis; reforma do setor saúde; reforçar relação dos planos nacionais com os locais; municípios e comunidades saudáveis; gestão municipal para a ação intersetorial; melhorar a saúde e qualidade de vida considerando as metas do milênio da ONU; e finalmente a vigilância, o seguimento e a avaliação dos planos, processos e estratégias de PS em todos os níveis.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Fortalecimento da ação comunitária. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Sendo estas mencionadas de um modo geral).</i>
7	VI Conf. Mund.	2005	Bangkok/ Tailândia.	-Apontando para os DSS (contexto em mudança, fatores críticos, novas oportunidades e coerência política). -Estratégias para a Promoção da Saúde no mundo globalizado (intervenções efetivas e ações requeridas). -Compromissos com a Saúde para Todos (racionalidade, compromissos chave para tornar a PS: central para a agenda global de desenvolvimento, uma responsabilidade central dos governos, um foco chave para as comunidades e a sociedade civil e uma exigência para a boa prática corporativa). -O empenho para fazer a PS acontecer.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Fortalecimento da ação comunitária. -Desenvolvimento das habilidades pessoais. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Todas as áreas de ação sendo mencionadas de um modo geral).</i>

Quadro 3 Síntese das 10 Conferências sobre Promoção da Saúde 1986-2016, mar. 2017.

Nº	Tipo	Ano	Local	Temas Defendidos	Áreas de Ação
8	VII Conf. Mund.	2009	Nairobi/ Kenya.	-Compromisso Global: utilizar o potencial da PS, integrar os princípios da PS nas políticas e na agenda de desenvolvimento e desenvolver mecanismos de entrega efetivos e sustentáveis. -Estratégias e Ações: construir a capacidade para a PS, fortalecer os sistemas de saúde, parcerias e ação intersectorial, empoderamento comunitário, aprendizagem-conhecimento e práticas em saúde.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Fortalecimento da ação comunitária. -Desenvolvimento das habilidades pessoais. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Todas as áreas de ação sendo mencionadas de um modo geral).</i>
9	VIII Conf. Mund.	2013	Helsinque/ Finlândia.	-Saúde em todas as políticas. -Chamada à ação aos governos: se comprometerem com a saúde e equidade em saúde como prioridade política, garantir estruturas, processos e fontes efetivas, fortalecer a capacidade dos ministérios de saúde para se comprometer com outros setores, construir capacidade e habilidades institucionais, adotar auditorias transparentes e mecanismos de rendição de contas, estabelecer medidas para o conflito de interesses e incluir às comunidades, aos movimentos sociais e à sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitoramento da Saúde em Todas as Políticas.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Fortalecimento da ação comunitária. -Desenvolvimento das habilidades pessoais. -Reorientação dos serviços de saúde. <i>(Todas as áreas de ação sendo mencionadas de um modo geral).</i>
10	IX Conf. Mund.	2016	Xangai/ China.	-PS a través do cumprimento dos ODS. -Guias para o agir em saúde: decisão política, boa governança, entornos saudáveis e empoderamento.	-Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. -Criação de ambientes favoráveis. -Desenvolvimento das habilidades pessoais. <i>(Sendo estas mencionadas de um modo geral).</i>

Especificamente no contexto brasileiro, o Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (BRASIL, 2009, p.18), explicita que “o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria”. Também, Pasche e Hennington (2006) ressaltam que a Promoção da Saúde tenta intervir nos determinantes sociais da saúde e agir segundo processos intersectoriais, enquanto faz uma crítica ao modelo biomédico, para o qual propõe estratégias para a reorientação dos modelos de atenção à saúde.

No Brasil, a mais recente Política Nacional em Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2010) resgatou a agenda de compromissos pela saúde realizada no ano 2005, na qual são abordados três eixos principais: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto em Defesa da Vida destaca-se a relevância da Promoção da Saúde, na qual a política procura ampliar e qualificar as diferentes ações em Promoção da Saúde dentro do SUS, de uma forma que seja tanto transversal como articulada com os outros setores e organizações da sociedade civil, tudo isto com a finalidade de acabar com a fragmentação recorrente na abordagem dos processos de saúde e adoecimento.

Cabe salientar que a criação da PNPS responde a uma série de acontecimentos no Brasil e na América Latina, criando assim a necessidade de estabelecer estratégias e compromissos para a melhoria da saúde da população (FIGUEIREDO; MARTINS, 2016). A confirmação desta iniciativa aconteceu quando foi realizado no Ceará, Brasil, o *I Fórum Brasileiro de Cidades Saudáveis* em 1988, no qual foi lançada a *Rede Brasileira de Municípios Saudáveis*. Anos depois, em 1991, o Ministério de Saúde criou o *Programa de Agentes Comunitários em Saúde*; no ano 1992 foi lançado o *Programa Saúde da Família*; em 1998 foi criado o programa nacional *Assistência Preparatória: o novo modelo de atenção e a Promoção da Saúde*, seguidos por vários eventos focados na Promoção da Saúde nos anos 2000.

Atualmente, como objetivo geral da PNPS encontramos “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010, p. 17), o qual se desdobra em 12 objetivos específicos:

- incorporar ações de Promoção da Saúde com ênfase na APS,
- trabalhar a autonomia e a corresponsabilidade tanto individual e coletiva,
- promover o conceito ampliado de saúde,
- melhorar a resolubilidade do sistema,
- estimular alternativas inovadoras e inclusivas,
- valorizar e otimizar o uso dos espaços para o desenvolvimento de ações de PS,
- preservar e promover ambientes saudáveis,
- gestão de políticas públicas focadas na qualidade de vida,
- ampliar os processos de integração social,

- prevenir fatores de riscos de doenças e agravos,
- estimular a adoção de uma cultura de paz e valorizar,
- ampliar a inter-setorialidade.

Para atingir tais objetivos foram definidas seis (6) diretrizes que norteiam a PNPS (BRASIL, 2010, p.19): reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; estimular as ações inter-setoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário; promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação inter-setoriais; incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; divulgar e informar as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Também, na PNPS (BRASIL, 2010, p.20) são descritas 13 estratégias de implementação, as quais foram preconizadas segundo as três esferas de gestão do SUS- Ministério da Saúde (federal, estadual e municipal), apresentadas a seguir

- Estruturação e fortalecimento das ações de Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil.
- Estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo.
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de Promoção da Saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde.
- Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à Promoção da Saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- Apoio a Estados e Municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.

- Apoio à criação de Observatórios de Experiências Locais referentes à Promoção da Saúde
- Estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis.
- Criação e divulgação da Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde
- Inclusão das ações de Promoção da Saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS.
- Inclusão da saúde e de seus múltiplos determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário (planos diretores, agendas 21 locais, dentre outros).
- Estímulo à articulação entre Municípios, Estados e Governo Federal valorizando e potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da Promoção da Saúde.
- Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de Promoção da Saúde.
- Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde as ações de Promoção da Saúde estejam integradas ao serviço público saúde.

Finalmente, na PNPS são descritas oito (8) ações específicas que concretizam a aplicação das ações nos setores de saúde (BRASIL, 2010, p.29), das quais citamos algumas a continuação.

- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Alimentação saudável.
- Prática corporal/atividade física.
- Prevenção e controle do tabagismo.
- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

-Promoção do desenvolvimento sustentável.

Consideramos que no cenário brasileiro, ainda quando desde a PNAB e especificamente, desde a PNPS, é estimulada a prática da Promoção da Saúde no contexto na APS, ela pode se manter como uma prática que não representa um protagonismo real e cotidiano no serviço, diante da potencialidade que ela tem no agir em saúde.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia é fundamental no processo de definição de toda pesquisa e por isso que diversos autores têm se posicionado a respeito, dentre eles Minayo (2010), ao conceituar a metodologia como o caminho seguido pelo pensamento à realidade colocada em prática, orientado na vivência, fazendo uso de técnicas e instrumentos, que, em conjunto, possam permitir uma proximidade com o objeto de estudo de qualquer pesquisa.

Destacamos assim que o caminho instrumental atribui qualidade formal na produção do conhecimento, pois, oportuniza a garantia de critérios científicos como ética, coerência, perfectibilidade, consistência, sistematicidade e criatividade na construção do novo conhecimento gerado a partir desta pesquisa (NASCIMENTO, 2010).

Por conseguinte, apresentamos o caminho que foi realizado nesta pesquisa, descrevendo aspectos medulares como o tipo do estudo, os cenários da pesquisa, as técnicas e instrumentos para o processo da coleta dos dados, o método de análise dos dados e, finalmente, os aspectos éticos e legais da pesquisa.

3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Estudo **qualitativo** do tipo revisão integrativa, na perspectiva **crítico analítica**. A escolha de tal abordagem nos permitiu a discutibilidade, a relativização, a intersubjetividade, como também o desenvolvimento da criticidade, as quais são, segundo Nascimento (2010), necessárias para a consecução de resultados de relevância social, geradores de processos emancipatórios.

A **Revisão Integrativa**, segundo Souza, Dias da Silva e Carvalho (2010) surge como uma metodologia para fazer uma síntese de um conhecimento, permitindo também a aplicabilidade dos resultados desses estudos nas práticas em saúde. A relevância do método é destacada mediante a quantidade de informações e produções na área da saúde por possibilitar a delimitação de aspectos metodológicos como também ajudar que os profissionais da saúde possam utilizar efetivamente as evidências encontradas em diversos estudos.

A ênfase dada por Whitemore e Knafl (2005) sobre a Revisão Integrativa destaca o seu potencial para criar ciência, para fazer investigação, para melhorar a prática e para originar e sustentar iniciativas na área das políticas; uma revisão integrativa competente poderá trazer uma contribuição à ciência. Segundo as autoras, nos anos mais recentes tem se visibilizado a relevância de estudos de revisão de documentos em geral, o que tem contribuído para que eles sejam cada dia mais rigorosos. Além do mais, reforçam que é um método gerador de panoramas consistentes para chegar a uma compreensão de conceitos complexos e situações de saúde.

A Revisão Integrativa como método de pesquisa, para Baldini e outros (2014, p.336), é considerada um “tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos”.

De forma clara, simples e objetiva, Botelho, Cunha e Macedo (2011, p.133) conceituam a Revisão Integrativa como “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado”.

3.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO: etapas da pesquisa

No sentido de detalhar o processo de construção da Revisão Integrativa, apresentamos a Figura 1, descrita por Rodrigues Moreira (2014, p.6) no *Manual de Revisão Bibliográfica Integrativa*, revista por Botelho, Cunha e Macedo (2011) com as etapas inicialmente definidas por Jackson (1980).

Nesta Figura 1, apresentamos as seis (6) etapas da pesquisa, porém Botelho, Cunha e Macedo (2011) defendem ainda uma etapa prévia, chamada de etapa zero, com o objetivo de despertar nos pesquisadores um espírito de investigação na prática em saúde, repensando também as possíveis barreiras para a realização e desenvolvimento da pesquisa.

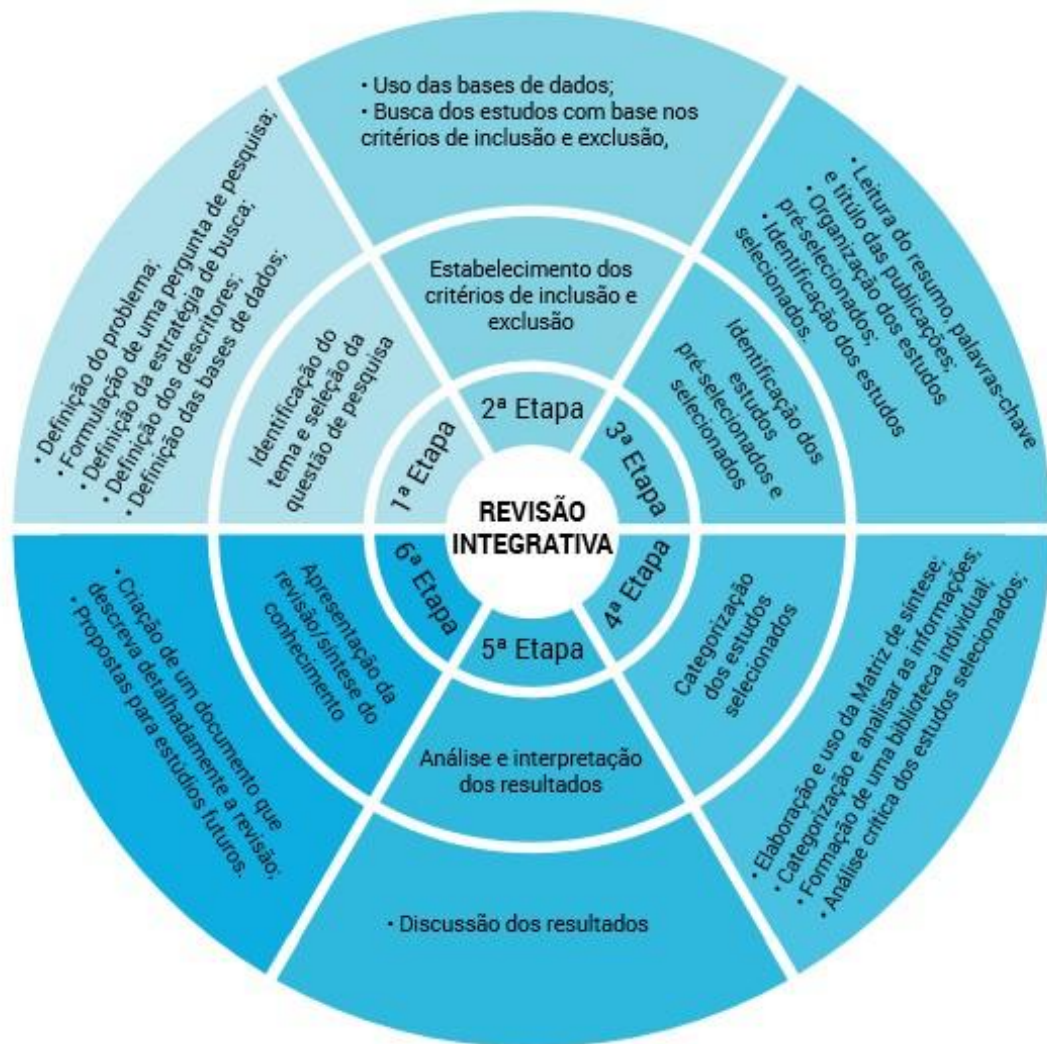


Figura 1 Etapas da Revisão Integrativa.

Fonte: BOTELHO; CUNHA; MACEDO (2011, p.129).

A partir da Figura 1, descrevemos como foi desenvolvida cada uma das etapas no processo de construção desta pesquisa.

Para tanto, resgatamos o nosso caminho percorrido durante a Revisão Integrativa, sintetizando o processo metodológico deste estudo, seguindo o modelo das seis etapas da Revisão Integrativa proposto por Botelho, Cunha e Macedo (2011), ilustrado mais claramente na Figura 2.

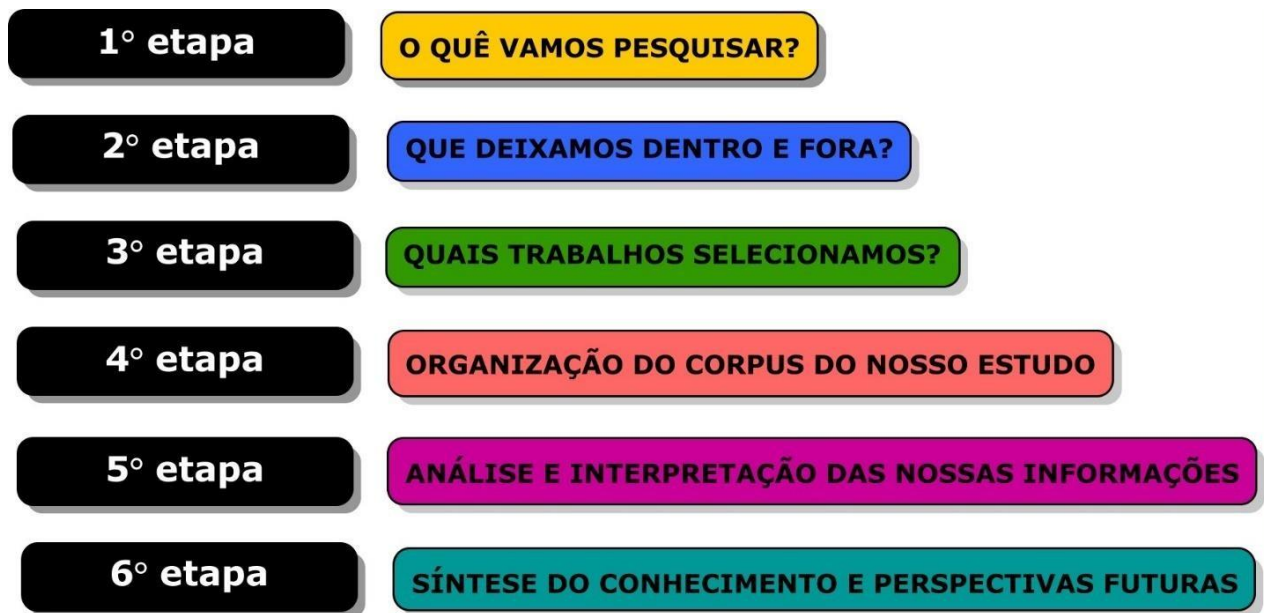


Figura 2 Etapas do processo da Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.2.1 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA: o quê vamos pesquisar?

Na Primeira Etapa identificamos a temática a pesquisar e recortamos o objeto de estudo, a partir da definição do problema de pesquisa. Neste caso, o nosso **objeto** de estudo são as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde. Ainda quando as questões de investigação foram delimitadas previamente, foi importante trazer de novo as mesmas para serem refletidas por conta da coerência e da conexão que deve existir ao definirmos os critérios para a busca, considerando-se as **questões** desta pesquisa apresentadas a seguir:

- 1 Como é concebida a prática da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?
- 2 Como vêm sendo desenvolvidas as práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?
- 3 Como estão sendo implementadas as áreas de ação estabelecidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo?

Concomitantemente a esse processo, definimos também as **estratégias de busca** das produções científicas publicadas no período de janeiro de 2006 a julho 2017, tendo como cenário o Brasil e outros países, deixando a busca aberta a artigos dos cinco dos continentes (América, Europa, África, Ásia e Oceania) para assim, ter uma visão global de como estão se desenvolvendo as práticas em Promoção da Saúde em diversas latitudes do globo numa abordagem da APS.

Para a nossa pesquisa, definimos inicialmente três **descritores** em inglês, por esta ser considerada uma língua *standar* na publicação de trabalhos científicos, e porque, geralmente os artigos (independentemente da língua de publicação) incluem um *abstract* com palavras chave em inglês também. Os descritores foram *health promotion* (promoção da saúde), *primary health care* (atenção primária à saúde) e *practice* (prática).

Na busca das produções científicas a serem analisadas, utilizamos somente artigos publicados em revistas científicas, divulgadas nas **bases de dados**: Biblioteca Virtual em Saúde BVS (BIREME), *Academic Search Premier* (EBSCO), *Medline-Pubmed*, SciELO Cuba, *Science Direct* (El Sevier), SciELO.org, *SCOPUS* (El Sevier), *Medline Complete* (EBSCO) e *Web of Science-Coleção Principal*. Para a busca inicial utilizamos o operador booleano *AND* para relacionar os descritores procurados. Apresentamos na Figura 3, a síntese da etapa 1 desta Revisão Integrativa.

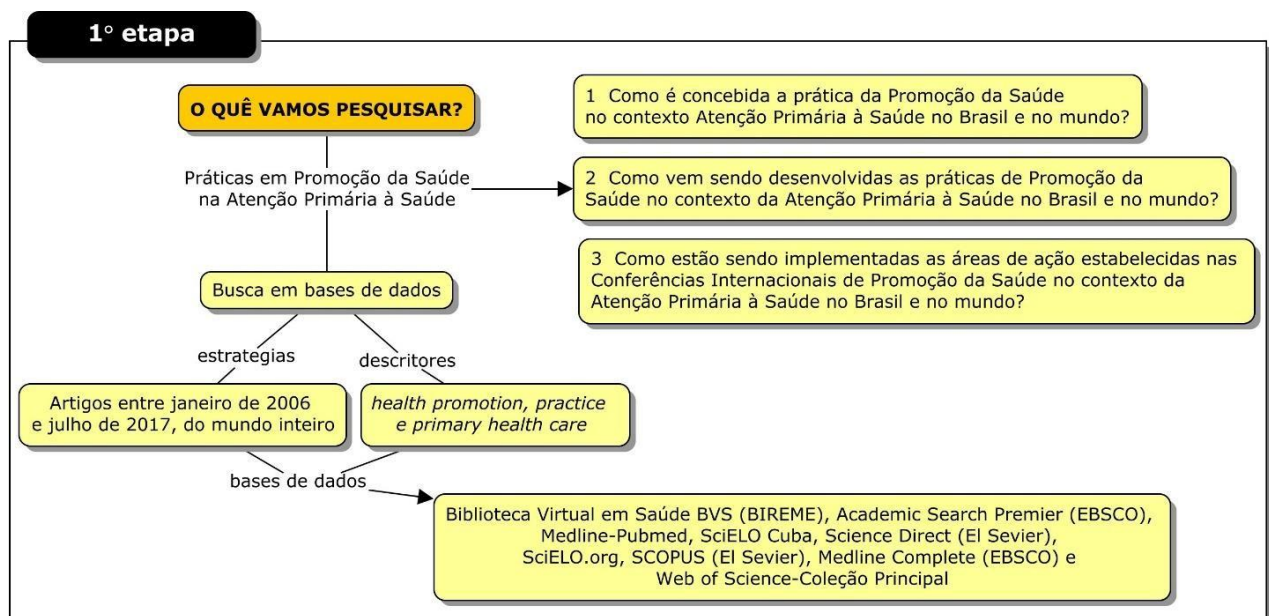


Figura 3 Etapa 1 Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.2.2 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA: que deixamos dentro e fora?

Utilizando a definição especificada anteriormente, fomos para as bases de dados e fizemos uma busca inicial nelas. Ao colocarmos os três descritores, obtivemos 106 resultados, o qual limitou o material para trabalhar a análise após a preseleção e a seleção. Por isso, decidimos excluir o descritor *primary health care* para abranger os resultados, mantendo-o como critério de inclusão na fase de pré-seleção.

Como resultado da busca anterior, obtivemos 791 artigos, os quais reduziram a 616 ao limitarmos a aqueles artigos com condição de *peer review*. Para tanto, criamos **critérios de inclusão** para a definição do grupo de artigos mais refinados, considerados para a nossa pré-seleção, dentre eles:

- trabalhos científicos publicados na modalidade de artigos,
- artigos em qualquer língua,
- artigos publicados em revistas científicas com condição de *peer review*,
- artigos publicados no período do ano janeiro 2006- julho 2017,
- artigos com metodologia quantitativa, qualitativa ou quanti-qualitativa/quali-quantitativa,
- artigos pertencentes aos cinco (5) continentes (Europa, Asia, África, América e Oceania),
- artigos publicados em revistas na área de Saúde Pública-Saúde Coletiva-Saúde Comunitária.

Apresentamos na Figura 4, a síntese da etapa 2 desta Revisão Integrativa, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão.

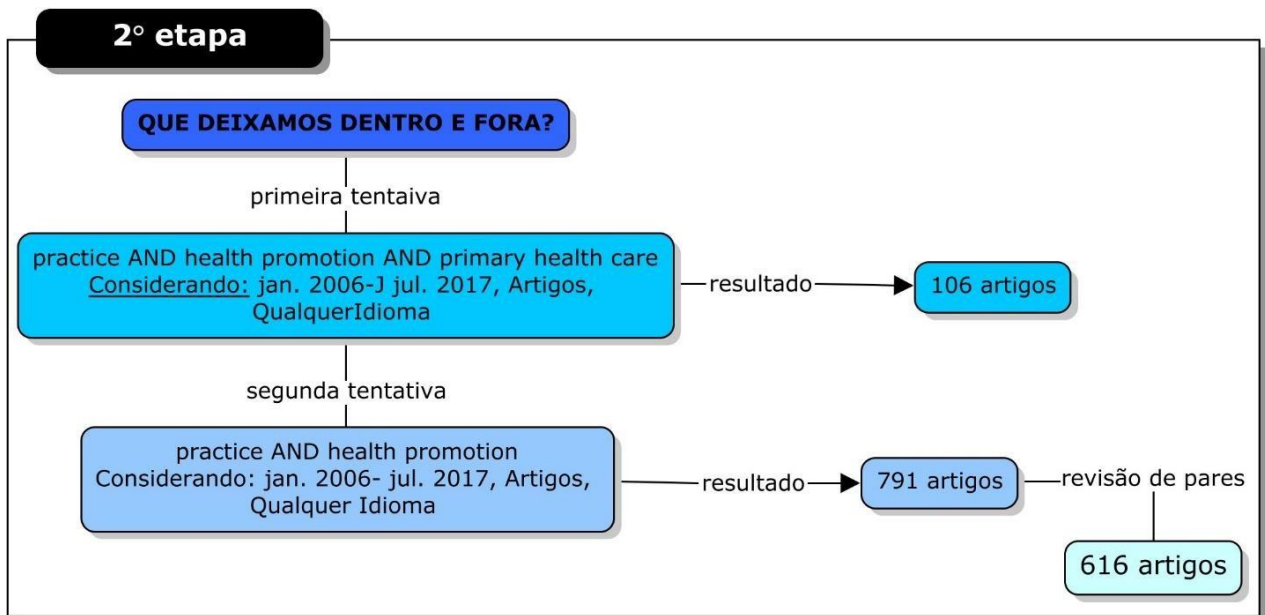


Figura 4 Etapa 2 Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.2.3 TERCEIRA ETAPA DA PESQUISA: quais trabalhos selecionamos?

Já na terceira etapa, partimos dos 616 artigos obtidos para realizar um outro filtro a partir da leitura do título e resumo, tentando incluir aqueles trabalhos com a Atenção Primária à Saúde como cenário, sempre atenta à pertinência do título com os descritores, pois muitos dos trabalhos eram focados em ensaios clínicos, os quais não se adequavam à Promoção da Saúde propriamente dita (mesmo tendo sido resultado na busca dos mesmos descritores citados anteriormente). Salientamos que os 616 artigos que resultaram da nossa busca foram de três (3) bases de dados: 588 de EBSCO, 23 de SciELO.org e 5 de SciELO Cuba.

A partir da leitura desses artigos, obtivemos 67 artigos considerados **pre-selecionados**, nos quais foram lidos mais uma vez os resumos, palavras-chave e título, colocando uma maior atenção ao nosso objeto de estudo (Práticas em Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde). Os 67 artigos foram sistematizados no Apêndice B, no qual, após a leitura desses elementos, foi determinada a sua condição de estudo incluído ou excluído.

Assim, conseguimos filtrar 18 artigos **selecionados**, os quais foram considerados o **corpus do estudo** para a análise em profundidade. Para a organização dos artigos selecionados, elaboramos

um quadro-roteiro que foi preenchido com as informações de cada uma das produções científicas o qual se apresenta no item 4, sobre a contextualização do *corpus* do estudo. Apresentamos a continuação a Figura 5, com a síntese da etapa 3 desta Revisão Integrativa.

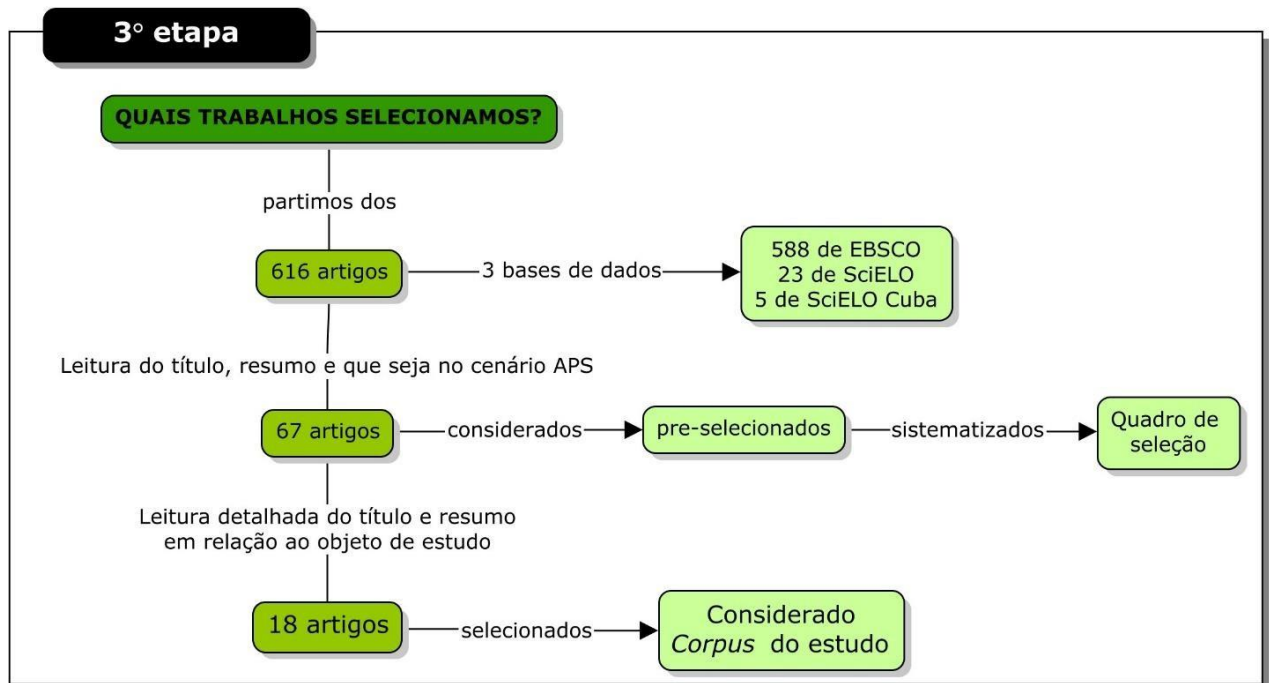


Figura 5 Etapa 3 Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.2.4 QUARTA ETAPA DA PESQUISA: organização do *corpus* do estudo

Na quarta etapa, realizamos leituras aprofundadas (flutuantes e exaustivas) das 18 produções científicas com a finalidade de encontrar as informações relevantes para o nosso estudo, tendo na oportunidade elaborado uma matriz com as sínteses dos estudos, destacando-se os aspectos como referência completa do estudo, o continente e o país do estudo, assim como os aspectos metodológicos: o cenário e participantes, o objetivo, o tipo de estudo, as técnicas de coleta e/ou os instrumentos de coleta utilizados, o método de análise e os principais resultados e-ou considerações finais, ressaltado no Quadro 5 inserido no item 4.

Durante as leituras, identificamos outras informações relativas as três categorias teóricas iniciais, em conexão com as questões de estudo: sentidos e significados da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no mundo, processo de trabalho da Promoção da Saúde

Os Quadros 3 e 4 preenchidos são apresentados nos Apêndices C, sobre as áreas de ação em Promoção da Saúde e nos Apêndices D e E, sobre os elementos do processo de trabalho, divididos em duas matrizes para facilitar a apresentação neste documento.

Apresentamos a continuação a Figura 6, com a síntese da etapa 4 desenvolvida nesta Revisão Integrativa.

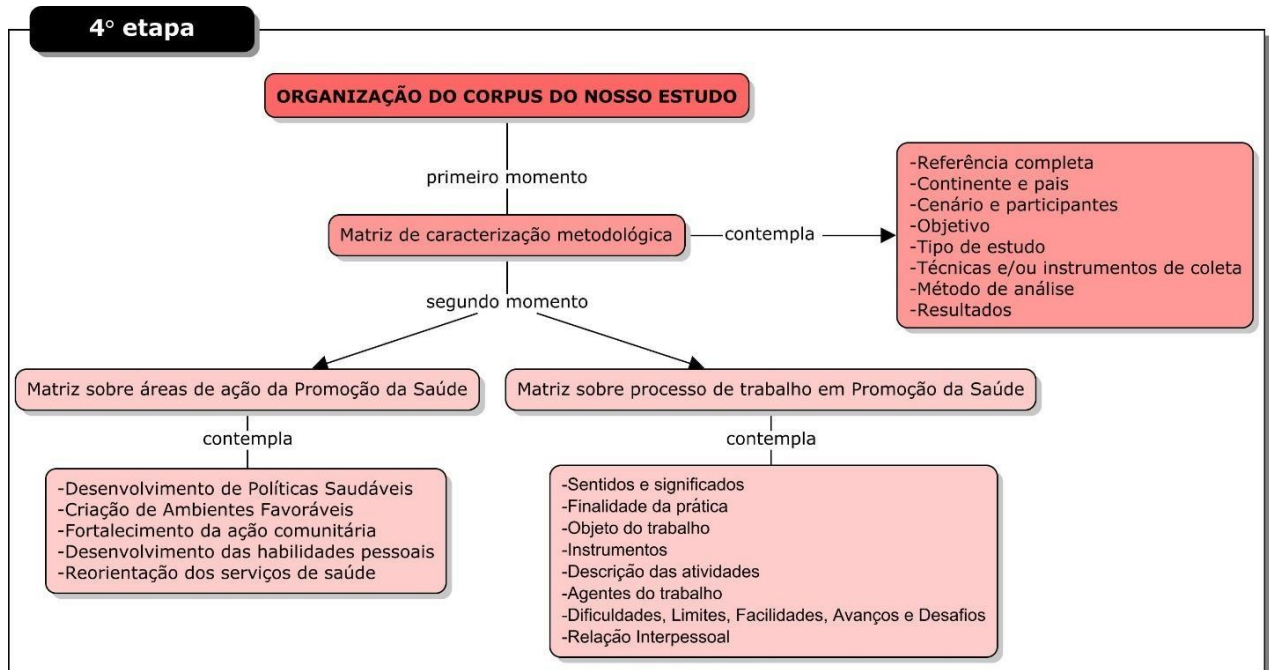


Figura 6 Etapa 4 Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.2.5 QUINTA ETAPA DA PESQUISA: análise e interpretação das nossas informações

Para analisarmos os dados coletados utilizamos o método de análise Hermenêutico-Dialética. Na oportunidade apresentamos brevemente ambos os conceitos separadamente, articulando-os posteriormente como método de análise de dados.

Segundo Minayo (2010, p.328) “a Hermenêutica funda-se na compreensão”, ocupa-se da arte de conseguir compreender textos (entendendo texto no sentido amplo de narrativas, entrevistas, documentos, artigos e outros):

[...] na abordagem hermenêutica, a unidade temporal é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar ao entendimento (nunca completo e nunca total), ou intransparente, levando a um impasse na comunicação (MINAYO, 2010, p.328-329).

A Dialética “colabora para o entendimento de que não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto, portanto, não há nem ideias, nem instituições nem categorias estáticas” (MINAYO, 2010, p. 340). Dando sequência a tais ideias a autora concebe que a Hermenêutica e a Dialética “se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais, e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde e doença” (p.350).

Assim, ao utilizarmos tal método de análise de dados, nos embasaremos no referencial de Minayo (2006) revisitado por Assis e Jorge (2010), seguindo o seguinte processo de análise:

- Ordenação dos dados: nesse ponto, partimos da categorização feita na quarta etapa; após tal categorização dos documentos e das informações neles, fizemos uma nova leitura para tomarmos conhecimento e apreendermos sobre cada informação pertinente ao estudo.
- Classificação dos dados: em seguida, realizamos leituras flutuantes e exaustivas, quando identificamos os núcleos de sentido e em seguida, fizemos o agrupamento, tendo-se elaborado as categorias empíricas.
- Análise final dos dados: envolveu a leitura horizontal e vertical dos artigos, a leitura transversal com a identificação das convergências, divergências, complementariedades e diferenças.

Na análise destes documentos, levamos em consideração questões como a concepção da PS no contexto da APS, suas práticas no Brasil e no mundo, a partir dos elementos do processo de trabalho, considerando especificamente áreas de ação da PS do Quadro 5, representadas na Figura 7, a seguir:

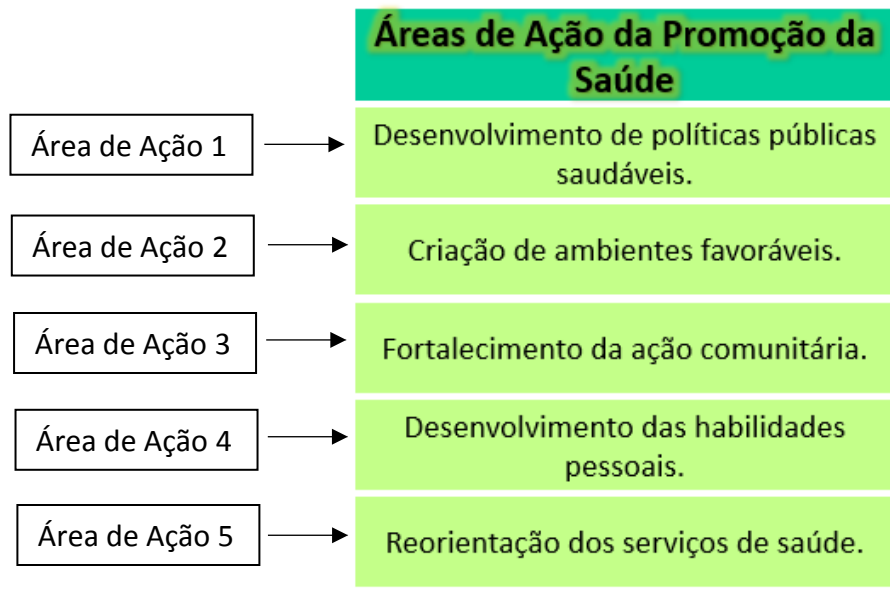


Figura 7 Áreas de Ação da Promoção da Saúde.

Neste processo, procuramos ter conhecimento e certo grau de domínio dos diferentes documentos utilizados, para posterior discussão. A articulação das informações presentes nos artigos, ao identificarmos as convergências, divergências, complementariedades e diferenças, assim como o confronto destas com os Relatórios das Conferências Internacionais em Promoção da Saúde, articulados a outras produções científicas como livros e artigos conformaram a nossa discussão dos resultados. Salientamos também que, devido a diversidade desses Relatórios das Conferências Internacionais em Promoção da Saúde e os 18 artigos que compuseram o *corpus* do estudo para análise, são identificados no texto como Artigo 1, Artigo 2, Artigo 3, e assim sucessivamente, assim como os seus títulos estão ressaltados em itálico. Também, nas citações diretas dos fragmentos destes artigos, algumas palavras ou textos estão em negrito, uma estratégia por nós utilizada no sentido de demarcar aspectos considerados relevantes destacadas na análise.

Como podemos observar ao longo do processo de análise, a complexidade que implica a aplicação do método Hermenêutico-Dialético gerou uma riqueza na discussão dos nossos resultados.

Apresentamos a Figura 8, com a síntese da etapa 5 da nossa Revisão Integrativa.

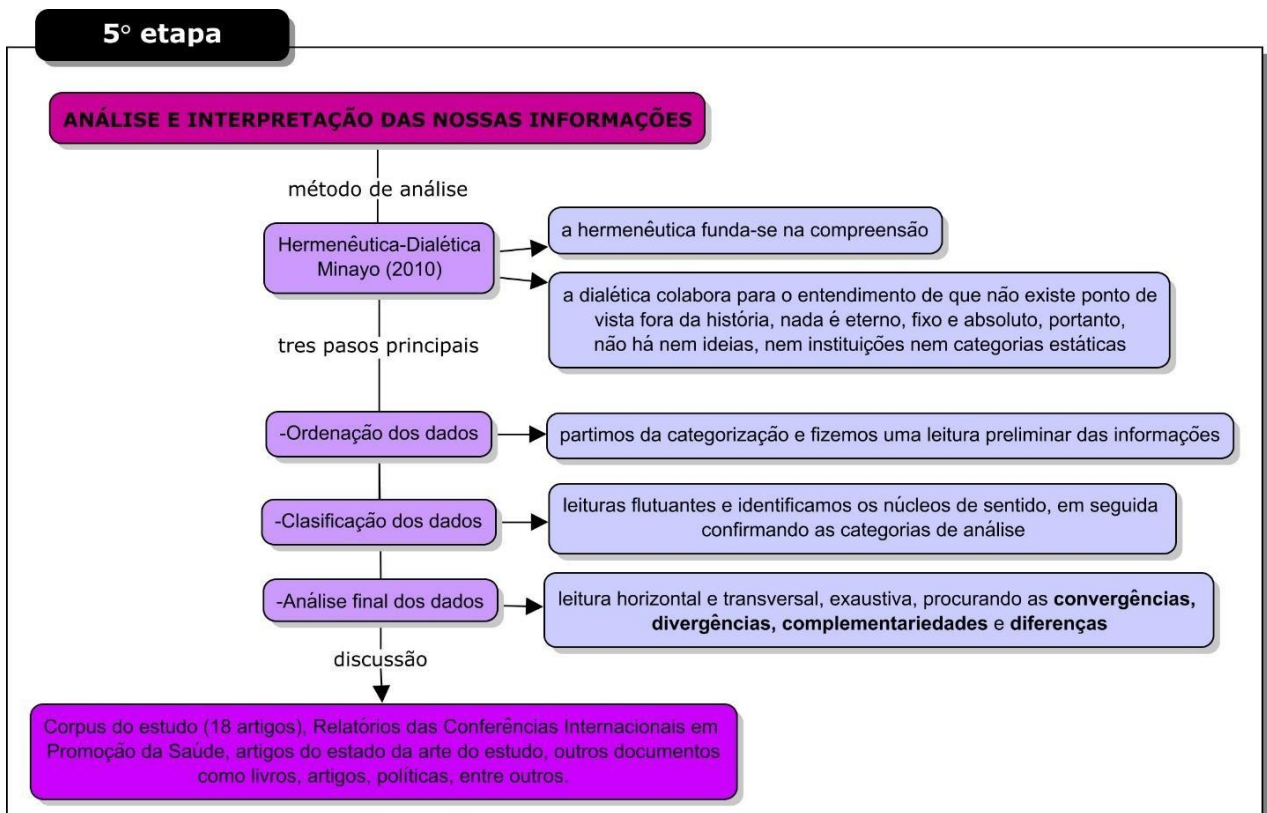


Figura 8 Etapa 5 Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.2.6 SEXTA ETAPA DA PESQUISA: síntese do conhecimento e perspectivas futuras

Na sexta e última etapa, apresentamos os resultados e discussões da nossa revisão integrativa, considerando-se as categorias de análise: Caracterização do *corpus* do estudo: uma realidade a ser conquistada; Sentidos e Significados da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo: confluências e dissonâncias entre teoria e prática; Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde: contradições, fragilidades e desafios no processo de trabalho em saúde no Brasil e no mundo; Concretude entre as áreas de ação das Conferências Internacionais da Promoção da Saúde sobre as práticas no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo.

A seguir, apresentamos na Figura 9 a síntese da etapa 6 desenvolvida neste estudo.

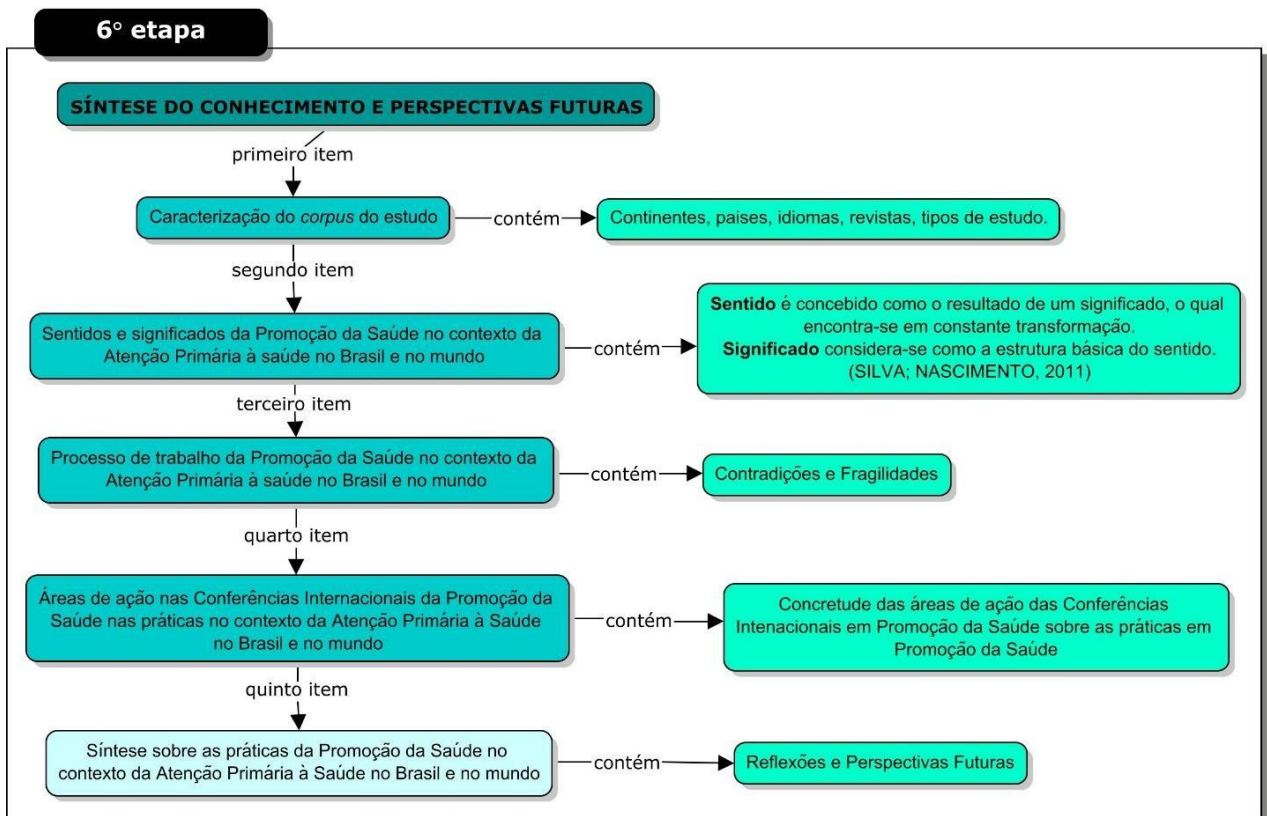


Figura 9 Etapa 6 Revisão Integrativa sobre as Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa não envolveu seres humanos, devido a metodologia utilizada trabalhar com dados secundários publicados para o seu acesso em diferentes bases de dados online.

Porém, levamos em consideração as questões éticas diante dos seus princípios de não maleficência, respeito ao ser humano, justiça e beneficência (BRASIL, 2012a), uma vez que respeitamos os autores dos documentos analisados, assim como os seus conteúdos, sem manipulá-los e desvirtuá-los, no sentido de atender a realidade deste estudo de forma ética.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CORPUS DO ESTUDO: uma realidade a ser conquistada

Neste item fizemos uma descrição geral dos artigos que compõem o nosso *corpus* do estudo, destacando algumas características de relevância no momento da análise. Momento importante, pois nos situa no contexto das produções científicas em relação à distribuição geográfica (por continente e por país), ao tipo de metodologia utilizada, as fontes nas quais foram publicados os artigos selecionados, a distribuição temporal de publicação e, finalmente, a caracterização dos elementos metodológicos conforme apresentamos a seguir.

O Gráfico 1 quantifica, em números absolutos, quantos artigos correspondem a cada um dos continentes. Observamos, dentre os 18 artigos, que a maioria desses artigos (11) foram realizados na Europa, seguido da América (5) e da Ásia (2).

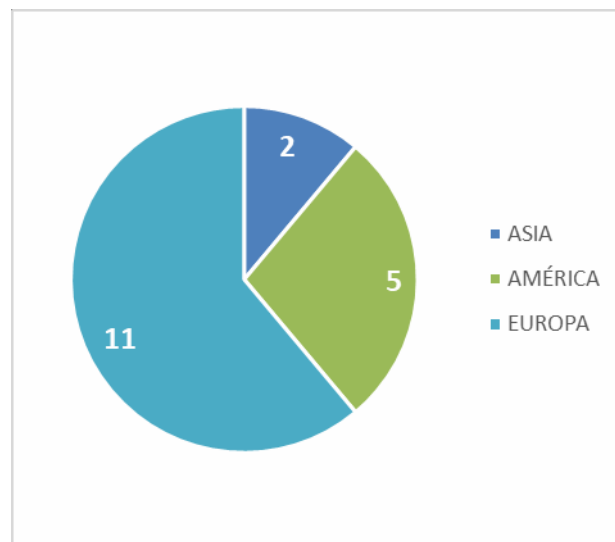


Gráfico 1 Distribuição continental dos artigos que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

Nessa distribuição das produções científicas por continentes observamos que nos gráficos 2, 3 e 4 os países que produziram e publicaram na Europa, seis (6) dos artigos foram do Reino Unido, dois (2) da Suécia, e três (3) respectivamente da Espanha, Finlândia e da Suíça; na América,

dois (2) artigos dos Estados Unidos, dois (2) artigos do Brasil e um (1) do Canadá; na Eurásia um (1) artigo da Turquia e um (1) do Israel. Não encontramos publicação da Oceania e da África.

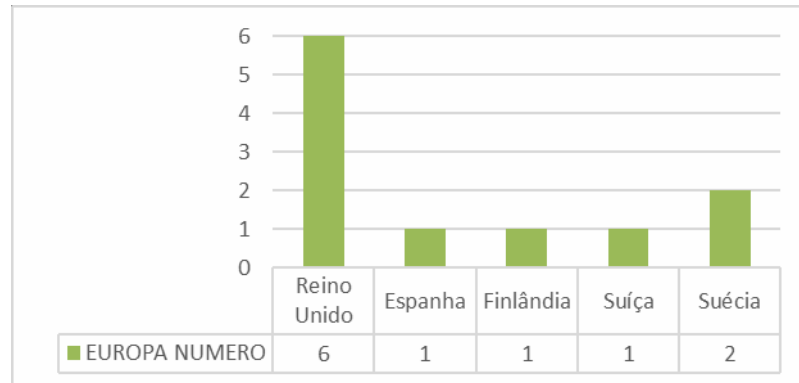


Gráfico 2 Distribuição por países dos artigos da Europa que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

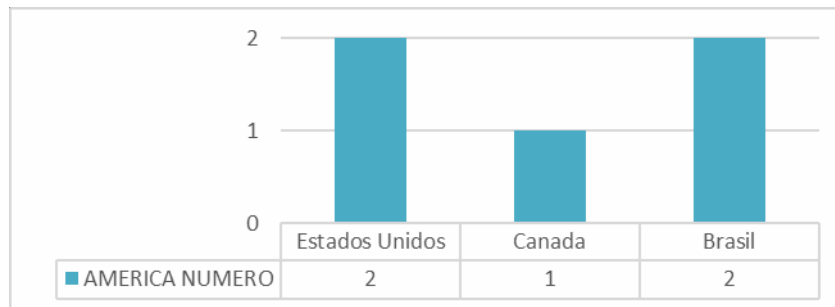


Gráfico 3 Distribuição por países dos artigos da América que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

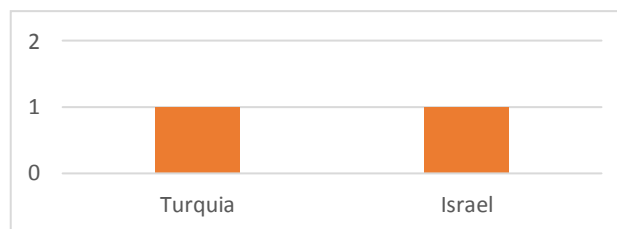


Gráfico 4 Distribuição por países dos artigos da Ásia que compuseram a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

Quanto aos tipos de metodologias utilizadas nos artigos, no Gráfico 5 vemos que nove (9) são estudos de natureza qualitativa, cinco (5) do tipo quantitativo, um (1) estudo misto ou quantitativo-qualitativo; outros três (3), sem definição assumida pelos autores, um (1) do tipo editorial, um (1) do tipo discussão e um (1) de revisão de literatura.

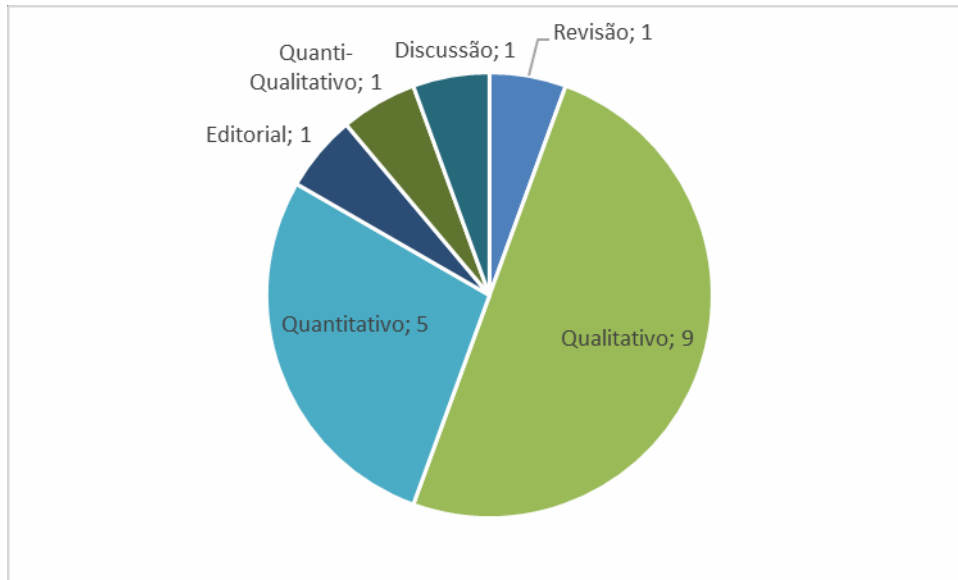


Gráfico 5 Distribuição segundo o tipo de METODOLOGIA DOS ARTIGOS que conformam a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

As revistas que publicaram os 18 artigos, duas delas publicaram dois ou mais dos estudos selecionados, sendo todas relacionadas a áreas de estudo da saúde:

- *Archives of Disease in Childhood*
- *BMC Family Practice* - (repetida)
- *Health Promotion International*
- *Health Promotion Practice*
- *International Journal of Nursing Practice*
- *Journal of Advanced Nursing*
- *Journal of Clinical Nursing*
- *Nutrition*
- *Physis*
- *Primary Care Mental Health*
- *Public Health Department*
- *Quality in Primary Care* - (repetida)
- *Revista de Saúde Pública*

- *Scandinavian Journal of Caring Sciences*
- *Scandinavian Journal of Primary Health Care*
- *Western Journal of Nursing Research*

A respeito do ano de publicação dos artigos selecionados, delimitados entre 2006 a 2017, no gráfico 6 são distribuídos entre os anos 2009 e 2010 com 3 publicações cada um deles, seguidos pelos anos de 2011, 2012 e 2017 com cada ano dois artigos publicados, os anos de 2006, 2007, 2008, 2013, 2015 e 2016 com um artigo respectivamente e o ano de 2014 sem nenhum artigo publicado.

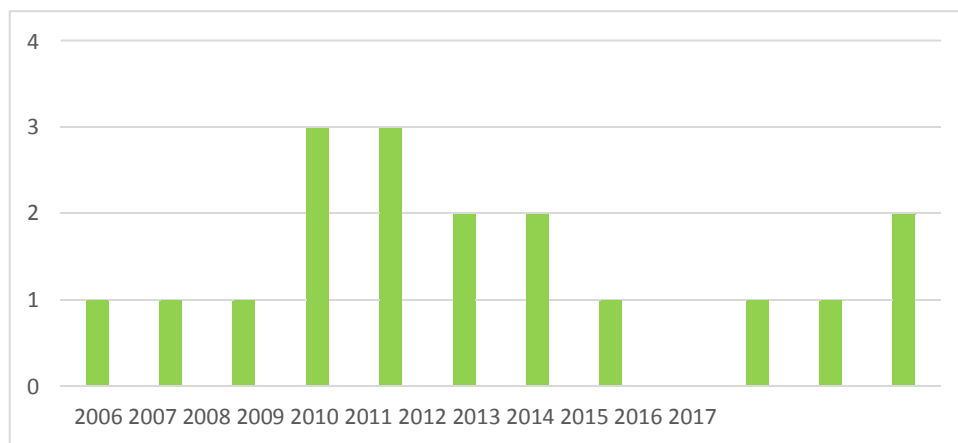


Gráfico 6 Distribuição anual dos artigos que conformam a Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

O Quadro 6 destaca os elementos metodológicos dos 18 artigos que compõem o *corpus* do nosso estudo, detalhando o número do artigo¹³, a referência completa do artigo, o continente e o país, o cenário e participantes, os objetivos, o tipo de estudo, as técnicas de coleta e instrumentos, o método de análise e finalmente, os resultados-considerações principais.

¹³ O número do artigo foi uma categorização criada pela autora para facilitar o momento da análise, pelo que poderemos observar como serem citados os artigos no seguinte formato: “No Artigo 5, encontramos... Enquanto no Artigo 17...”. Ainda assim, nos casos que sejam extraídos fragmentos dos artigos *ipsis litteris* serão mantidas as referências completas junto com a citação.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	Resultados/ Considerações finais
1	BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. Archives of Disease in Childhood , v. 97, p. 73–77, 2012.	EUROPA/ Reino Unido	Children Health Surveillance and Children Health Promotion in the National Health Service if the U.K.	Examine the current problems in providing a comprehensive CHP/HCP that includes essential aspects of CHS.	Review.	Analysis of scientific works.	Not mentioned.	In the process of moving from an essentially universal to a targeted programme, vital aspects of professional experience, training and workforce have deteriorated, leading to marked variation of the delivery of CHP. Recent information published by BBC News London reports that the uptake of the recommended health review for children at age 1 year varied from 0% to 98% in the pan-London area. Some HVs have been recruited back to practice by NHS London by an incentive scheme to retrain and numbers of HVs in training have increased in London primary care trusts from 18 in 2007/2008 to 109 in 2010/2011. The importance of information sharing both locally and nationally must be emphasised. It is important that child health data are collected on a national basis for analysing the effectiveness of aspects of CHP and CHS, and the fact that there is a paucity of national data on issues relating to CHP may account for the difficulty in validating the tools currently used for CHS as part of a HCP. It is recognised by politicians downwards that there is no better investment for a nation than promoting optimal child care, in its broadest sense.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
2	BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. T. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. Health Promotion International , v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.	EUROPA/ Países Baixos	Health Promotion Institutes of Netherlands.	Gain better insight into goals, practices, conditions and perceived barriers regarding evaluation of these campaigns.	Exploratory study.	Personal interviews with representatives of HPIs who had direct management responsibility for the evaluation of their campaigns.	A summary of each interview was made by N.I.T. and checked by J.B., which described the answers to the interview questions. The summary and transcription of each interview were sent to the HPIs for approval.	The investigation explored the opinions and practices of national HPIs in the Netherlands, who found evaluation of their campaigns extremely important and that their main focus was on effect evaluation in terms of changes in presumed behavioural determinants in particular. The exploration also makes clear that the routinely applied research design for these effect evaluations is very weak and will not provide reliable or valid information about campaign effects. The representatives of the HPIs realize this fact, but argue that this is the best they can do given the budgetary and time constraints for their evaluation research. Based on the interviews with the HPI representatives, further improvement in campaign evaluation can be realized through better planning and funding opportunities, by making better use of existing national monitoring systems, and by establishing structural collaborations with independent experts in evaluation research.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
3	ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. Journal of Advanced Nursing , p. 898–907, 2012.	ASIA/ Turquia	76 women from a possible cohort of 89 participants (n = 89 families) in one primary healthcare centre servicing a region in a city in Turkey in 2007.	Examine the effectiveness of implementing the Omaha System intervention on health promotion lifestyle profile and the quality of life of women.	A one-group pre-test and post-test quasi-experimental design.	Quality of Life and the Health Promotion Lifestyle Profile scales together with an additional form to collect demographical characteristics of the participants.	Descriptive statistics, frequencies, percentages and means were used for the analysis of demographical data. Paired t-test was used to determine difference between the score of pre- and post-test of the quality of life and the health promotion lifestyle profile scales. Pearson correlation was used to determine relationship between the quality of life and the health promotion lifestyle profile.	The Omaha System allows the researchers to identify the individual health problems, various family and community problems and intervention strategies at the same time. Also, using the Omaha System framework, the nursing perspectives can be expanded. By training community health nurses to use the Omaha System, they can plan better nursing interventions for women in the specific community. This study shows that application of the Omaha System Intervention can lead to an increase in health promotion behaviours in a public health population. The intervention can be integrated into direct women care, and the system gives self-responsibility to the women for self-health. It also assists the nurses with their own caring-healing practices for self, and the system ensures that nursing care can be given systematically and nursing science and art can be congruent in nursing practice. Further research is recommended to refine and explore these relationships, and should include larger samples with control group.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	Resultados/ Considerações finais
4	FIGUEIRA, T; FERREIRA, E; SCHALL, V; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. Rev. Saúde Pública , v. 43, n. 6, p. 937–43, 2009.	AMÉRICA/ Brasil	20 usuárias de uma unidade de saúde da família de Belo Horizonte, MG, em 2007.	Analisar percepções e participação de usuárias de unidade básica de saúde em relação à prevenção e promoção de saúde.	Qualitativo.	Entrevistas (o roteiro da entrevista com questões sobre o processo saúde-doença e prevenção e promoção de saúde).	Análise de conteúdo.	A percepção sobre prevenção apresentou influência da teoria de Leavell & Clark, expressa por ações que evitam o aparecimento, progressão ou agravamento de alguma doença. A promoção de saúde foi concebida como um nível de prevenção e associada à responsabilização individual e ao conceito positivo de saúde. As práticas de prevenção e promoção de saúde estiveram orientadas pelo conceito positivo de saúde, pela possibilidade de gerarem prazer/desprazer, pelas interferências que poderiam ocasionar no cotidiano, pela concepção de força de vontade e de valor conferido à vida. O discurso sobre prevenção e promoção de saúde é marcado por concepções tradicionais. Contudo, houve a incorporação do conceito positivo de saúde que, aliado ao fator prazer e força de vontade, atuam como principais influenciadores do comportamento. São necessárias estratégias com abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, traduzindo os princípios modernos da promoção de saúde.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
5	HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. Primary Care Mental Health , v. 4, p. 143–157, 2006.	EUROPA/ Inglaterra	GPs and therapists working in primary care were the primary professional stakeholders in MHP. All 96 GPs and 11 therapists in the borough were asked to take part.	(1) To elucidate primary care professionals' understanding of MHP; (2) to ascertain the level of MHP currently available and what it consists of; and (3) to elucidate the perceived obstacles to implementing MHP.	Cross-sectional study.	Questionnaire was designed to measure understanding of MHP. Therefore, two questionnaires were designed, one for therapists and one for GPs.	The questionnaire data were both qualitative and quantitative. The quantitative data were analysed in terms of percentages and means because this was what was required to address the objectives set. A form of inductive analysis was carried out on the qualitative data, which produced themes and subthemes for the data.	Several recommendations were made for ameliorating the situation, for example, raising awareness of MHP and clarifying the roles of the different professionals. The definitions of MHP provided by therapists and GPs were broadly consistent with the definition offered by the Department of Health. GPs appeared to be more sceptical about MHP. Only therapists mentioned that MHP involved influencing systems as well as individuals, and it could be hypothesised that this was due to their training.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
6	IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. Journal of Clinical Nursing , p. 593–602, 2007.	EUROPA/ País de Gales	Purposive sample of 21 district nurses, based throughout Wales.	Identify how the development of concept analyses have influenced practising nurses' understanding of health promotion. More specifically the aim gives rise to the objective of establishing how they translate their understanding into practice.	Qualitative approach.	Semi-structured interviews.	Thematic content analysis was used to order, describe and interpret the data.	Generally the respondents gave definitions of health promotion that were confined to the traditional conceptualization of health promotion, comprising actions aimed at changing the behaviour of individuals. These interpretations were translated into practice, where district nurses adopted a mainly reactive and individualistic approach to health promotion. The more contemporary definitions of health promotion that focus on empowerment, community development and sociopolitical action are yet to reach practising district nurses. Considerable effort is required from educationalists and practitioners if nurses are to include these 'new paradigm' approaches to health promotion in their practice.
7	LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care , v. 28, p. 130–131, 2010.	EUROPA/ Finlândia		Discuss how to promote exercise in primary care.	Editorial.			

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	Resultados/ Considerações finais
8	LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. Health Promotion Practice , v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.	AMÉRICA/ Estados Unidos	196 primary care providers (among family physicians in Pennsylvania).	Examine the current health promotion and prevention attitudes, practices, and barriers among family physicians in Pennsylvania.	Quantitativo.	Survey that contained six demographic information questions to elicit about participants' attitudes about health promotion and prevention were measured using a 10-item scale using a 5-point Likert-scale.	SPSS Version 20.0 was used with descriptive statistics and Pearson's chi-square were used. T test and analysis of variance were used to compare mean score ranking of preventive services by participants.	Family physicians in Pennsylvania recognize the importance of and their role in providing health promotion and prevention and offer advice in key behavioral and disease prevention areas. Results from the study suggest that their ability to provide these services is hindered by a lack of time and the heavy workload. Although most family physicians provided advice to patients in several health promotion and prevention areas, few participants reported that they referred patients to other health professionals. Finally, when it comes to preventive services, participants ranked blood pressure screening, tobacco use screening, and tobacco use cessation interventions as the most important services.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continentes/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
9	FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. <i>Physis</i> , v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.	AMÉRICA, Brasil	Nove distritos Sanitários de Belo Horizonte, Equipes de Saúde da Família (ESF), gerentes das UBS, profissionais de saúde e usuários.	Apresenta e discute dados produzidos por uma pesquisa sobre práticas de grupo desenvolvidas por Equipes de Saúde da Família (ESF) dos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte.	Qualitativo.	Entrevistas com gerentes de Unidades Básicas de Saúde e profissionais das ESF, grupos focais com usuários e observações participantes.	<i>Não explicitado</i>	As análises apontam que as práticas de grupo apresentam múltiplas facetas quanto à organização dos serviços e da assistência, à função e aos objetivos propostos por diferentes equipes e à sua configuração. Observa-se uma mudança de enfoque, ainda incipiente, de práticas centradas na doença para a composição de grupos por novos eixos estruturantes, em conformidade com o que se preconiza nas diretrizes do município para a atenção básica. Os dados revelam impactos das práticas grupais na diminuição de consultas individuais e na otimização do vínculo entre usuários, profissionais e serviços. Os resultados apontam a tensão entre o dispositivo “consulta individual” e o dispositivo “práticas de grupo”. O primeiro se apresenta como marcado pelo foco na doença, enquanto o dispositivo “práticas de grupo” desfocaliza a doença, trazendo à tona outras dimensões de vida, associadas à promoção da saúde.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continentes/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
10	NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. BMC Family Practice , 2013.	EUROPA/ Suíça	Canton St Gallen, 20 GPs (by postal invitation), who in turn recruited 1045 patients into the study during a 12-month period.	Develop a structured programme of counselling in primary care practice, and to test its feasibility and acceptance among general practitioners (GPs) and their patients.	Quanti- Qualitativo.	Tested the feasibility and acceptance of the “Health Coaching” programme with 20 GPs and 1045 patients using questionnaires and semistructured interviewing techniques.	We used SPSS (Statistical Software Package, Version 19, SPSS Inc., Chicago, Illinois) for our statistical analysis, and we calculated means, medians, standard deviations (SDs), and interquartile ranges (IQRs). The qualitative data were categorised based on thematic content analysis.	In total, 37% (n=350) of the patients enrolled in step 1 completed the entire 4-Step counselling process, with each step taking 8–22 minutes. 50% of ratings (n=303) improved by one or two categories in the three-colour circle, and the proportion of favourable health behaviour ratings increased from 9% to 39%. The ratings for motivation, concept, acceptance, and feasibility of the “Health Coaching” programme were consistently high. Our innovative, patient-centred counselling programme for health behaviour change was well accepted and feasible among patients and physicians in a primary care setting. Randomised controlled studies will have to establish cost-effectiveness and promote dissemination.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
11	NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences , v. 30, p. 349–355, 2016.	EUROPA/ Suécia	Patients (n = 137), who participated in a screening test at a lifestyle clinic at a Swedish health centre.	Explore patients' experiences of visiting a nurse-led lifestyle clinic.	Qualitative approach.	Focus Group Interviews.	Content analysis.	The patients felt that the visit to the lifestyle clinic gave insight into their habits and diminished their fear of not being healthy. Primary health care was seen as a safe provider in this matter. Disappointment was occasioned by the unfulfilled expectations of blood tests, lack of follow-up visit and inconsistencies of approach during the visit to the lifestyle clinic. Personal chemistry was perceived to be crucial for how the encounter with the public health nurse evolved. Conclusion: Lifestyle clinics can give patients opportunity to change lifestyle and also to confirm the good habits. It may also be important to have follow-up visits to give the patients' support when changing lifestyle. Nurses counselling patients about lifestyle changes need to have recurrent training in Motivational Interviewing.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continentes/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
12	PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in Primary Care , v. 19, p. 317–323, 2011.	EUROPA/ Reino Unido	Review was made in primary and secondary prevention levels in general practice. Interviews were conducted in practices and primary care trusts (PCTs) in four areas in London, the Midlands and the North West of England.	Reports on the findings of a review of health promotion in general practice, discuss these in relation to the quality of general practice provision in the UK and relate this to current proposals in England to reorganise the funding and delivery of public health.	Qualitative approach.	Literature review of health promotion in general practice. In addition the paper draws on interviews with practice and public health staff.	The coding framework for PCT and practice interviews was refined during an intercoder reliability process and data were then collated thematically and analysed for patterns or trends using key variables such as practice size.	General practitioners (GPs) and their practice teams have a crucial role in promoting health and preventing disease. Consultations provide an ideal opportunity for preventing illness and disease but general practice focuses primarily on secondary prevention. Many GPs state they lack the skills needed to deliver effective health promotion. Issues, such as GP commissioning, provide a new set of challenges for public health and ill-health prevention. The evidence base is growing but general practice, public health and academics need to work together to improve this.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
13	RICHARD, L. <i>et al.</i> Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. Public Health Department , v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.	AMÉRICA/ Canadá	CSSS, one regional public health authority in Quebec, and their nurses engaged in direct service provision. They were from various sectors and programs: general care/services, infant-child-youth programs, supportive services for elders with varying degrees of loss of independence, mental health services, and outreach programs for specific groups, such as street people or drug users.	Investigates conceptualizations of disease prevention and health promotion (DPHP) among nurses from local public health organizations in Montreal, Quebec.	Collaborative qualitative study.	Semi-structured interviews investigated two themes: meanings attributed to DPHP as well as nurses' recent DPHP activities.	Interpretive analyses for the meanings of DPHP and an analysis of the ecological nature of intervention was applied to the activity descriptions gathered, allowing an examination of the extent of diversity of intervention targets and settings.	Although the meaning attributed to prevention referred to standard definitions, health promotion was often defined as large-scale health education oriented toward the attainment of positive results, such as health and well-being. Almost completely absent from participants' discourse were central notions such as empowerment and health determinants, including socioenviron-mental dimensions of health. With regard to activity descriptions, there was a very partial coverage of the full spectrum of DPHP. Participants rarely went beyond traditional health education activities aimed at an individual target. Finally, a sizeable number of participants appeared to be unable to provide a clear distinction between the terms "health promotion" and "prevention."

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
14	ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of individuals with Developmental Disabilities: a qualitative case study health and living situation of Individuals with I/DD. Western Journal of Nursing Research , v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.	AMÉRICA/ Estados Unidos	Midwestern County, Wisconsin, one innovative community nursing outreach program that emerged in 2009 in response to the observed health disparities and unmet health needs of 250 individuals with I/DD.	Examine an innovative community outreach nursing program designed to promote healthy aging for more than 9 individuals with intellectual or developmental disabilities living in the community.	Qualitative case study.	10 depth interviews, one focus group, and various documents.	Thematic analysis.	Findings on what the daily work of community outreach nurses with individuals with intellectual or developmental disabilities entailed, included person-centered health education, advocacy for the safe return home, support for staff to understand that health issues can lead to behavior changes, and enabling social participation.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continentes/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
15	SANCHEZ, A.; <i>et al.</i> Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. BMC Family Practice , v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.	EUROPA/ Espanha	Pilot study conducted in the same four PHC centers. Their target population was all PHC users aged 10 to 65 years old registered with any of the collaborating PHC clinicians in any of the collaborating centers that attended the center during the program implementation period (from September 2011 to September 2013).	Assess the feasibility of the Prescribe Healthy Life (PVS from the Spanish “Prescribe Vida Saludable”) implementation strategy for enhancing the adoption and implementation of an evidence-based health promotion intervention in primary health care.	Quantitativo descritivo.	Process indicators pertaining to program execution and user socio-demographic (age, sex, socioeconomic status) and clinical (chronic health problems) characteristics were calculated from routine data extracted from the electronic health records of Osakidetza.	Data analysis was performed with SAS software. Frequencies and proportions were used to describe professional, practice and patient characteristics for continuous and categorical variables, respectively.	Mean rates of adoption by means of active collaboration among the three main professional categories (family physicians, nurses and administrative personnel) were 75% in all centers. Just over half of the patients that attended (n = 11650; 51.9%) were reached in terms of having their lifestyle habits assessed, while more than a third (33.7%; n = 7433) and almost 10% (n = 2175) received advice or a printed prescription for at least one lifestyle change, respectively. Only 3.7% of the target population received a repeat prescription. These process indicators significantly (p < 0.001) varied by center, lifestyle habit and patient characteristics. Sustainability of intervention components changed thorough the implementation period within centers. The implementation strategy used showed moderate-to-good performance on process indicators related to adoption, reach, and implementation of the evidence-based healthy lifestyle promotion intervention in the context of routine primary care.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
16	SHAHAR, D. R.; <i>et al.</i> A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. <i>Nutrition</i> , v. 25, p. 532–539, 2009.	ASIA/ Israel	323 health professionals were recruited for the present study from August 2006 to August 2007. Cardiologists, primary care physicians, dietitians, nurses, and health promoters from all parts of Israel.	Describe the differences in health behaviors and attitudes toward health promotion among different health professionals before and after a short behavioral intervention program.	Intervention, controlled study aimed at changing personal attitudes toward lifestyle habits among 323 health professionals: 136 (42%) physicians, 140 (43%) dietitians, and 47 (15%) nurses and health promoters.	The impact of the program on the participants' attitudes and behaviors was assessed by a questionnaire was applied to intervention and control groups.	Data analysis was performed using SPSS 15.0. Comparison between groups was conducted using analysis of variance with Bonferroni's post hoc analyses. The effect of the intervention was assessed by comparing the change over 6 mo between cases and controls. P 0.05 was considered statistically significant.	At baseline, avoidance of salt, trans-fatty acids, saturated fats, and processed meat was more frequent among dietitians (P 0.05 versus physicians). The physicians reported a lower intake of olive/canola oil, nuts/almonds, dietary fibers, vegetables, and fruits (P 0.05). Furthermore, physicians reported lower confidence in lifestyle primary prevention and felt less useful engaging in health-promotion activities (P 0.05 versus other health professionals). After 6 mo, waist circumference decreased in the intervention group (1.3 versus 1.8 cm in control group, P 0.01). The effect was more prominent among physicians. A modest differential effect of the intervention program was shown in health-promotion activities. Approaches toward primary prevention can be improved by an intervention program focusing on personal changes of health care providers. Physicians who are less likely to personally adhere to and believe in lifestyle primary prevention are more likely to benefit from this platform.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continentes/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
17	WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. Quality in Primary Care , v. 16, p. 177–185, 2008.	EUROPA/ Reino Unido		Discusses the concept of the health promoting general practice where staff undertake a commitment to create a healthy working environment, integrate health promotion into practice activities and establish alliances with other health promoting institutions and groups within the community.	Article of Discussion.	<i>Não explicitado</i>	<i>Não explicitado</i>	The staff must be commitment to: create a healthy working environment; integrate HP into practice activities; and establish alliances with other relevant institutions and groups within the community. The health promoting general practice is the gold standard for HP. Recommends that a series of rigorously evaluated, high-quality pilot sites need to be established to identify and address potential difficulties, and to ensure that this innovative approach yields tangible health benefits for local communities. Also, suggests that government support is critical to the future development of health promoting general practices, directly and in relation to the capacity and resourcing of public health.

Quadro 6 Caracterização dos elementos metodológicos dos 18 artigos considerados *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017.

No	Referência	Continente/ País	Metodologia					Resultados/ Considerações finais
			Cenário/ Participantes	Objetivo (s)	Tipo de estudo	Técnicas de coleta e/ou instrumentos	Método de análise de dados	
18	WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. International Journal of Nursing Practice , v. 15, p. 156–163, 2009.	EUROPA/ Suécia	54 DNs from all 21 health-care regions in Sweden, two to five DNs per region,	To investigate district nurses' (DN) opinions regarding facilitators and barriers in their work with health promotion.	qualitative descriptive design	semi-structured interviews with mainly open-ended questions.	Data were analysed using inductive content analysis.	The DNs expressed that nursing was the right profession to work with health promotion, and that it was an important task that was done by no one else. They experienced being stuck between disease-oriented and health promotion work and that priorities were wrong. The focus was not on health promotion and the time DNs could spend with health promotion was limited, and instead they had to perform elementary medical tasks. Tasks of a medical nature are given priority over health promotion. DNs lack support and no one asked or cared about the results from health promotion activities.

Na **Europa**, o artigo de Bellman e Vijeranam (2012) examinou no Reino Unido os problemas na provisão da Promoção da Saúde Infantil, mostrando que aspectos relevantes da experiência profissional como a qualificação e a força de trabalho tem-se deteriorado, afetando a entrega do serviço; porém, reporta-se uma cobertura muito variável na revisão das crianças de um ano no território londrino; também, os autores trouxeram a relevância de coletar informação sobre a efetividade dos aspectos da Promoção da Saúde Infantil tanto de forma local como nacional, o qual também pode ajudar à validação das ferramentas usadas na Promoção da Saúde Infantil.

Síntese: o artigo destaca a importância da área de ação da Promoção da Saúde desenvolvimento de políticas públicas saudáveis assim como da reorientação dos serviços de saúde, ao se referirem à mudança conceitual de Vigilância da Saúde Infantil para a Promoção da Saúde Infantil, conceito mais abrangente e com maiores possibilidades de ação. Reconhecem neste artigo a relevância do financiamento em Promoção da Saúde Infantil pois é o melhor investimento que um país pode fazer.

O estudo de Peckman, Hann e Boyce (2011) reportou os achados de uma revisão sobre a PSe na prática dos médicos gerais e a sua relação com a qualidade da prática no Reino Unido, o qual poderia contribuir à reorganização dos orçamentos e a provisão da Saúde Pública. Os médicos gerais assim como suas equipes têm um ‘papel’ fundamental na Promoção da Saúde e na prevenção da doença; nas consultas foi gerada uma oportunidade, porém, existia uma tendência a desenvolver prioritariamente prevenção secundária. A respeito à Promoção da Saúde muitos médicos se consideraram com ‘escassez’ de habilidades para desenvolvê-la de forma efetiva.

Síntese: o estudo destaca a relevância da interdisciplinariedade na responsabilidade pelas ações de Promoção da Saúde, porém, existe um equívoco conceitual ao misturar os conceitos de Promoção da Saúde vs prevenção, assim como suas respectivas atividades. Também, retoma a formação profissional em Promoção da Saúde como uma fragilidade na prática dos médicos.

No estudo de Watson (2008), no Reino Unido, discutiu-se o conceito de PS na prática geral, no compromisso do *staff* para criar um entorno de trabalho saudável, e conclui que a prática geral da Promoção da Saúde é um ‘padrão ouro’ e recomenda que devem ser realizados uma série de testes pilotos, ‘rigorosamente’ avaliados e de ‘alta qualidade’, para identificar as dificuldades potenciais e, desta forma, garantir uma abordagem inovadora que ofereça benefícios tangíveis para

a saúde das comunidades locais; junto com isto, destaca a relevância do apoio do governo para o desenvolvimento futuro de práticas gerais de Promoção da Saúde.

Síntese: o estudo reforça a área de ação da Promoção da Saúde denominada criação de ambientes favoráveis especificamente no local de trabalho e retoma o princípio de intersectorialidade ao sugerir as parcerias entre instituições relevantes e grupos existentes na comunidade; também, traz à discussão a avaliação como um desafio para a prática da Promoção da Saúde, pois são necessárias pesquisas para identificar dificuldades e o impacto positivo das ações na saúde.

Por outro lado, Hamill e Powis (2006) estudaram como os profissionais da APS na Inglaterra entendiam a Promoção da Saúde Mental, o nível da disponibilidade da Promoção da Saúde Mental e em que consistiam os obstáculos para implementá-la. Além do mais, os autores defenderam uma série de recomendações com o objetivo de melhorar a situação, informar sobre a relevância da Promoção da Saúde Mental e clarificar os “papeis” dos diferentes profissionais na sua implementação; as definições de Promoção da Saúde Mental dadas pelos terapeutas e médicos gerais foram consistentes com as definições do Departamento de Saúde.

Síntese: o estudo foca seus resultados em fragilidades e desafios na formação profissional em Promoção da Saúde, pois os médicos generalistas se mostraram incrédulos com o conceito de Promoção da Saúde Mental; enquanto que os terapeutas, devido à sua formação, tem uma visão das ações num nível coletivo e com maior ‘domínio’ da Promoção da Saúde.

Já Brug, Tak e Velde (2011) nos Países Baixos, tentaram ganhar uma melhor visão das metas, práticas, condições e barreiras percebidas sobre a avaliação das campanhas de PS, achando que as instituições responsáveis por esta consideram a avaliação de extrema importância, ressaltando a avaliação dos efeitos em termos das mudanças comportamentais; identificaram também uma frágil análise dos efeitos, diante o qual os representantes dos institutos se justificam, pois consideram que ‘é o melhor que podem fazer’ de acordo ao dinheiro e o tempo que têm a disposição.

Síntese: o estudo apresenta as Instituições de Promoção da Saúde como protagonistas na mudança dos determinantes da conduta, em consonância com a área de ação da Promoção da Saúde

desenvolvimento das habilidades pessoais; também, retoma a fragilidade da avaliação dos efeitos da Promoção da Saúde assim como de financiamento para Promoção da Saúde.

Ainda na Europa, o estudo de Irvine (2007) identificou no País de Gales como os conceitos influenciaram a compreensão da enfermeira sobre a PS; compreendendo-a segundo as conceitualizações mais tradicionais da Promoção da Saúde, ou seja, focada principalmente à mudança do comportamento dos indivíduos. Entretanto, na prática, as enfermeiras tendem a abordar a Promoção da Saúde de forma reativa e individualista, sem aplicar ainda as definições mais contemporâneas de empoderamento, desenvolvimento comunitário e ação sócio-política.

Síntese: o estudo retrata a ausência dos princípios de empoderamento e de participação social tanto nas concepções da Promoção da Saúde quanto das práticas no grupo de enfermeiras participantes; também, é notório um equívoco na abordagem da prática, àquela focada na atenção individual, contrário às propostas das Conferências Internacionais em Promoção da Saúde as quais defendem a abordagem coletiva.

Na Suíça, Neuner-Jehle, Schmid, e Grüniger (2013) desenvolveram um programa estruturado de aconselhamento, o *Health Coaching*, e testaram sua viabilidade e aceitação entre os médicos gerais e seus ‘pacientes’. Como resultado, só uma terceira parte dos ‘pacientes’ aderiram ao processo completo, e ao programa com resultados em termos gerais de motivação, conceitualização, aceitação e viabilidade. Na realidade, concluíram que o programa para mudança de comportamento foi aceito, sendo factível entre pacientes e médicos.

Síntese: o estudo é focado na área de ação da Promoção da Saúde desenvolvimento de habilidades pessoais, direcionado ao ‘aconselhamento’ ‘centrado na pessoa’ para melhorar os estilos de vida saudáveis, diante do qual, frente aos resultados, a intervenção de Promoção da Saúde foi viável e efetiva.

O estudo de Sanchez e outros (2017) avaliou a viabilidade de uma estratégia de implementação do programa *Prescrever Vida Saludable* para assim melhorar a adoção e implementação de uma intervenção de Promoção da Saúde baseada em evidências na APS; o estudo piloto teve um 75% de adesão por parte dos médicos de família, enfermeiras e pessoal administrativo e o programa conseguiu aconselhar a quase um 52% dos “pacientes” atendidos;

também, a implementação da estratégia usada teve indicadores entre moderado e bom em relação à adoção, alcance e implementação da intervenção.

Síntese: o estudo destacou a área de ação de Promoção da Saúde desenvolvimento de habilidades pessoais, ao trabalhar com o aconselhamento e o trabalho interdisciplinar à adoção de estilos de vida saudáveis.

Quanto ao editorial de Liira (2010), na Finlândia, ela faz uma breve discussão sobre como promover o exercício na Atenção Primária à Saúde.

Síntese: todavia, carece de um posicionamento conceitual sobre a Promoção da Saúde, assim como de uma descrição sobre as ações e atividades que poderiam se desenvolver para promover a atividade física. Porém, de forma geral, ele responde à área de ação da Promoção da Saúde de desenvolvimento de habilidades pessoais.

Já na Suécia, Nymberg e Drevenhorn (2016) exploraram as experiências dos ‘pacientes’ ao visitar uma clínica liderada por enfermeiras e identificaram que a clínica possibilitou um discernimento para seus hábitos e diminuiu seus medos de descobrir que ‘não estavam saudáveis’; assim como, o estudo retratar nos ‘pacientes’ uma decepção por não terem acesso imediato a testes do sangue e falta de agendamentos para o seguimento, levando-os ao estresse; porém, foi positivo o reconhecimento da ‘química’ entre os “pacientes” e as enfermeiras, considerado como crucial para o processo de atendimento.

Síntese: no estudo, foi trabalhada a área de ação de Promoção da Saúde denominada desenvolvimento de habilidades pessoais considerando os seus hábitos em saúde. No estudo foi identificada uma dificuldade diante do modelo hegemônico biomédico, uma vez que os ‘pacientes’ têm preferência pelos testes de sangue e falta de agendamentos para o seguimento clínico, abordagem a qual tenta substituir a abordagem da Promoção da Saúde.

Na Suécia, Wilhelmsson e Lindberg (2009) investigaram a opinião das enfermeiras de distrito em relação às barreiras e facilitadores do seu trabalho com a Promoção da Saúde; como resultado, as enfermeiras participantes expressaram que a enfermagem era a profissão certa para trabalhar a Promoção da Saúde, sendo esta uma ‘tarefa’ que ninguém mais assumia; as participantes expressaram um sentimento de ‘prisão’ entre a abordagem focada na doença e a Promoção da Saúde; consideraram que as prioridades estavam ‘mal’ pois o foco não estava na Promoção da

Saúde e o tempo que podiam destinar para isto era curto, demonstrando uma falta de apoio nos serviços assim como uma indiferença sobre os possíveis resultados das ações de Promoção da Saúde.

Síntese: o estudo traz a realidade vivenciada em muitos serviços de Atenção Primária à Saúde em que se debatem o modelo hegemônico biomédico e a nova abordagem 'holística' da Promoção da Saúde; também, é evidenciado o escasso apoio por parte dos próprios serviços para a reorientação dos serviços de saúde à abordagem de Promoção da Saúde.

Na **Eurasia**, Erci (2012) examinou na Turquia a efetividade da implementação do *Omaha System*, uma intervenção em promoção dos estilos de vida saudáveis e da qualidade de vida da mulher; a autora concluiu que o sistema permite a identificação dos problemas de saúde individuais, familiares, comunitários assim como as possíveis estratégias de intervenção. A educação formativa às enfermeiras no *Ohama System* permite que elas possam planejar melhor as intervenções para as mulheres nas suas comunidades; observamos que a intervenção leva a mudança nos comportamentos a partir da Promoção da Saúde ao trabalhar de forma direta com as mulheres e dar para elas uma sensação de autorresponsabilização.

Síntese: o estudo traz o princípio de empoderamento com a responsabilização das mulheres pela sua saúde com intervenções feitas, além de retomar a importância da formação profissional em Promoção da Saúde das enfermeiras, o qual melhora sua prática na APS sobretudo em relação ao planejamento das ações e atividades em PS.

Ainda na **Asia**, Shahr e outros (2009), especificamente em Israel, estudaram as diferenças de comportamento e atitude em relação à Promoção da Saúde num grupo de diversos profissionais da saúde antes e depois de um breve programa de intervenção comportamental; a intervenção esteve focada em elementos da alimentação saudável e redução da circunferência abdominal; concluíram que os médicos que são menos propensos a aderir pessoalmente a mudanças no estilo de vida alimentar e a acreditar na prevenção primária do estilo de vida são mais propensos a se beneficiarem desta proposta.

Síntese: no estudo observamos que, ainda quando trabalharam a alimentação saudável desde um enfoque da área de ação desenvolvimento de habilidades pessoais, ao falar de diminuição da circunferência abdominal o qual corresponde ao modelo hegemônico biomédico está

evidenciada uma confusão da abordagem de Promoção da Saúde com a prevenção primária e levando até a elementos da atenção secundária.

Na **América**, Figueira e outros (2009) analisaram em Belo Horizonte, Brasil, as percepções e a participação das usuárias da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à Promoção da Saúde e a prevenção das doenças. No estudo, a Promoção da Saúde foi concebida como um nível da prevenção com uma relação à responsabilização individual, cujas atividades tiveram relação com a geração de prazer, à força de vontade e ao valor conferido à vida (considerados como influenciadores do comportamento).

Síntese: no estudo são mencionados os influenciadores do comportamento, os quais têm relação com a área de ação da Promoção da Saúde desenvolvimento de habilidades pessoais, porém, os autores se posicionam ao defender conceitualmente a Promoção da Saúde como parte da prevenção primária, evidenciando assim o equívoco conceitual ao não distinguir ambos conceitos.

Também em Belo Horizonte, Brasil, Ferreira e Kind (2010) pesquisaram sobre práticas de grupo desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), identificando uma sutil mudança de enfoque, desde as práticas centradas na doença para novos eixos estruturantes, desfocando a doença, trazendo outros elementos associados à Promoção da Saúde; os dados revelaram uma diminuição das consultas individuais com impacto das práticas grupais, assim como uma otimização do vínculo entre os usuários e os profissionais do serviço.

Síntese: o estudo trabalhou em relação à área de ação de Promoção da Saúde denominada reorientação dos serviços de saúde, ao propor nas Equipes de Saúde da Família a mudança de enfoque das práticas centradas na doença pelas novas abordagens propostas pela Promoção da Saúde; também, o estudo traz o vínculo entre os usuários e os profissionais da saúde, fazendo referência à empatia que é tão defendida pela PS.

No Canadá, Richard e outros (2010) investigaram as conceitualizações de prevenção da doença e Promoção da Saúde entre enfermeiras de organizações públicas locais; neste cenário, a Promoção da Saúde foi definida como educação em saúde a uma grande escala, associado à saúde e ao bem-estar, com uma ausência nas falas das enfermeiras do empoderamento e dos Determinantes Sociais da Saúde; identificaram também que as enfermeiras raramente iam além da

educação em saúde tradicional com alvo individual; finalmente, mostraram uma contradição recorrente ao não poder distinguir os termos de Promoção da Saúde e de prevenção.

Síntese: o estudo traz a discussão do equivoco conceitual entre a Promoção da Saúde e a prevenção; também, traz a educação em saúde como outro conceito que é utilizado de forma sinônima com o de Promoção da Saúde.

Quanto ao estudo de Luquis e Paz (2015) nos Estados Unidos da América (EUA), atitudes, práticas e barreiras da Promoção da Saúde e da prevenção entre os médicos de família foram estudadas, tendo reconhecido a importância do seu ‘papel’ como provedores dos serviços de prevenção e Promoção da Saúde, assim como a responsabilidade do aconselhamento chave em relação ao comportamento e algumas áreas de prevenção; os médicos de família têm uma dificuldade em assumir esses serviços, associada à falta de tempo e cargas pesadas de trabalho; ainda assim, identificam como os serviços ‘mais importantes’ da APS aferição da pressão sanguínea, triagem do uso de tabaco e intervenções para cessação do uso dele.

Síntese: o estudo pesquisou a Promoção da Saúde e a prevenção como uma unidade de práticas, como se elas não tivessem diferenças entre si; refere-se as atividades de aconselhamento nos comportamentos em saúde, voltada à área de ação da Promoção da Saúde desenvolvimento das habilidades pessoais. Contudo, é visível a dificuldade dos médicos no desenvolvimento ações de Promoção da Saúde, a qual tem relação com a formação dos profissionais em Promoção da Saúde.

Ainda nos Estados Unidos, Roll e Bowers (2017) examinaram uma proposta comunitária inovadora de um programa de enfermagem para promover o envelhecimento saudável de pessoas com deficiência intelectual ou de desenvolvimento. Como resultado identificaram a relevância de realizar no programa educação em saúde centrada na pessoa, defesa para o retorno seguro à casa, apoio para os funcionários entenderem que diferentes situações de saúde podem levar a mudanças de comportamentos e à participação dos indivíduos com deficiência intelectual ou de desenvolvimento.

Síntese: o estudo destaca o trabalho desde a área de ação de Promoção da Saúde desenvolvimento de habilidades pessoais e o fortalecimento da ação comunitária, isto utilizando o princípio de empoderamento através da auto-responsabilização das pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento.

Até agora, fizemos uma contextualização para nos aproximarmos aos artigos do *corpus* do estudo e vemos que vários deles abordam as áreas de ação da Promoção da Saúde, principalmente as denominadas como desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde junto com os princípios de empoderamento, participação social e intersetorialidade. Assim também, identificamos de forma inicial um equívoco recorrente na conceitualização da Promoção da Saúde e da prevenção, conceitos que parecem ser utilizados de forma sinônima.

5 SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO: confluências e dissonâncias entre teoria e prática

A Promoção da Saúde, enquanto uma disciplina nova e com um peso potencial que possui nas diferentes relações sociais, consideramos uma prática polissêmica, até porque, para Chapela (2008), situa-se e rodeia-se por lutas de poder para definir seu caráter, a sua especificidade e o seu discurso. Diante disto, temos muitas posições, sentidos e significados considerados à Promoção da Saúde, mesmo quando no ano de 1986 ela foi institucionalizada pela OMS na *I Conferência Internacional de Promoção da Saúde* em Ottawa, Canadá.

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) a Promoção da Saúde, enquanto estratégia de produção de saúde, é um modo de pensar e de agir de forma articulada às outras tecnologias e políticas que interagem no sistema de saúde brasileiro, o qual contribui na conformação de ações respondam às necessidades saúde. Outrossim, consideramos a Promoção da Saúde como uma estratégia que se articula de forma transversal e que permite a visibilidade dos aspectos que colocam a saúde populacional em risco, assim como as necessidades que existem nos diferentes contextos.

O *Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar* (BRASIL, 2011b) faz uma leitura sobre a realidade atual, com ênfase sobre o momento importante de mudança de paradigma, pois o objetivo do sistema de saúde deve estar direcionado a promover a saúde além de tratar doenças; ademais, destaca que as medidas de Promoção da Saúde não devem estar voltadas para alguma determinada doença, e sim enfocadas em aumentar a saúde e o bem-estar, associando de forma intrínseca à Promoção da Saúde com valores como vida, equidade, solidariedade, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria e democracia.

A idéia de ‘promoção’ é equivalente ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva, preparando o sujeito e a coletividade para lidar com muitos dos elementos que condicionam a saúde. Ou seja, o entendimento de ‘promoção’ vai além da aplicação técnica e normativa, pois não é suficiente ter conhecimento das doenças e controlá-las, é necessário incentivar um fortalecimento

da saúde através do desenvolvimento de uma chamada capacidade de escolha (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A respeito do nosso *corpus* deste estudo, apresentamos a síntese dos sentidos e significados da Promoção da Saúde em cada um dos artigos no Quadro 7 a seguir.

Quadro 7 Sentidos e Significados da Promoção da Saúde presentes no *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017¹⁴.

No	Referência	Sentidos e Significados da Promoção da Saúde
1	BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. <i>Archives of Disease in Childhood</i> , v. 97, p. 73–77, 2012.	- CHP are basically primary care activities but require essential support from secondary paediatric services -The concept of health promotion which emphasised health education to empower parents to identify problems in their own children ".
2	BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. T. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. <i>Health Promotion International</i> , v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.	- Promotion of health behaviours. -Effect evaluation was regarded as difficult because lifestyle behaviour changes and potential behavioural determinants, and the ultimate health and quality of life effects are dependent on and may be influenced by much more than their campaign alone.
3	ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , p. 898–907, 2012.	- The art and science of motivating people to enhance their lifestyle to achieve complete health , not just the absence of disease. -Health promotion is defined as a behaviour motivated by the desire to increase well-being and actualize human health potential . It is an approach to wellness .
4	FIGUEIRA, T; FERREIRA, E; SCHALL, V; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. <i>Rev. Saúde Pública</i> , v. 43, n. 6, p. 937–43, 2009.	-A promoção de saúde foi concebida como um nível de prevenção e associada à responsabilização individual e ao conceito positivo de saúde. -A promoção da saúde é um dos componentes da prevenção primária, um conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida. -Conjunto de estratégias transversais a todas as ações e níveis de atenção , resultando uma intervenção multi e intersetorial. -Assim, não se constitui em nível específico de atenção, não se situa em ações anteriores à prevenção e nem responsabiliza exclusivamente o indivíduo por seu estado e comportamentos para a saúde.
5	HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. <i>Primary Care Mental Health</i> , v. 4, p. 143–157, 2006.	-Mental health promotion (MHP) involves ' any action to enhance the mental wellbeing of individuals, families, organisations or communities. -Mental Health Promotion in Primary Care, conceptualises it as both increasing protective factors and decreasing risk factors.

¹⁴ Salientamos que os elementos negritados na coluna de *Sentidos e Significados da Promoção da Saúde* foi um destaque elaborado pelas pesquisadoras para chamar a atenção do leitor sobre as frases ou palavras presentes nas citações textuais consideradas como relevantes. Também, foram mantidos os fragmentos na íntegra ainda sendo eles na língua inglesa, no sentido de a tradução não alterar o seu sentido.

Quadro 7 Sentidos e Significados da Promoção da Saúde presentes no *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017¹⁴.

No	Referência	Sentidos e Significados da Promoção da Saúde
		<p>-Raising awareness of mental health issues and had limited knowledge of what activities might be considered MHP.</p> <p>-All therapists attempted to define MHP. The main themes were: examples of MHP activities, effect of MHP on individual's mental health, and effect of MHP on the system around the individual.</p>
6	<p>IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. Journal of Clinical Nursing, p. 593–602, 2007.</p>	<p>-Health promotion is open to diverse interpretations and community nurses have difficulty in identifying the ideologies that should be pivotal to health promotion practice.</p> <p>-Health promotion, where the focus is health education, lifestyle and behaviour change and new paradigm health promotion, the mainstay of which is empowerment and community development.</p> <p>-Health education does not help to define health promotion, but rather is a mature concept, which has boundaries that are distinct from health promotion.</p> <p>-Health promotion has evolved since Maben and Macleod Clark's (1995) conceptualization to form a more politically orientated configuration, which seeks to transform and empower communities by involving them in activities that influence public health.</p> <p>-One of the most prominent definitions that emerged from the analysis relates to lifestyle and behaviour change.</p> <p>-Some district nurses talked of health promotion in terms of patients taking responsibility for their own health.</p>
7	<p>LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 28, p. 130–131, 2010.</p>	<p><i>Não específica.</i></p>
8	<p>LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. Health Promotion Practice, v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.</p>	<p><i>Não específica.</i></p>
9	<p>FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. Physis, v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.</p>	<p>-Campo problemático, composto de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e dimensões participativas e emancipatórias.</p> <p>-Uma das diferenças entre prevenção de doenças e promoção da saúde o fato de que, enquanto aquela tem como alvo os grupos de risco e patologias específicas, esta tem em vista o conjunto da população e um conjunto ampliado de temas em saúde.</p>
10	<p>NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The "Health Coaching" programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. BMC Family Practice, 2013.</p>	<p>-Multidimensional, patient-centred and systematic approach to foster GPs' counselling about health relevant behaviour.</p>

Quadro 7 Sentidos e Significados da Promoção da Saúde presentes no *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017¹⁴.

No	Referência	Sentidos e Significados da Promoção da Saúde
11	NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences , v. 30, p. 349–355, 2016.	-Encourage a more population-based approach .
12	PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in Primary Care , v. 19, p. 317–323, 2011.	-A wide range of activities including holistic strategies encompassing behaviour change, health education, community development, empowerment, prevention and protection and in general practice activities also include screening and clinical interventions.
13	RICHARD, L. <i>et al.</i> Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. Public Health Department , v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.	<p>-Health promotion was defined by highlighting its holistic and more encompassing approach as compared with prevention: I see health promotion as larger, more general....</p> <p>-Health promotion was said to “go beyond” the individual to include groups, communities, and populations.</p> <p>-Health promotion is about talking about good things and hard selling them. For me, this is the difference [with prevention]. Prevention is about preventing something negative and health promotion is to hard sell something positive.</p> <p>-To teach good health habits... for me that's health promotion! Health promotion is, instead, oriented toward the attainment of positive results.</p> <p>-For nurses, health promotion and disease prevention thus appear to have much in common, with the former apparently conceived as an expansion of the latter toward positive targets and larger groups.</p> <p>-When health promotion is mainly considered as health education on a larger scale and when very few references are made to action on environmental targets, it is not surprising that respondents very rarely elicited activities other than education and screening aimed at individual targets.</p>
14	ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of individuals with Developmental Disabilities: a qualitative case study health and living situation of Individuals with I/DD. Western Journal of Nursing Research , v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.	<p>-Promotion of healthy aging for individuals with I/DD includes providing person-centered health education, advocating for the safe return home of individuals with I/DD, helping support staff understand that certain health issues lead to behavior changes, and enabling social participation for individuals with I/DD.</p> <p>-Health promotion programs in community-based organizations represent the first steps in addressing the health disparities faced by individuals with I/DD.</p>
15	SANCHEZ, A.; <i>et al.</i> Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. BMC Family Practice , v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.	-Promoting healthy lifestyles.

Quadro 7 Sentidos e Significados da Promoção da Saúde presentes no *corpus* da Revisão Integrativa sobre Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil e no Mundo, nov. 2017¹⁴.

No	Referência	Sentidos e Significados da Promoção da Saúde
16	SHAHAR, D. R.; <i>et al.</i> A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. Nutrition , v. 25, p. 532–539, 2009.	-Health promotion is considered an important element of the health-professional role . -Health promotion is the most effective and challenging role of health providers .
17	WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. Quality in Primary Care , v. 16, p. 177–185, 2008.	-The health promoting general practice is the gold standard for health promotion . -Baric suggests that to become recognised as a health-promoting general practice the staff must commit to fulfil three conditions . -At one extreme some hospitals do little more than provide health information and education to patients , whereas, at the other, health promotion becomes integrated into staff roles throughout the organisation . For the reorientation of the hospital to occur and be sustainable, the research indicated that there had to be strong organisational commitment to change, supported by strong policy and leadership . Similar levels of commitment and support will be needed in general practice. - Teamwork is a prerequisite of effective health promotion , and increasingly professionals will have to work as members of multidisciplinary teams .
18	WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. International Journal of Nursing Practice , v. 15, p. 156–163, 2009.	-Health promotion encourages well-being and thus is of positive value . -Health promotion is an important task for the healthcare sector .

Comentamos num primeiro momento os resultados identificados de forma individual em cada um dos 18 artigos que compõem o *corpus* desse estudo. O Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012) destaca que as atividades de Promoção da Saúde são basicamente atividades da Atenção Primária em Saúde, e coloca ênfase na educação em saúde que empodera os pais e as mães com o objetivo de identificar problemas de saúde nas suas crianças.

Por sua vez, o Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011) entende a Promoção da Saúde como sinônimo de promover comportamentos saudáveis. No entanto, ressalta como é difícil desenvolver processos de avaliação do efeito da intervenção pois as mudanças nos estilos de vida assim como os determinantes para as mudanças potenciais e os efeitos da qualidade de vida poderiam estar influenciados por muito mais que uma campanha isolada.

A Promoção da Saúde, segundo Erci (2012) no Artigo 3 é concebida como a arte e a ciência de motivar as pessoas para melhorar os seus estilos de vida e alcançar uma melhor saúde; é o desejo de acrescentar o bem-estar e alcançá-lo.

O Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) compreende de forma diferente a Promoção da Saúde como um nível da prevenção primária que tem relação com a responsabilização individual (mas não entendendo a responsabilização como exclusiva do indivíduo) e com uma abordagem positiva do conceito de saúde; é um conjunto de medidas para melhorar a saúde, focando no espaço físico e no estilo de vida dos indivíduos; também, é entendida como um conjunto de estratégias transversais nas ações e níveis de atenção em saúde de forma multi e intersetorial.

No Artigo 5 sobre a Promoção da Saúde mental (de forma específica), Hamill e Powis (2006) a consideram como qualquer ação para melhorar o bem-estar mental individual, familiar, organizacional e comunitário.

Outrossim, o Artigo 6 (IRVINE, 2007) reconhece que as enfermeiras têm dificuldade para identificar as ideologias que sustentam a prática em Promoção da Saúde, porém, ressalta que elas entendem a Promoção da Saúde na prática com foco na educação em saúde, mudanças no comportamento e estilos de vida e o novo paradigma que propõe o empoderamento e desenvolvimento comunitário, ao envolver as comunidades em atividades que tenham influência na saúde pública; entretanto, algumas enfermeiras entendem como parte da Promoção da Saúde os processos de responsabilização da própria saúde por parte dos indivíduos.

A Promoção da Saúde no Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010), é considerada como um campo problemático, com elementos transversais à participação e à emancipação (empoderamento); entendem que a Promoção da Saúde tem uma abordagem populacional e um conjunto ampliado de temas em saúde.

No Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013) a Promoção da Saúde é concebida como multidimensional, centrada no “paciente” e com foco no aconselhamento sobre comportamentos relevantes para a saúde.

Já no Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016) a Promoção da Saúde consiste em motivar para uma abordagem populacional.

O sentido e significado da Promoção da Saúde numa visão focada em atividades que incluem estratégias holísticas para a mudança de comportamento, educação em saúde, desenvolvimento comunitário, empoderamento, prevenção e proteção da saúde e também triagem e intervenção clínica é evidenciada no Artigo 12 (PECKHAM *et al.*, 2011).

Ainda numa visão holística, no Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010), a Promoção da Saúde é entendida como algo mais amplo que a prevenção, com uma abordagem mais holística, que vai além do indivíduo e transcende aos grupos, comunidades e populações. Consiste em ‘vender’ as coisas boas, positivas da saúde, como ensinar bons hábitos em saúde e assim ter bons efeitos nela.

No Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017), é compreendido que a Promoção da Saúde para pessoas com deficiência intelectual ou de desenvolvimento defende a educação em saúde centrada na pessoa, a defesa para o retorno seguro deles aos seus lares, a ajuda ao pessoal de atenção para entender que algumas situações em saúde precisam de certas mudanças do comportamento e a participação dos indivíduos nas organizações comunitárias.

O conceito da Promoção da Saúde no Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017), é entendido como promover estilos de vida saudáveis. Por outro lado, no Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009), a Promoção da Saúde é considerada como um elemento importante no ‘papal’ do profissional em saúde pois é a prática mais efectiva e desafiante para eles.

Diferentemente dos demais estudos, o Artigo 17 (WATSON, 2008), salienta que para garantir a prática da Promoção da Saúde na reorientação do serviço de saúde deve existir compromisso e trabalho em equipe, mas não menciona o que é entendido como conceito de Promoção da Saúde. A Promoção da Saúde no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) consiste em motivar o bem-estar e por isso é positivo e importante dentro do setor saúde.

Diante dos dados apresentados, encontramos convergência entre o Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), o Artigo 6 (IRVINE, 2007), o Artigo 12 (PECKHAM *et al.*, 2011), e o Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) ao considerar a EDUCAÇÃO EM SAÚDE como parte do conceito de Promoção da Saúde, visível nos fragmentos dos textos a seguir.

[...] the concept of health promotion **which emphasised health education** to empower parents to identify problems in their own children (Artigo 1).

[...] health promotion, **where the focus is health education**, lifestyle and behaviour change and new paradigm health promotion [...] **health education does not help to define health promotion, but rather is a mature concept, which has boundaries that are distinct from health promotion** (Artigo 6).

[...] a wide range of activities including holistic strategies encompassing behaviour change, **health education**, community development, empowerment, prevention and protection and in general practice activities also include screening and clinical interventions (Artigo 12).

[...] promotion of healthy aging for individuals with I/DD **includes providing person-centered health education**, advocating for the safe return home of individuals with I/DD (Artigo 14).

Ao trazermos os destaques convergentes nesses estudos em relação à educação em saúde e a educação centrada na pessoa, vemos que a educação em saúde não pode definir a Promoção da Saúde, por entendermos que a Promoção da Saúde é um conceito ampliado voltado a uma abrangência que ultrapassa as estratégias didáticas da educação em saúde.

Todavia, na *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* realizada em Sundsvall (OMS, 1991), discutida por Figueiredo e Martins (2016) a educação precisa ser baseada nos princípios de igualdade com a finalidade de proporcionar mudanças políticas, econômicas e sociais que garantam a saúde para todos, a qual compreendemos como uma questão de cidadania individual e coletiva.

A Promoção da Saúde é diferenciada da educação em saúde por Vasconcelos e Da Costa (2014), ao defenderem que a Educação em Saúde pode se considerar como um componente da Promoção da Saúde, sempre e quando incentive ações efetivas que transcendam a abordagem preventiva. Neste sentido, comungamos com Morosini, Fonseca e Pereira (2009) que consideram a Educação em Saúde um dos eixos que pode sustentar a prática da Promoção da Saúde.

Por outro lado, Kumar e Preetha (2012) discutem que a Educação em Saúde e a Promoção da Saúde são dois conceitos que tendem a ser usados como sinônimos, o qual representa um erro comum pois a Educação em Saúde procura fornecer informações e conhecimentos de saúde a indivíduos e comunidades assim como proporcionar habilidades para que aqueles indivíduos adotem comportamentos saudáveis, enquanto a Promoção da Saúde tem uma abordagem mais abrangente, com o envolvimento de vários atores e focado em abordagens multisectoriais. A Promoção da Saúde encontra-se sintonizada para assim responder a desenvolvimentos que têm

influência direta ou indireta sobre a saúde, tais como as desigualdades, as mudanças nos padrões de consumo, as diferentes crenças culturais, entre outras.

Contudo, consideramos que a Educação em Saúde é uma estratégia a qual tem muita relação com a prática da Promoção da Saúde, porém, esta prática não pode ser reduzida a atividades educativas pois é um conceito com uma abordagem muito mais abrangente, que transcende a muitos outros fazeres e saberes.

Quanto a temática de ESTILOS DE VIDA-COMPORTAMENTOS-HÁBITOS SAUDÁVEIS há convergência evidente no Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011), no Artigo 3 (ERCI, 2012), no Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), no Artigo 6 (IRVINE, 2007), no Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013), no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), no Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010), no Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) e no Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017), como apresentamos nos fragmentos de textos a seguir.

The art and science of **motivating people to enhance their lifestyle to achieve complete health**, not just the absence of disease [...] Health promotion is defined as **a behaviour motivated by the desire to increase well-being and actualize human health potential** (Artigo 3).

A promoção da saúde é um dos componentes da prevenção primária, um **conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral**, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e **estilo de vida** (Artigo 4).

[...] health promotion, **where the focus is health education, lifestyle and behaviour change** and new paradigm health promotion (Artigo 6).

[...] multidimensional, patient-centred and systematic **approach to foster GPs' counselling about health relevant behaviour** (Artigo 10).

To teach **good health habits**... for me that's health promotion! (Artigo 13)

Vemos nesses destaques na definição da Promoção da Saúde os conceitos de motivação para melhorar os estilos de vida, os comportamentos, assim como o aconselhamento sobre comportamentos saudáveis, considerados como 'bons hábitos'.

Porém, o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) complementa sobre o reconhecimento de que, na saúde pública, nenhuma intervenção clínica tem um potencial de impacto melhor que a promoção de estilos saudáveis.

Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) enfatiza que os estilos de vida têm sido considerados desde um olhar individualizante, o qual têm colocado muitas vezes os sujeitos e as comunidades como os ‘únicos’ responsáveis sobre o seu processo de saúde e adoecimento. Entretanto, não podemos negar uma perspectiva ampliada da saúde, tal como a concebida no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na qual os modos em que os sujeitos e as coletividades elegem formas de viver, definem suas escolhas e propõem novos caminhos e possibilidades para ter uma resposta às suas necessidades, vontades e interesses têm a ver com uma ordem coletiva. Porém, sem eximir o Estado de sua responsabilidade e dever com a saúde de toda população, enquanto um direito defendido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), assegurado na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e aprovado nas Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b).

Considerando que, os estilos de vida-condições de vida-hábitos em saúde são conceitos amplos e relacionados diretamente com os Determinantes Sociais da Saúde, eles estão relacionados ao conceito de Promoção da Saúde numa ação dirigida a adaptar, melhorar e mudar se for necessário aqueles estilos, condições e hábitos. Porém, consideramos que a PS limitada somente ao desenvolvimento de habilidades pessoais é reducionista e não contempla as outras quatro áreas de ação como desenvolvimento de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde, estabelecidas na Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa (OMS, 1986).

O conceito EMPODERAMENTO, por outro lado, foi considerado dentro dos sentidos e significados da Promoção da Saúde, presente no Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), no Artigo 6 (IRVINE, 2007), no Artigo 9 (FERREIRA e KIND, 2010) e no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), de forma convergente, como se apresenta nos fragmentos dos textos:

[...] the concept of health promotion which emphasised health education **to empower parents to identify problems in their own children** (Artigo 1).

[...] **the mainstay of which is empowerment** and community development (Artigo 6).

[...] campo problemático, composto de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e **dimensões participativas e emancipatórias** (Artigo 9).

[...] a wide range of activities including holistic strategies encompassing behaviour change, health education, community development, **empowerment**, prevention and protection and in general practice activities also include screening and clinical interventions (Artigo 12).

O *empowerment* é citado nesses estudos, sobretudo naqueles da língua inglesa, como uma meta a ser alcançada com os pais e mães ao falarmos de saúde da criança, ou como um processo a ser desenvolvido no nível comunitário, inclusive trazendo de forma sinônima a ‘emancipação’.

Em relação ao empoderamento, Carvalho (2004) fala da estratégia de *empowerment* como um dos eixos centrais da Promoção à Saúde, fundamental para a ampliação de práticas democráticas da saúde, o qual garanta a participação dos sujeitos no processo de decisão sobre como encaminhar sua vida; já no nível comunitário, o conceito de empoderamento contribui sobretudo para re-pensar as práticas de educação em saúde.

Apesar de considerarmos o conceito de empoderamento fundamental ao referir à PS, concordamos com Carvalho (2004) que ao se pensá-lo como um eixo central da Promoção da Saúde, somente é possível agir nas suas cinco áreas de ação, para que ele possa ser gerado, seja na elaboração de políticas saudáveis, na criação de ambientes favoráveis, no estímulo da participação comunitária, no desenvolvimento das habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde. Ademais, tanto aqueles que estão como responsáveis dos processos de PS precisam estar empoderados, quanto aqueles que estão participando nos processos de Promoção da Saúde de forma construtiva têm que se sensibilizar para assim gerar mudanças significativas e criar ‘novos’ processos de melhoramento da saúde.

Neste sentido, Carvalho (2004, p.1090) faz uma diferenciação entre o conceito *empowerment* psicológico, o qual é um “sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” e o conceito de *empowerment* comunitário, o qual parte de que “a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de ‘empowerment’ impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem” (CARVALHO, 2004, p.1091).

Ao referirmos sobre os princípios da PS estabelecidos na Carta de Ottawa (OMS, 1986), Vasconcelos e Da Costa (2014) reforçam que é um objetivo da Promoção da Saúde ampliar as opções para que os indivíduos e as populações possam controlar melhor sua própria saúde e o meio ambiente, isto através da divulgação de informação, a educação em saúde (como já se associou anteriormente ao sentido e significado da Promoção da Saúde), assim como a intensificação das habilidades para a vida.

Por isto, consideramos que o empoderamento (também conhecido e defendido como *empowerment* por diversos autores aqui citados, pela dificuldade de gerar uma tradução textual do conceito) é um elemento transversal da Promoção da Saúde e na sua prática, pois é justamente isso que procura ser alcançado com as diferentes intervenções, processos e atividades desenvolvidas desde a Promoção da Saúde, tanto no nível individual como nos níveis comunitários, organizacionais e em outros cenários coletivos.

Junto ao conceito de empoderamento, vem a PARTICIPAÇÃO SOCIAL como um ‘cúmplice’ fundamental nos processos de Promoção da Saúde. Fernandez e Mendes (2007) embassaram-se em Ammann (1978) para entender a participação social como o processo que permite aos grupos sociais envolver-se na gestão, produção e usufruto dos bens e serviços de uma sociedade específica. Neste sentido, a participação é um “processo relacional que opera no campo da construção de identidades, uma vez que promove a reflexividade da ação social” (FERNANDEZ; MENDES, 2007, p.64).

Em relação à participação social, Vanconcelos e Da Costa (2014, p.63) mais uma vez retomam a Carta de Ottawa (OMS, 1986) ao falar que ela “supõe a participação de todos os sujeitos envolvidos na saúde: membros da comunidade, profissionais de saúde, governantes e outros setores e agências nacionais e internacionais”, para que a responsabilidade pela saúde seja compartilhada e assumida da mesma forma por todos esses atores.

Ainda relacionado sobre o empoderamento, trazemos à discussão o conceito de AUTONOMIA, vinculado com a compreensão da Promoção da Saúde. Para Ribeiro e outros (2011), embassados em Buss (2009), a autonomia estimula os indivíduos a se autovigiarem com o motivo de otimizar sua vida, com uma participação na construção de estratégias coletivas para o enfrentamento e mudança dos determinantes sociais da saúde.

Outrossim, foi visível no *corpus* deste estudo divergência em relação aos conceitos de PREVENÇÃO e Promoção da Saúde. No Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), a Promoção da Saúde é considerada um nível da prevenção primária e no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), entendem a Promoção da Saúde conformada por várias estratégias, incluída a prevenção. Mas, o Artigo 13 (RICHARD *et al*, 2010), considera a Promoção da Saúde como algo mais amplo que a prevenção, conforme explicitação dos fragmentos dos textos a seguir.

A promoção de saúde foi concebida como um nível de prevenção e associada à responsabilização individual e ao conceito positivo de saúde. **A promoção da saúde é um dos componentes da prevenção primária**, um conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida (Artigo 4).

a wide range of activities including [...] **prevention and protection** and in general practice activities also include screening and clinical interventions (Artigo 12).

For nurses, **health promotion and disease prevention** thus appear to have much in common, with the former apparently conceived as an expansion of the latter toward positive targets and larger groups (Artigo 13).

Os Artigos 4 e 12 trazem um conflito conceitual ao falar da Promoção da Saúde como um nível de prevenção, prevenção primária, assim como se referir à prevenção e proteção da saúde como atividades próprias da Promoção da Saúde. Também, no Artigo 13 as enfermeiras participantes do estudo compreenderam que Promoção da Saúde e prevenção têm muito em comum.

Esta contradição foi evidenciada desde a construção do objeto deste estudo, pois em quatro (4) dos treze artigos utilizados no ‘estado da arte’ foi visível, por exemplo no estudo de Heidemann, Wosny e Boehs (2014), ao identificar que os profissionais manifestam na prática uma incapacidade de reconhecer as diferenças entre prevenção da doença e promoção da saúde.

No documento da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006) observamos também o conflito conceitual na definição dos seus objetivos específicos, ao definir como um deles “prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde” (BRASIL, 2006, p.18); assim como na segunda estratégia da implementação são definidas as ações preventivas como ações de PS, evidenciadas a seguir.

Estímulo à inserção de **ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica**, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e **prevenção e controle ao tabagismo** (BRASIL, 2006, p.20).

Por outro lado, o *Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar* (BRASIL, 2011b, p.239) define a prevenção primária como a “prevenção realizada no período pré-patogênico e se compõe de dois níveis: promoção à saúde e proteção específica”; uma contradição apresentada num documento formal que deveria de guiar a prática dos profissionais.

Todavia, segundo Czeresnia e Freitas (2009), independente das diferentes filosofias, teorias ou correntes políticas envolvidas na operacionalização da Promoção da Saúde, surgem dificuldades as quais (sejam elas inconsistências, contradições e-ou pontos obscuros) na maioria das vezes implicam a divergência entre as estratégias de Promoção da Saúde e as práticas preventivas tradicionais.

A respeito dessa divergência conceitual, Figueiredo e Martins (2016, p.67) se baseiam em Sícoli e Nascimento (2003) ao falarem que existe “uma lacuna em relação à controvérsia referente à conceituação de Promoção da Saúde e confusão desta quanto à prevenção de doença”; ainda, destacam como a Promoção da Saúde resgata a concepção da saúde como produto social e busca extrapolar o enfoque de risco do campo da prevenção.

Entendemos que existe uma diferença radical entre prevenção à doença e Promoção da Saúde, a qual precisa de mudanças significativas na articulação/utilização do conhecimento nas práticas de saúde. Segundo Czeresnia e Freitas (2009), isto só é alcançável com a transformação de como é concebido o mundo, uma vez que tal concepção pode ser devido aos projetos de PS se valerem também de conceitos tradicionais que orientam a produção do conhecimento em saúde (como doença, transmissão e risco) e que é semelhante ao discurso.

Concordamos com Czeresnia e Freitas (2009) ao reconhecerem a existência da contradição entre os conceitos de promoção e prevenção. No entanto, acreditamos que a mudança da visão de mundo é requerida para entendermos que ambos os conceitos assim como ambas as práticas articulam e utilizam o conhecimento de forma diferenciada e por isso consideramos que é importante, segundo a compreensão dessas autoras, explicitar mais claramente, tanto de forma verbal quanto de forma prática, as diferenças entre elas.

Complementando esta afirmação, Ribeiro e outros (2011) referem-se que a PS e a prevenção correspondem a duas abordagens distintas, porém, podendo ser complementares na prática, ou seja, começam diferenciando-as em relação aos seus conceitos da saúde: enquanto a Promoção da Saúde concebe ‘saúde’ como qualidade de vida, incluindo as diversas esferas da vida humana, a prevenção entende ‘saúde’ como a ausência de doenças, intervindo sobre possíveis riscos e agravos.

Com base nesses conceitos de saúde, os campos de ação tanto da Promoção da Saúde como da prevenção também se diferenciam, sendo para a primeira o meio ambiente em que vivem e trabalham as populações assim como seus estilos de vida, enquanto que a segunda são os estilos de vida relativos às doenças, objeto desta (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Podemos diferenciar esses conceitos embasando-nos nos agentes responsáveis pelas ações, uma vez que, segundo Ribeiro e outros (2011), para a PS os agentes podem ser o Estado (na formulação, implementação e avaliação de de políticas públicas saudáveis) assim como a sociedade civil, atores sociais diversos como famílias, grupos comunitários, movimentos sociais, organizações não governamentais, organizações profissionais e o setor privado; enquanto para a prevenção, destacam como principais agentes basicamente os profissionais da saúde, os indivíduos, as famílias e os grupos comunitários.

Finalmente, Ribeiro e outros (2011, p.23) diferenciam a PS da prevenção segundo as estratégias empregadas, para o qual a Promoção da Saúde “ênfatiza o fortalecimento das capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais de transformar os processos sociais de tomada de decisão no sentido de um modo de conduzir a vida com maior controle sobre suas circunstâncias” e a prevenção, por outro lado, “tende a adotar estratégias direcionadoras e persuasivas, prescrevendo normas de conduta que objetivam a mudança de hábitos específicos”.

Consideramos que o recorrente conflito conceitual entre prevenção e Promoção da Saúde é um tema que deve ser esclarecido e diferenciado já na formação dos profissionais da saúde, para assim evitar que na prática existam vazios e lacunas diante das necessidades populacionais e do proposto como metas nos planos e políticas relacionados à Promoção da Saúde.

A MULTIDIMENSIONALIDADE da abordagem da Promoção da Saúde, explicitada no Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) e o Artigo 6 (IRVINE, 2007), coloca a Promoção da Saúde como uma RESPONSABILIZAÇÃO DO INDIVÍDUO; o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID;

GRÜNINGER, 2013) e o Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017), falam de forma complementar que a Promoção da Saúde é CENTRADA NA PESSOA.

Divergente dos artigos anteriores, o Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) menciona as esferas familiares, organizacionais e comunitárias, e o Artigo 9 (FERREIRA e KIND, 2010), o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) e o Artigo 13 (RICHARD *et al*, 2010) afirmam que a Promoção da Saúde tem uma ABORDAGEM POPULACIONAL-COMUNITÁRIA.

Desde o nosso entendimento como profissional em Promoção da Saúde, assim como segundo o estabelecido nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a abordagem dela é populacional, comunitária, organizacional, sempre focada nos coletivos.

Também, a partir dessa abordagem coletiva, encontramos um aspecto relevante na hora de entender a Promoção da Saúde: a INTERSETORIALIDADE. Fernández e Mendes (2007) falam da intersectorialidade como uma articulação entre sujeitos e organizações de vários setores sociais, com saberes, poderes e vontades diferenciados e diversos que podem ajudar ao confronto de situações complexas, evitando assim a fragmentação dos saberes e das estruturas sociais com a finalidade de ter um melhor impacto na saúde, efetivar as políticas públicas e enfrentar a exclusão social.

Entretanto, Zancan, Bodstein e Marcondes (2002) referem a dicotomia de conceituações e práticas em Promoção da Saúde. No primeiro grupo, a Promoção da Saúde é entendida como as atividades focadas na transformação dos comportamentos individuais e dos estilos de vida familiares e comunitários. O segundo grupo, olha a Promoção da Saúde ‘moderna’ em função do protagonismo dos Determinantes Sociais da Saúde sobre as condições de saúde, entendendo a saúde como o produto de um amplo espectro além dos estilos de vida, como por exemplo a alimentação, condições de habitação, saneamento, trabalho, educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social, entre outras.

Por outro lado, Vasconcelos e Da Costa (2014) defendem que a intersectorialidade precisa superar as abordagens setoriais pois a Promoção da Saúde *per si* ultrapassa a atenção em saúde em função dos cuidados de saúde, inserindo a temática da saúde na agenda política em múltiplos setores.

Como síntese da análise sobre os Sentidos e Significados da Promoção da Saúde desenvolvida ao longo deste item apresentamos a Figura 10, na qual se identificam na cor verde

aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

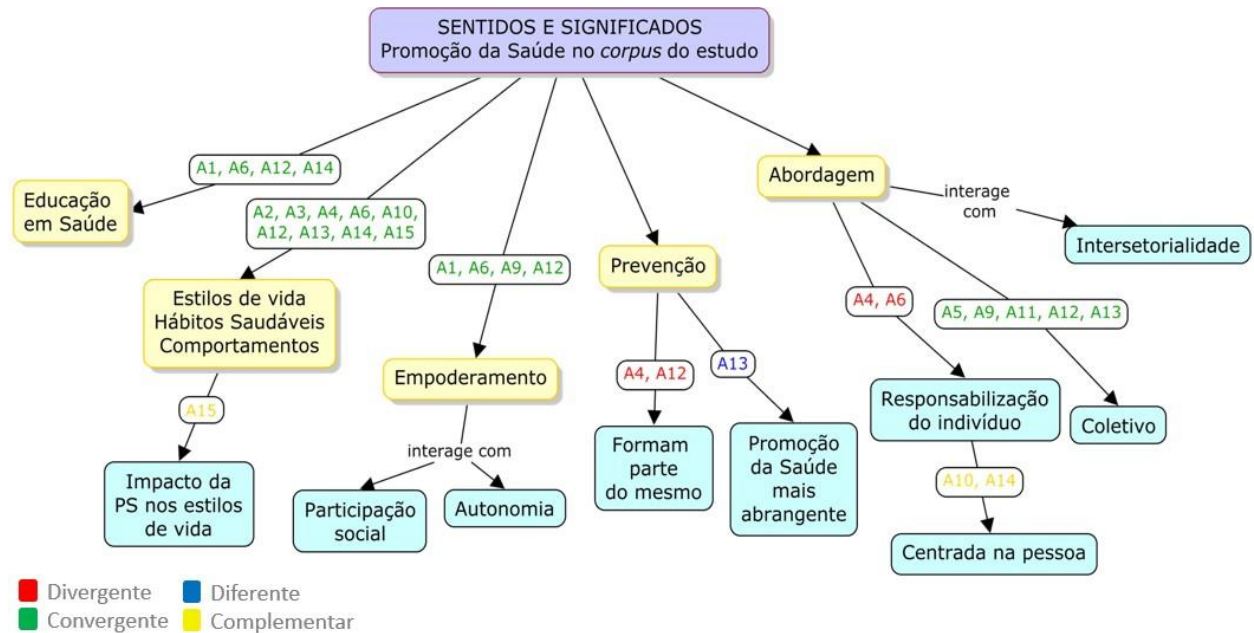


Figura 10 Sentidos e Significados da Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Assim, concordamos também com Nascimento e Assis (2006, p.78) ao defenderem que a Promoção da Saúde é um

processo complexo e polissêmico, que inclui tanto o aproveitamento dos recursos potenciais e existentes quanto a mudança de práticas políticas, de gestão e de atenção, em direção à institucionalização de espaços democráticos de articulação de organizações e entidades interdependentes com a finalidade de defender os direitos e necessidades de grupos sociais.

Outrossim, Traverso-Yépez (2007, p.226) defende que aqueles argumentos que justificam a necessidade da Promoção de Saúde são variados, pois

encontram-se desde aqueles com uma perspectiva humanista, centrados na necessidade de trabalhar com uma concepção mais abrangente de saúde, até argumentos mais pragmáticos, que concebem a promoção como uma reação à acentuada medicalização da saúde e suas limitações iatrogênicas, ou os com um viés mais economicista, voltando o foco para os altos custos envolvidos na moderna tecnologia médico-farmacêutica.

Embasando-nos em Vasconcelos e Da Costa (2014, p.47), acreditamos que a Promoção da Saúde “constitui um verdadeiro caleidoscópio”, pois implica uma série de tensões teóricas e filosóficas. No Brasil, tem-se dado relações de aproximações e diferenciações entre o Movimento da Reforma Sanitária e a Promoção da Saúde, pois seus marcos teórico-conceituais têm tido confluências e dissonâncias. Apesar do discurso da Promoção da Saúde seja um discurso politicamente correto, sua prática mantém-se distante de se configurar como algo homogêneo, se colocando num terreno ‘movediço’ a forma em que os termos estão, até hoje, sujeitos a interpretações diversas.

Em síntese, concordamos com Vasconcelos e Da Costa (2014, p.86) ao considerar a Promoção da Saúde como uma “lente da integralidade, da concepção ampliada da saúde, da determinação social da saúde a nortear os serviços sanitários em todos os níveis de atenção e a parametrizar o trabalho dos diferentes gestores e profissionais, em suas formas de abordagem e atuação”.

6 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: contradições, fragilidades e desafios no processo de trabalho em saúde no Brasil e no mundo

Partindo da teoria sobre processo de trabalho de Marx (1988) revisitado por Mendes-Gonçalves (1992), na perspectiva do processo de trabalho em saúde, assim como das contribuições de Franco e Mehry (2007) sobre as tecnologias que intervêm no processo de trabalho na área da saúde, discutimos a seguir seus dispositivos: finalidade da prática, objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, atividades, agentes do trabalho e às tecnologias leves (relação interpessoal) entre profissionais de saúde e usuários e vice-versa, na contextualização de avanços, dificuldades e desafios.

Na oportunidade, salientamos que vimos uma escassez de estudos publicados sobre o processo de trabalho nas práticas da Promoção da Saúde, o que pode evidenciar talvez que até aquele momento a Promoção da Saúde não seja ‘valorizada’ como prática em saúde, apesar da sua existência no dia a dia como ações e atividades, sem uma conotação da sua concepção, uma vez que comumente não é diferenciada e sistematizada, nem contemplada na produção científica, como no caso do *corpus* deste estudo.

Segundo Faria e Araujo (2010, p.432), o processo de trabalho em saúde “traz algumas peculiaridades [...]; trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente”.

No livro *Processo de Trabalho em Saúde* (DE FARIA; WERNECK; SANTOS; TEIXEIRA, 2009) qualquer processo de trabalho é realizado para atingir finalidade(s) específica(s) e é essa que guia todo o processo de trabalho. Outrossim, a partir dela é que são estabelecidos os critérios ou parâmetros de como será realizado o processo de trabalho. Os autores complementam que a escolha e o estabelecimento dessas finalidades têm sua importância, até porque muitas vezes uma decisão alienada, alheia aos trabalhadores que exercem a prática propriamente dita, apresenta uma realidade equivocada, em virtude da decisão de “grupos resitritos” no poder.

É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, **as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho**. Atualmente, em nossa sociedade, em quase todas as instituições, **a definição das finalidades está quase completamente alienada, fora do poder de decisão dos trabalhadores** que realizam as atividades produtivas diretas. Quem define as finalidades são, geralmente, **grupos restritos** que ocupam os níveis mais elevados da hierarquia institucional (DE FARIA; WERNECK; SANTOS; TEIXEIRA, 2009, p.22).

Neste sentido, sobre a finalidade da prática da Promoção da Saúde, o primeiro ponto de encontro achado foi em relação à QUALIDADE DE VIDA, para o qual o Artigo 3 (ERCI, 2012), o Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), o Artigo 6 (IRVINE, 2007), o Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), o Artigo 13 (RICHARD *et al*, 2010), o Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017), o Artigo 17 (WATSON, 2008) e o Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) são convergentes ao destacarem como a principal finalidade da Promoção da Saúde é garantir à população e às pessoas QUALIDADE DE VIDA, fortalecer a saúde nelas e que tenham seu bem-estar, exemplificadas por alguns dos fragmentos de trechos desses artigos a seguir.

[...] reduce the potential years of life lost in premature mortality, and **ensure better quality of the remaining life** (Artigo 3).

[...] achieving **optimum health** [...] maintenance of **optimum health** (Artigo 6).

[...] **promote personalized wellness** and prevention services, including smoking cessation, weight management, and nutrition among other activities (Artigo 8).

[...] **enhancement of quality of life and positive conditions**, such as **wellbeing** and **happiness**, and their underlying healthy lifestyles (Artigo 13).

Vemos nos destaques anteriores como garantir melhor qualidade de vida, ótima saúde, bem-estar personalizado, assim como a felicidade, elementos que emergiram como finalidade da prática da Promoção da Saúde.

O Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), o Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) e o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) são convergentes ao conceberem como finalidade da prática da Promoção da Saúde ao adjetivarem a ATENÇÃO COM QUALIDADE (boa, sem estigmatização, acessível, com práticas ótimas), exemplificadas a seguir.

[...] **promote good child care practice** (primary prevention) by working in partnership with parents (Artigo 1).

MHP is a primary care activity for a number of reasons; mental health and physical health are related, **primary care is non-stigmatising and accessible** (Artigo 5).

[...] **optimize health promotion practice in primary and community care** through implementation research (Artigo 15).

Vemos nos trechos destacados como promover a boa prática em atenção à saúde, a atenção primária sem estigma e acessível assim como otimizar a promoção da saúde na prática da APS e na atenção comunitária.

Diferentemente das finalidades aqui referidas, apesar da convergência entre si, o Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010) e o Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) retratam como finalidade da prática da Promoção da Saúde a geração de EMPODERAMENTO das pessoas usuárias dos serviços de saúde assim como dos profissionais da saúde.

[...] objetivo ainda a ser alcançado pelas práticas de promoção da saúde, ‘**a necessidade de aumento dos níveis de autonomia e protagonismo**’ (Artigo 9).

The program **aims to empower health professionals in delivering health-promotion counseling** through personal experience by modifying their own lifestyle behavior (Artigo 16).

Nesse sentido, trazemos mais uma vez (anteriormente discutido) o posicionamento de Carvalho (2004) ao defender o empoderamento como um dos eixos centrais da Promoção da Saúde, tanto aplicado à abordagem individual como à abordagem coletiva. Por conseguinte, consideramos enquanto profissional da Promoção da Saúde que um empoderamento real e efetivo desde a prática da Promoção da Saúde só será atingido ao se trabalhar as cinco áreas de ação: elaboração de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, estímulo da participação comunitária, desenvolvimento das habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

A respeito desse empoderamento, no Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), os autores identificaram que os ‘pacientes’ querem ser estimulados intelectualmente para mudar seus estilos de vida e não somente serem obrigados a mudar certos comportamentos; a falta de motivação a ser exercida pelos profissionais da saúde gera uma decepção nos ‘pacientes’, que sentem que são mal aconselhados em vez de empoderados, como fica explicitado a continuação.

[...] the work at the clinic was also **experienced too physically focused with the emphasis placed on the body’s constitution and functions**. This caused **disappointment** about **not being able to discuss other dimensions** [...]. **Patients expected to be intellectually stimulated** to make changes in their lifestyle, **not to be told exactly what changes to make**. They were **disappointed** about not being helped to get an overall picture of their lifestyle [...]. Patients’ also expressed **disappointment** over being given bad advice instead of being encouraged to gain their own insight (Artigo 11).

Outrossim, o Artigo 17 (WATSON, 2008) ressalta uma das áreas de ação da Promoção da Saúde como finalidade da prática, a geração de ESPAÇOS DE TRABALHO SAUDÁVEIS que sejam modelo para outros locais de trabalho, diferente das demais finalidades aqui mencionadas.

If a practice were to **create a healthy working environment**, it could also be used as a **model to encourage other workplaces** to follow (Artigo 17).

Outras finalidades da Promoção da Saúde são referidas no Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011) e no Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016) ao focarem no ACONSELHAMENTO e ajuda para melhorar os comportamentos em saúde para assim ter estilos de vida saudáveis, práticas inerentes à Promoção da Saúde.

Most respondents also argued that the same applied to **changes in lifestyle behaviours**, and that their **campaigns were especially meant to promote and facilitate initial steps towards changes in behaviours**, health and quality of life (Artigo 2).

[...] **help the patients** with their struggling for a **healthier way of living** [...] **Lifestyle clinics** can both give patients opportunity to **change their current unhealthy lifestyle** and **confirm the good habits** (Artigo 11).

Neste sentido, o Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), reforça o aconselhamento como um avanço na prática da Promoção da Saúde, pois reconhece a sua importância por oferecer guia e apoio aos pais e mães em relação à saúde da criança, sobretudo a respeito do acesso àqueles com mais necessidades socioeconômicas.

Ademais, a discussão sobre o aconselhamento defendido por Ribeiro e outros (2011) é permeada por uma crítica às abordagens prescritivas nas quais os agentes ditam aos usuários qual deve ser seu modo de vida, guiados pelo saber técnico-científico, desconsiderando a cultura, os hábitos, a singularidade do viver de cada indivíduo ou grupo. Entretanto, não podemos desconsiderar que a cultura é a identidade de um povo, um aspecto fundamental à concepção da Promoção da Saúde. Portanto, é necessária a reeducação dos estilos de vida ou modos de viver, pois acreditamos que devem ser considerados os determinantes da saúde das pessoas no seu mais amplo espectro, permitindo assim conhecer e entender as dinâmicas que levam às pessoas a agirem, propondo mudanças e adequações segundo a sua realidade e as suas possibilidades.

Complementando tal discussão, Ribeiro e outros (2011) referem que os profissionais da saúde às vezes pautam os critérios técnicos com um “tom maniqueísta”, colocando os estilos de

viver e hábitos alimentares, por exemplo, como uma luta entre o que ‘está bem’ e o que ‘está mal’, a dicotomia do saudável e o não saudável, permeando a Promoção da Saúde com um critério moral e um julgamento à vida alheia. Uma realidade que precisa ser combatida desde a prática da Promoção da Saúde, pois acreditamos que pode afastar o usuário do profissional da saúde, e afetar a empatia que existe entre eles e o sentimento de ser compreendido e respeitado pelos profissionais de saúde no serviço de Promoção da Saúde.

Concordamos enquanto profissional da Promoção da Saúde com Ribeiro e outros (2011) ao defenderem que a Promoção da Saúde poderá ‘agenciar a vida’, para melhorar a compreensão da finalidade da prática, com o uso de dispositivos que acionem o modo de produzir o próprio viver.

Como síntese da análise sobre a finalidade da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 11, na qual são identificados na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

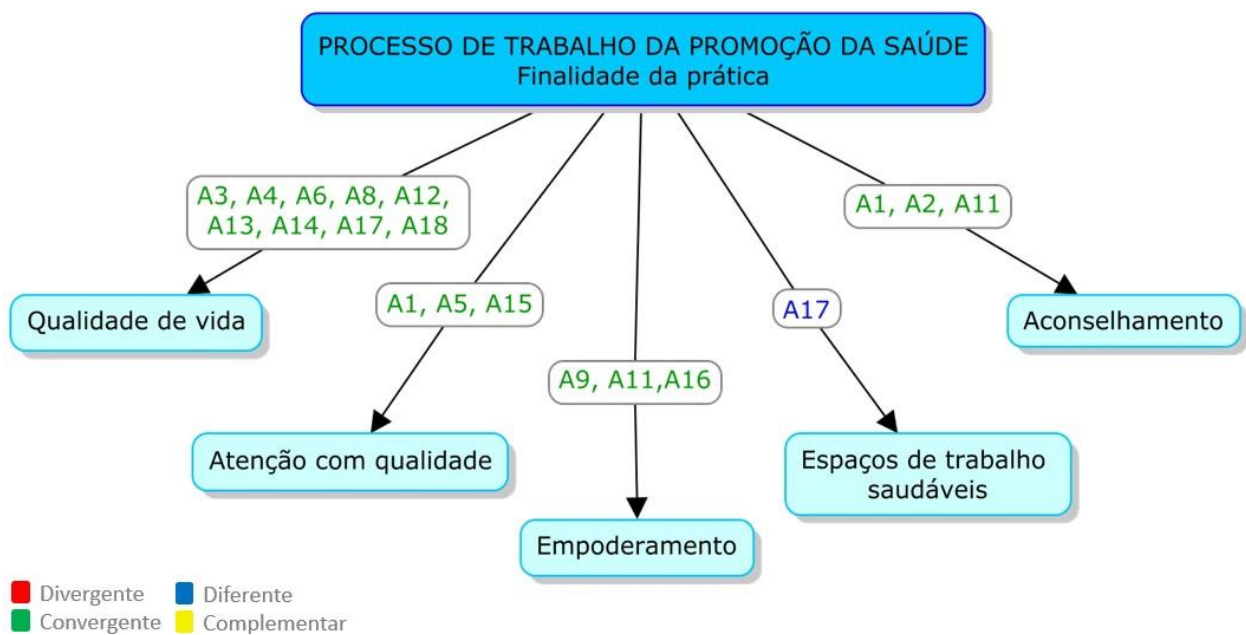


Figura 11 Finalidade da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Já em relação ao objeto de trabalho da Promoção da Saúde, De Faria, Werneck, Santos e

Teixeira (2009, p.23) o conceituam como aquele “sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas. Elementos físicos e biológicos ou mesmo elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho”.

Dos 18 artigos *corpus* deste estudo, 12 deles, dentre eles, o Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011), o Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006), o Artigo 6 (IRVINE, 2007), o Artigo 7 (LIIRA, 2010), o Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010), o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER,, 2013), o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), o Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010), o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017), o Artigo 17 (WATSON, 2008) e o Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) enfatizam como objeto da sua prática em Promoção da Saúde a SAÚDE POPULACIONAL.

Em relação ao enfoque populacional, vimos que desde a Carta de Ottawa (OMS, 1986, p.1) é destacada a abordagem coletiva, aqui exemplificada:

As ações de promoção da saúde objetivam **reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas** a realizar completamente seu potencial de saúde.

Tal característica em relação ao seu objeto de trabalho como a saúde da população, não descartamos que podem existir programas, projetos ou outro tipo de esforços que foquem o seu trabalho com grupos específicos da população, porém, é preciso a atenção ao individual integrando o coletivo diante da singularidade inerente a cada um dos sujeitos dentro desse coletivo.

Para tanto, citamos estudos sobre grupos específicos como o Artigo 3 (ERCI, 2012) e o Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) que têm como objeto de trabalho a SAÚDE DA MULHER, assim como o Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012) ao delimitar a SAÚDE INFANTIL como objeto do trabalho.

Sobre a saúde infantil, o Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012) ressalta como uma dificuldade o fato de que os pais só buscam o serviço de saúde quando a criança se encontra doente ou para imunizá-la, o qual gera poucos encontros anuais que permitam realizar Promoção da Saúde.

Em relação às mulheres, Figueiredo e Martins (2016, p.140) trazem que nos processos de Promoção da Saúde, “atenção especial é dada às mulheres, reconhecidas como as principais promotoras da saúde em todo o mundo”; ainda os autores comentam as cartas das *Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde*, a palavra ‘mulher’ se repete quase trinta vezes.

Na Declaração de Sundsvall (OMS, 1991) vemos como um dos quatro aspectos para um ambiente promotor da saúde corresponde à necessidade de utilizar e reconhecer o potencial, a capacidade e o conhecimento das mulheres dos diversos setores.

Assim também, na Declaração de Adelaide (OMS, 1998) ao referir as ações que atingem a temática do gênero, como o apoio à saúde da mulher em relação à igualdade de direitos nos processos de divisão do trabalho, as práticas de parto baseadas nas necessidades, além das preferências da mulher grávida e o apoio à mulher no seu ambiente de trabalho (apoio a mulheres com crianças, a temática da licença por maternidade, licença por acompanhamento de filhos ou filhas doentes, entre outras).

Consideramos que o protagonismo das mulheres na prática da Promoção da Saúde é fundamental, em prol da defesa dos interesses e dos direitos em saúde deste grupo historicamente excluído e explorado, até porque esta é uma luta social necessária para uma saúde com equidade para todos e todas em parceria com os integrantes da família.

O Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) traz a saúde das PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS INTELÉTUAS E DE DESENVOLVIMENTO.

Existe uma dificuldade em relação ao trabalho com as pessoas com deficiências intelectuais e de desenvolvimento, evidenciada nesse Artigo 14, ao referir o ‘pouco conhecimento’ sobre o trabalho diário na promoção do envelhecimento saudável deste grupo, assim como a falta de capacitação das enfermeiras nos Estados Unidos sobre o trato às pessoas com deficiências.

Ao respeito disso, Figueiredo e Martins (2016) expõem que a população além de ser heterogênea a respeito da deficiência, é um grupo populacional que inspira cuidados não só dos seus familiares mais próximos e-ou cuidadores, senão também de profissionais da saúde de diversas formações. É necessário, portanto, que consideremos as desigualdades em saúde assim como os diversos determinantes sociais da saúde dessas pessoas, para assim garantirmos acessibilidade e bem-estar geral a todas as pessoas com deficiência. Por isso, consideramos que este é um grupo

vulnerável com o qual podem ser realizadas uma série de iniciativas voltada à Promoção da Saúde para melhorar as suas condições de vida, seu bem-estar e o controle que elas têm sobre sua saúde.

Porém, o Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009), diferentemente dos demais, refere a SAÚDE DOS TRABALHADORES como objeto de trabalho.

Sobre isto, Figueiredo e Martins (2016) propõem que a segurança e o bem-estar dos trabalhadores são preocupações também da Promoção da Saúde, uma vez que para a OMS (2010) a saúde das pessoas trabalhadoras é importante para a produtividade, sustentabilidade e competitividade das comunidades assim como para a economia em geral, desde os níveis locais até os nacionais. Contudo, vemos aí a preocupação com a saúde no enfoque à classe trabalhadora numa perspectiva do olhar economicista, tendo em vista o capital diante da sua força produtiva.

Entretanto, não podemos desprezar a preocupação com a saúde do trabalhador, numa oportunidade de trabalho da Promoção da Saúde, pois como Figueiredo e Martins (2016, p.412) defendem, promover a saúde desse grupo abrange uma série de determinantes sociais da saúde que transcendem os espaços de trabalho de forma exclusiva e o que acontece naqueles espaços.

[...] a Promoção da Saúde do trabalhador é passível de ampla discussão que abrange não apenas os aspectos sócio-econômicos e de relações empregador/empregado, mas estende-se também ao entendimento dos ambientes de trabalho e seus riscos iminentes, bem como da regulação fisiopatológica relacionada às exposições ocupacionais.

Apenas o Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015) considerou a FAMÍLIA como objeto de trabalho.

Neste sentido, Figueiredo e Martins (2016, p.117) concebem, numa visão sistêmica, a família como um “ser social constituída por membros individuais que interagem entre si com a comunidade” a qual tem uma forte influência sobre o comportamento das pessoas, afetando de forma positiva (reforçando) ou negativa (fragilizando) a sua qualidade de vida na busca de sociedades mais saudáveis. Entretanto, numa abordagem ampliada, a família não poderá ser vista apenas na visão sistêmica, apesar do seu potencial influenciador no indivíduo, até porque ela precisa interagir numa realidade contextualizada a partir dos Determinantes Sociais da Saúde.

Diante dos objetos de trabalho aqui reportados na Promoção da Saúde, definidos desde a saúde populacional, saúde da mulher, saúde infantil, saúde das pessoas com deficiências, saúde do trabalhador e saúde da família, no entanto, defendemos que seu trabalho tem a ver principalmente com processos de transformação, subjetivação e empoderamento em todas as esferas da sociedade.

Como síntese da análise sobre o objeto de trabalho da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 12, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

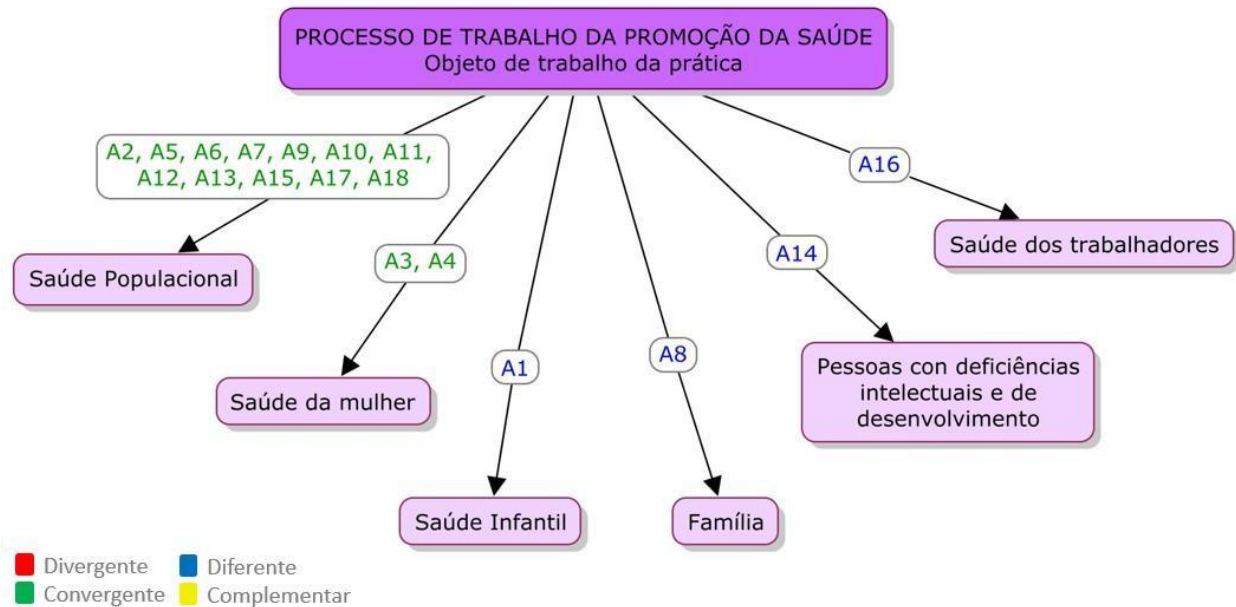


Figura 12 Objeto de trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Todavía, no sentido de objetivar as ações da Promoção da Saúde, os estudos analisados fazem referência a alguns instrumentos de trabalho. Para De Faria, Werneck, Santos e Teixeira (2009, p.23) “todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular. Os meios e condições de trabalho se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva. Eles abrangem um espectro muito amplo”, traduzimos a seguir com vários exemplos.

As **ferramentas e estruturas físicas** para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, edificações e o ambiente, que permitem que o trabalho se realize; os **conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho**, comumente chamados de meios intangíveis (ou tecnologias leve-duras e leves, na terminologia cunhada por Emerson Merhy para a análise dos processos de trabalho em saúde); por fim, podemos considerar, também, **as próprias estruturas sociais**, que são determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e para a remuneração dos diversos tipos de trabalho (DE FARIA; WERNECK; SANTOS; TEIXEIRA, 2009, p.23).

A respeito dos instrumentos utilizados na prática da Promoção da Saúde, existe uma convergência entre o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) e o Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) ao utilizarem **MODELOS TEÓRICOS** para planejar a intervenção e fomentar a mudança de conduta.

The intervention is **grounded in evidence-based theoretical models explaining behavior change**: the **Health Belief Model**, the **Theory of Planned Behaviour**, the **Transtheoretical model** and **Social-Cognitive Theory** [...] the **5 A's** (Ask, Advise, Agree, Assist, and Arrange followup) **intervention framework** (Artigo 15).

The program was **based on theories of experimental learning and Bridges' model of change** (Artigo 16).

Vemos, portanto, como o Artigo 15 utilizou na intervenção modelos teóricos baseados em evidências que explicam a mudança de comportamento: o *Health Belief Model*, o *Theory of Planned Behaviour*, o *Transtheoretical Model* e a *Social-Cognitive Theory*, enquanto o Artigo 16 baseou-se em teorias de aprendizagem experimental e no *Bridge's modelo of change*.

O Artigo 3 (ERCI, 2012) é complementar pois menciona a **COMBINAÇÃO DE ESTRATÉGIAS** como meio para desenvolver a prática, referido no fragmento do texto a seguir.

The **most effective health promotion programs** should include a **combination of strategies to increase awareness, facilitate behaviour change, develop cultures and physical environments** that encourage and support healthy lifestyle practices (Artigo 3).

Na Declaração de Ottawa (OMS, 1986), Vasconcelos e Da Costa (2014) destacam o princípio da Promoção da Saúde 'ações multi-estratégicas'. Vemos uma convergência com os artigos referenciados, ao combinarem abordagens de uma forma complementar para garantir o sucesso da prática, reforçado no Artigo 3 ao falar que os programas em Promoção da Saúde melhor sucedidos deveriam de incluir uma mistura de estratégias para motivar e apoiar as práticas de estilos de vida saudáveis.

Já no Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013) e o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), os INSTRUMENTOS PARA A COMUNICAÇÃO são um ponto de convergência enquanto a sua relevância na prática de Promoção da Saúde, isto de forma complementar com INSTRUMENTOS PARA VISUALIZAÇÃO DOS RISCOS E A TÉCNICA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL, como vemos nos fragmentos dos artigos a seguir.

The **risk visualisation tool** [...] is the **central communication element** of the programme (Artigo 10).

Communication in a direct and straightforward manner without any unnecessary euphemisms was perceived as positive and encouraged patients to understand the effects of poor habits [...] **Motivational Interviewing** to be able to provide a patient-centred holistic approach including somatic, psychological and social aspects (Artigo 11).

No Artigo 13 (RICHARD *et al*, 2010) e no Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) a educação em saúde permite criar instrumentos do processo de trabalho, já sejam seus MATERIAIS DIVULGADAS DE FORMA MASSIVA assim como aquelas planejadas para grupos específicos (como é o caso das enfermeiras que criam seus materiais educativos para os pacientes e realizam treinamento para outros trabalhadores da saúde). Também no sentido da capacitação dos trabalhadores da saúde, o Artigo 17 (WATSON, 2008) destaca a utilização de GUIAS PRÁTICAS para contribuir à saúde e ao bem-estar dos trabalhadores no seu local de trabalho, como se evidencia nos trechos dos referidos artigos a seguir.

It still is formulated as resting upon **educational strategies oriented toward health habits**, even though a **large-scale population-based approach involving the media**, over longer time periods and in more diverse settings than disease prevention, is considered (Artigo 13).

The nurses **create their own informational material** using plain language and pictures to make the information more easily comprehensible. The nurses also regularly offer **training units for support staff**, including management of diabetes, pain, constipation, and skin (Artigo 14).

[...] **practical guide to support employers** to improve the health and well-being in the workplace (Artigo 17).

O Artigo 13 fala de estratégias educacionais orientadas a hábitos saudáveis numa abordagem populacional, utilizando a mídia; o Artigo 14 traz a criação do próprio material para a capacitação dos funcionários ao nível local, neste caso, numa unidade de APS. Por outro lado, o Artigo 17 fala da utilização de guias práticas para os funcionários, com vistas a melhorar a saúde

no trabalhador e suas condições no local de trabalho. Vemos então como as diferentes estratégias de educação em saúde servem à Promoção da Saúde, tanto nos níveis local como populacional.

De forma divergente, encontramos a falta de guias ou protocolos para desenvolver a Promoção da Saúde explicitada no Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015) a seguir

[...] health care providers encountered barriers such as heavy workload, **lack of guidelines**, and unclear objectives about prevention (Artigo 8).

No Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010), explicitam o fato de que diante do formato alternativo, sem uma aparente relação com um saber técnico, a Promoção da Saúde não é vista como prática em saúde. É uma produção que tem ‘pouco’ apoio institucional para desenvolver trabalhos grupais pois desconsidera a singularidade das práticas grupais em PS, o qual faz impossível a sua replicabilidade, conforme o trecho a seguir.

Parece que um **formato alternativo, sem uma aparente relação direta com um saber técnico** que caracteriza uma ação de saúde, **nem sempre é visto como prática de saúde** [...], as **novas práticas** de promoção da saúde têm uma **face mais diversificada**, constituindo-se em experiências quase **singulares**. Por conseguinte, **sua reprodutibilidade não se revela tendo a mesma eficácia** (Artigo 9).

Como síntese da análise sobre os instrumentos de trabalho da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 13, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

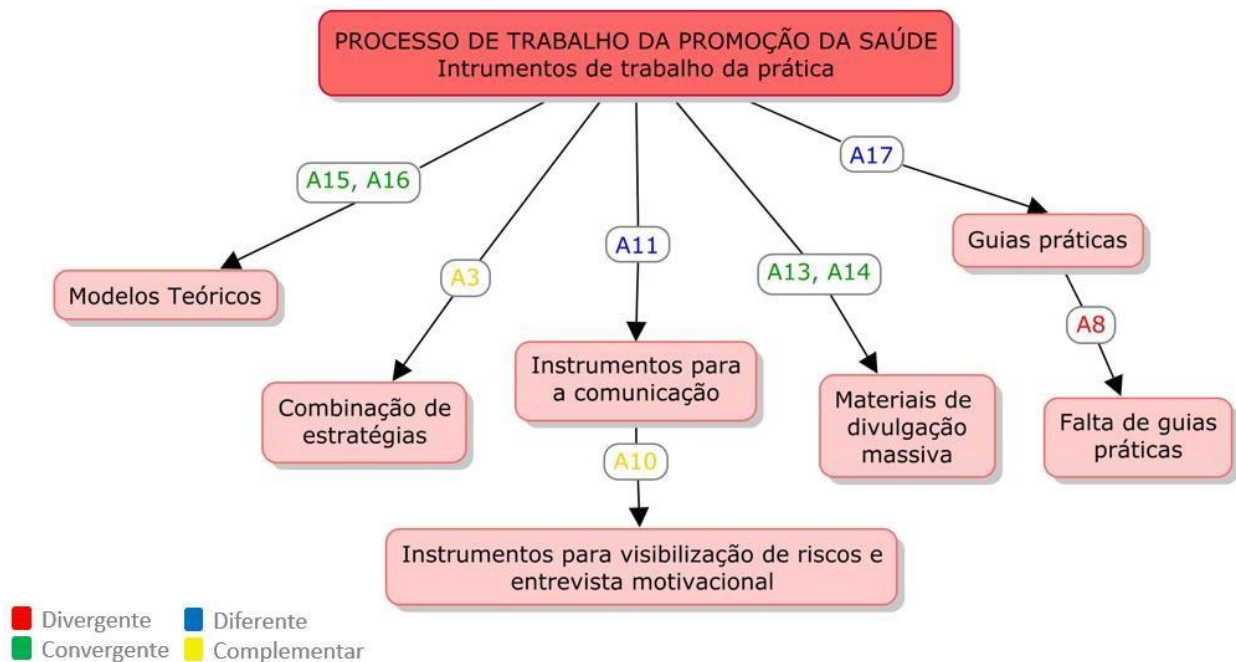


Figura 13 Instrumentos de trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Concordamos com De Faria, Werneck, Santos e Teixeira (2009), ao observar que, efetivamente, existe um espectro amplo de possibilidades em relação aos meios e instrumentos para o desenvolvimento da prática da Promoção da Saúde no cenário da Atenção Primária, a partir das atividades/ações desenvolvidas no contexto desses artigos.

No Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), no Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011), no Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010), no Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010), no Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) e no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) existem convergências sobre as ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE como fundamentais da prática da Promoção da Saúde. Também, são mencionadas as CAMPANHAS EDUCATIVAS com materiais criados especificamente para essa campanha e modificáveis ao longo do tempo, adaptando-os às necessidades. Apresentamos alguns exemplos de techos dos artigos sobre as atividades de educação em saúde.

[...] **pre- and pilot- test their campaign materials and activities**, but this is typically restricted to qualitative assessments of appreciation of the materials, and the opportunities to apply pre-test results to adapt or change campaign materials and activities are very limited (Artigo 2).

[...] **o procedimento de palestra** seguida de perguntas **é bastante prevalente** [...]. As diferentes práticas realizadas podem ser divididas entre **grupos de conversa e grupos de atividades**, mesmo reconhecendo que alguns grupos conjuguem, num mesmo encontro, ambas as dimensões. **Os grupos de conversa comportam um espectro que vai desde as práticas tradicionais centradas em prevenção** (hipertensos, diabéticos, gestantes), **até as práticas com foco na promoção da saúde**, a partir dos novos eixos estruturantes, com diferentes denominações (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida). Junto com eles, **são desenvolvidos**, com incentivo crescente por parte da SMSA, **grupos de atividades** (lian gong, caminhadas, tarde dançante, artesanato) (Artigo 9).

Each of the participants in the intervention group participated in a **2-d workshop**, including an overnight stay [...]. The program also contained **evidence-based lectures, demonstrations, and active participation in activities aimed at promoting healthy forms of physical activity** (instructed walking, yoga, dancing) and **making healthy dietary choices** [...]. **Personal guidance on physical activity, Promoting healthy lifestyle**, Treatment with nutritional supplements, Medical treatment to reduce risk factors, Referral to another health provider to promote health, **Developing brochures to promote health behavior**, Developing projects to promote health (Artigo 16).

A validação dos materiais educativos, no caso do Artigo 2, das campanhas educativas, faz parte das atividades em Promoção da Saúde; já no Artigo 9, é mencionada a palestra como uma atividade da prática da Promoção da Saúde, assim como grupos de conversa ou de atividades e, o Artigo 16 menciona as oficinas, nas quais são integradas diferentes técnicas como as leituras baseadas em evidências, as demonstrações, a atividade física, a instrução nutricional, num mesmo evento.

A respeito do Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011) é importante pesquisar mais para melhorar o planejamento baseado em evidências em relação às campanhas de Promoção da Saúde e fazer testes pilotos com as técnicas e materiais propostos, como vemos no trecho do texto.

In addition, **more effort could and should be put into formative research**, i.e. in **exploratory trials to improve evidence-based development of the campaign portfolio** and to pilot-test campaign materials and activities (Artigo 2).

O Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) não especifica quais são as atividades desenvolvidas e foca apenas nas temáticas trabalhadas agrupadas em estilos de vida saudáveis, como o Artigo 7 (LIIRA, 2010) que traz a promoção da atividade física, mas não descreve quais as atividades específicas; e o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) que faz referência à PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAÚDAVEIS, utilizando a forma digital de PLATAFORMAS ONLINE.

Neste sentido, os estudos de Austvoll-Dahlgren e outros (2013), Balduino e outros (2016) e Brusse e outros (2014) fazem referência à tecnologia como parte do processo de trabalho da Promoção da Saúde, citando especificamente os aplicativos de celulares assim como as plataformas *online* (*sites* na internet) e outros meios digitais, que facilitam o acesso por parte dos usuários de forma não presencial e individual, mostrando como os processos de trabalho em saúde podem avançar e evoluir junto com a globalização.

O próprio Artigo 4, o Artigo 6 (IRVINE, 2007), o Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) e o Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) consideram a PREVENÇÃO COMO UMA ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, divergindo da concepção teórica da Promoção da Saúde.

The medical approach to **health promotion involves prevention** or amelioration of ill health through **screening and early diagnosis** [...]. District nurses are particularly involved in the **administration of vaccinations** against influenza (Artigo 6).

[...] **find individuals who were at risk** of obesity, hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or mental illness **and to prevent illness** and promote health among these patients (Artigo 11).

Many practices have taken up **smoking cessation as a key health promotion activity** (Artigo 12).

[...] described as a concept including three overlapping spheres of activity, **prevention**, health education and health protection. In their model, **prevention aims to influence lifestyle and is categorized as primary, secondary and tertiary prevention** (Artigo 18).

Apesar desses artigos mencionarem e focarem as atividades de caráter preventivo, são atividades contraditórias com a Promoção da Saúde. Czeresnia e Freitas (2009) referem que tal contradição pode ser esclarecida com o estudo das mudanças significativas em relação à articulação e à utilização do conhecimento nas suas práticas (tanto da PS como da prevenção). No entanto, no Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) reporta-se a essa contradição entre os termos preventivo e individualista, tornando impreciso o limite entre Promoção da Saúde e prevenção. Além do mais, menciona o fato das ações em Promoção da Saúde muitas vezes serem dispersas, desarticuladas e, portanto, pouco visíveis e reconhecidas, evidente no seguinte trecho extraído do Artigo 4.

[...] **uso inadequado do termo promoção de saúde para designar programas com enfoque preventivo e individualista**. Este uso inadequado faz com que **prevenção e promoção de saúde se aproximem** e o **limite** entre uma e outra se torne **impreciso**[...]. A dificuldade de operacionalização de intervenções que abarquem a perspectiva mais ampliada de promoção de saúde pode ter contribuído para a conjunção de conceitos antigos e modernos encontrados nos relatos. **As experiências existentes são dispersas, desarticuladas e, portanto, pouco visíveis** (Artigo 4).

No entanto, no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), faz referência sobre como os profissionais da saúde se sentem mais ‘confortáveis’ desenvolvendo prevenção do que desenvolvendo Promoção da Saúde.

While GPs and other primary care staff have many opportunities to be proactive in promoting good health and preventing ill health they are more likely to report that they are more comfortable managing illness than promoting health (Artigo 12).

Vimos também no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), um equívoco, ainda que não seja uma questão discutida pelos autores, ao mencionarem a Promoção da Saúde como uma atividade no marco da prevenção secundária. Porém, em divergência a tal equívoco, o Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010) salienta que parte de pesquisadores tem um limitado domínio conceitual da prevenção de doenças e da Promoção da Saúde, o qual mantém a prevenção como a prática dominante e a Promoção da Saúde fica num segundo plano, marginalizada, conforme observado na pesquisa desenvolvida especificamente com enfermeiras:

The QOF has provided a stimulus to develop **health promotion in many general practices – particularly secondary prevention activities** [...], good quality **health promotion and prevention activities need consistent and co-ordinated support with clear assignment of responsibilities for primary and secondary prevention** (Artigo 12).

Our results are very consistent with recent work showing a **conceptual confusion** among nurses with regard to **prevention and health promotion** [...], **action on individual targets** is the **dominant strategy** and contemporary **health promotion** strategies still appearing to be **marginal** (Artigo 13).

Em contribuição a esse debate, Ribeiro e outros (2011) apresentam quatro elementos a partir dos quais podem diferenciar a compreensão da Promoção da Saúde e da prevenção, dentre os quais o conceito de saúde do qual partem, o campo de atuação, os agentes responsáveis e as estratégias empregadas, uma discussão sobre a diferença de Promoção da Saúde e prevenção já discutida no item 5 desse estudo sobre sentidos e significados da Promoção da Saúde no contexto da APS.

No Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) a atividade ACONSELHAMENTO é aproximada ao Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) que propõe as ASSESSORIAS EM SAÚDE e com o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) que traz as atividades de ACONSELHAMENTO INTENSIVO, exemplificados nos trechos dos artigos mencionados.

They involve providing **access to self-help, support groups**, and sleep management (Artigo 5).

[...] the nurses offer **health assessments**, health planning services, health interventions, and health evaluations (Artigo 14).

Research on healthy lifestyle promotion in clinical settings has established that **intensive counseling in the form of advice** and the use of behavioral change techniques are **some of the active components that help individuals initiate and maintain health-related behavior change** (Artigo 15).

Assim, retomamos mais uma vez a Ribeiro e outros (2011) ao criticarem a abordagem prescritiva, na qual o profissional da saúde se posiciona ante o usuário como o possuidor do ‘saber absoluto’, julgando e criticando o modo em que aquele usuário vive e se comporta. No entanto, consideramos que os processos de aconselhamento e assessoria precisam acontecer junto com a construção do conhecimento, respeitando as identidades culturais e aproveitando qualquer saber popular que possa enriquecer o processo de mudança. Para isto, o pessoal que desenvolve as atividades em Promoção da Saúde necessita ter uma sensibilidade assim como empatia com o grupo ou coletivo com quem está trabalhando.

Destacamos o Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009), ao fazer referência sobre o avanço no campo da Promoção da Saúde diante do fato de que os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, podem desenvolver um ‘melhor’ trabalho dando conselhos e guia quando eles mesmos têm estilos de vida saudáveis, pois a prática baseada na própria experiência de mudança é considerada uma plataforma para empoderar os profissionais na APS.

O Artigo 9 (FERREIRA e KIND, 2010) refere ao TRABALHO GRUPAL como atividade importante da Promoção da Saúde, o qual é convergente com o Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) e o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016). Este último ainda idealiza como esses grupos de ‘pacientes’ participam no próprio planejamento das atividades.

MHP includes activities as diverse as voluntary work, relaxation advice and **service user groups** (Artigo 5).

As ações de promoção da saúde nas unidades devem se pautar em **três abordagens**. Na primeira, individual, atuando sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções, seja no acolhimento, seja nas consultas. **Na segunda, coletiva, organizando grupos “sob novos eixos estruturantes”**. **Na terceira, comunitária, buscam-se parcerias intersetoriais com iniciativas comunitárias ou da própria rede.** (Artigo 9).

The follow-up was expected to contain motivational aspects for changing lifestyle and to be supported by telephone or, even better, **within problem-specific groups, where the group members could give support to each other** (Artigo 11).

Diferentemente dos demais estudos, o Artigo 17 (WATSON, 2008) menciona como as atividades de Promoção da Saúde ‘devem’ ser elaboradas em-e-para o interior da instituição-centro, criando **AMBIENTES SAUDÁVEIS E FAVORÁVEIS** para a saúde, conforme evidenciado no fragmento do trecho a seguir.

In order to become a health promoting general practice, the staff must undertake a commitment to fulfil the following conditions: **create a healthy working environment**; integrate health promotion into practice activities; and establish **alliances with other relevant institutions and groups within the community** (Artigo 17).

Concordamos com Vasconcelos e Da Costa (2014, p.333) que as atividades de Promoção da Saúde precisam “ir além daquelas dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, que consistem, basicamente, em componentes educativos relacionados com riscos comportamentais (tabagismo, dieta, sedentarismo, etc)”, reforçado em várias das atividades descritas nos artigos deste estudo. Todavia, os autores colocam na discussão o fato de que nem sempre os profissionais da saúde conseguem desenvolver atividades educativas de forma sistemática e qualitativa, isto por duas causas: a escassez de capacitação para desenvolver aquilo e pela imensa demanda das atividades curativas.

Como síntese da análise sobre as atividades e ações da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 14, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

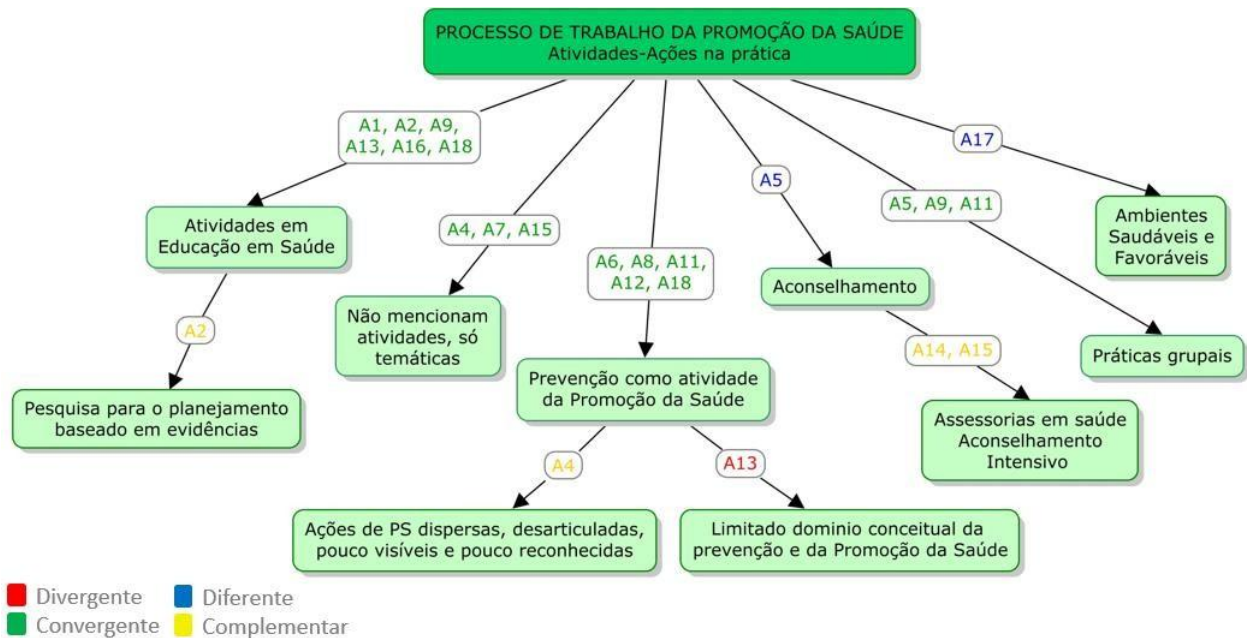


Figura 14 Atividades e Ações da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

No decorrer do desenvolvimento dessas atividades, os estudos destacam os agentes que formam parte do processo de trabalho. Comungamos com De Faria, Werneck, Santos e Teixeira (2009, p.24) como aquele “sujeito – ou conjunto de sujeitos – que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos”. Esses autores complementam que podem existir nos processos de trabalho agentes individuais ou agentes coletivos (evidenciado nas atividades que são coletivas, conjuntas ou complementares de vários agentes).

Quando falamos em agentes coletivos, compreendemos como trabalho de grupo ou de equipe, mencionado e salientado ao longo das 10 Conferências Internacionais de Promoção da Saúde como parte fundamental da sua prática e reforçado por Fernández e Mendes (2007) ao trazerem o conceito da intersectorialidade, destacando a articulação desejada entre sujeitos e organizações variadas.

No Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012) são considerados como agentes do processo de trabalho os MÉDICOS GENERALISTAS assim como os VISITADORES SANITÁRIOS; respeito ao primeiro grupo citado, o Artigo 7 (LIRA, 2010) e o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) há uma

convergência ao trazerem o médico generalista como um protagonista na Promoção da Saúde, apesar de reconhecerem que esse profissional não está sempre envolvido devido ao pouco compromisso e domínio da prática em Promoção da Saúde; no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) a dupla médico generalista e a ENFERMEIRA DE DISTRITO são os principais atores da Promoção da Saúde, apresentados a seguir.

[...] **general practitioner (GP) and health visitor (HV)** with support from secondary care community paediatric services in some urban áreas (Artigo 1).

General practitioners (GPs) are experienced in cardiovascular preventive consultations. **Patients report cognitive and emotional effects and healthy lifestyle changes after these consultations.** Brief advice by **motivated GPs is effective** in increasing physical activity in inactive adults (Artigo 7).

UK GPs are comparatively less involved in health promotion than their counterparts in other European countries [...]. GPs often do not feel they have the appropriate skills for health promotion and that the lack of skill may also **affect their attitude** to giving advice (Artigo 12).

General practitioners (GPs) and registered specialist nurses, called district nurses (DNs), **have the main responsibility for these activities in Sweden.** Their responsibilities are stipulated by law and include health promotion (Artigo 18).

Vemos como nos quatro (4) artigos supracitados, é mencionado o médico generalista no Reino Unido (duas vezes), na Finlândia, e na Suécia, e de forma complementar são mencionados os visitantes sanitários no Reino Unido assim como as enfermeiras especialistas na Suécia.

Merece destaque no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) como aspecto facilitador para a prática em Promoção da Saúde o conhecimento das enfermeiras distritais, em relação à sua especialização, conhecimento profundo e exploração sistemática da prática em Promoção da Saúde, assim como o estabelecimento de pré-requisitos como as metas comuns, as guias e os recursos elaborados; também, destacam a atitude, as características próprias das enfermeiras e a liberdade de escolha como outros aspectos facilitadores para a prática.

Contudo, o Artigo 6 (IRVINE, 2007) traz uma divergência em relação ao protagonismo das enfermeiras de distrito e dos visitantes sanitários, uma vez que é preciso que eles tenham uma melhor formação em Promoção da Saúde.

[...] **lack of health promotion training** that district nurses and health visitors receive (Artigo 6).

Ademais, o Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009), identificou as limitações das enfermeiras de distrito para trabalhar em Promoção da Saúde, ainda quando a lei exige delas desenvolverem tais ações e constituem uma parte central da sua formação e treinamento como especialistas.

DNs complained that they had **limited possibilities to work with health promotion**, despite the fact that such activities are **both stipulated by law and constitute a central part** of their specialist **training** (Artigo 18).

Já no País de Gales, o Artigo 6 (IRVINE, 2007), a ENFERMEIRA COMUNITÁRIA é considerada como a protagonista na Promoção da Saúde, convergindo com o Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016) na Suécia, ao destacarem a ENFERMEIRA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA com formação específica em Promoção da Saúde, o Artigo 13 (RICHARD *et al*, 2010) no Canadá, com a ENFERMEIRA EM SAÚDE PÚBLICA e o Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017) nos Estados Unidos, que traz a ENFERMEIRA GENERALISTA.

[...] **community nurses held the conviction that they had a pivotal role in health promotion [...] health promotion and health education are key skills required by community nurses** to fulfil their role effectively [...] **health promotion is merely an integral part of the care that they provide for all their patients [...] the health promotion role of district nurses** remains at the reactive level (Artigo 6).

Primary health nurses (PHN) in Sweden have a special academic education to work with health promotion in a holistic manner including a psychosocial approach (Artigo 11).

Nowhere is this more evident than in **public health nursing, where the application of health promotion strategies has often been a daunting challenge** (Artigo 13).

Vemos nos fragmentos dos artigos citados anteriormente como a figura da enfermeira tem protagonismo na Promoção da Saúde, neste caso, a enfermeira generalista, a enfermeira comunitária, a enfermeira especialista em APS e a enfermeira especialista em Saúde Pública, são agentes que talvez tenham uma formação profissional que facilita com que desenvolvam atividades em Promoção da Saúde.

Porém, no artigo 6 (IRVINE, 2007), a autora refere a dificuldade sobre as atividades de Promoção da Saúde desenvolvidas pelas ENFERMEIRAS, devido ao pequeno número de atividades

restritas voltadas à educação em saúde, confundindo também a PS com prevenção. É interessante que nesse artigo, a autora classifica a Promoção da Saúde em primária, secundária e terciária, como se a mesma correspondesse com a mesma hierarquia da prevenção de forma sinônima, conforme texto a seguir.

They perceive their **work in health promotion to be what they class as ‘opportunistic’**, where the opportunity to promote somebody’s health arises spontaneously [...] they saw a **proactive approach to health promotion as desirable but not necessarily achievable** [...] there is **not always the opportunity** to identify **health promotion as a legitimate district nursing activity** [...] district nurses are **not heavily involved in health promotion** [...] **district nursing role is limited to health education** [...]. They engage in **primary health promotion**, which focuses on **preventative work**; **secondary** health promotion, which is concerned with **restoring good health**; and **tertiary** health promotion, which is directed at **illness containment** [...]. They overlooked empowerment and community development and they **did not consider health promotion as socio-political action** (Artigo 6).

No Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) os autores recomendam que as enfermeiras devem de fazer um balanço entre a perspectiva biomédica e a perspectiva holística, orientada à Promoção da Saúde, evidenciado no seguinte fragmento de texto a seguir.

Although one of the criteria for the health promoting general practice includes the words **‘integrate health promotion into all practice activities’**, this should be seen as a **long-term goal rather than a starting point** [...]. There are **challenges and opportunities** for all those working to promote health in this setting. Five of the challenges are: **structural changes, new roles and methods of working, high workload, capacity and resourcing of public health, balancing the needs of individuals with the needs of the population** (Artigo 17).

Já o Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011) faz referência aos REPRESENTANTES DOS INSTITUTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS Países Baixos como responsáveis, os quais também propõem uma parceria com as Faculdades com o objetivo de melhorar os processos avaliativos das campanhas em Promoção da Saúde assim como o desenvolvimento propriamente dito das campanhas.

Representatives of the HPIs who had direct responsibility for managing the evaluation of their national campaigns. Some HPIs suggested a way to improve evaluation was to **intensify and formalize collaboration between HPIs and universities**, both for evaluation and for the development of nationwide health promotion campaigns (Artigo 2).

Na Inglaterra, é especificado no Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006), no cenário da Promoção da Saúde mental o TERAPEUTA como ator chave no processo.

The therapists were aware that they had long waiting lists and **felt that some of their clients could benefit from MHP while waiting** (Artigo 5).

A respeito da FORMAÇÃO PROFISSIONAL em Promoção da Saúde, Figueredo e Martins (2016, p.378) embasados em Chiesa e outros (2007) defendem que “a capacitação em Promoção da Saúde tem como premissa a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, articulando-se com os saberes técnicos e populares para o enfrentamento e a busca de resolução dos problemas de saúde”. Neste sentido, o novo paradigma da Promoção da Saúde requer um perfil profissional próximo às mudanças dos conceitos e estratégias do paradigma *per si*, mantendo uma relação multidirecional com os princípios do sistema de saúde em que está inserido o profissional e próximo ao cenário de saúde pública.

A equipe de saúde que trabalha com a Promoção da Saúde necessita ter uma formação específica, como reforça o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013), ao mencionar a necessidade de ter competências em relação ao processo de mudança de comportamentos em saúde nos diferentes níveis desde a formação dos MÉDICOS, na pesquisa, nas associações médicas e no apoio à elaboração políticas em saúde, até nos cenários executivos, legislativos e de fiscalização. No Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), menciona que tanto os VISITADORES SANITÁRIOS, quanto os ENFERMEIROS, FARMACÊUTICOS, PARTEIRAS e outros precisam ter competência para atuar na Promoção da Saúde pois eles têm uma participação importante nos processos educativos e informativos com o público.

The **extension of health behaviour change competencies is necessary** at various levels: in the **education of physicians**, in **practice-based research**; in **medical associations**, in order to **recognise these skills as basic medical competencies**; and in the **support of health policymakers** at the legislative, executive, and regulatory levels (Artigo 10).

More **attention needs to be paid to skill mix in general practice** [...]. **Health visitors, nurses, pharmacists, midwives** and others have **important roles** in educating and informing the public (Artigo 12).

Particularmente, no Artigo 17 (WATSON, 2008) AS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA desenvolvem as ações de Promoção da Saúde segundo o proposto na Carta de Ottawa (OMS, 1986), portanto, precisam ter acesso à educação permanente, disposição de tempo para o desenvolvimento das ações assim como o apoio efetivo dos gestores.

If **nurses in primary care** are to **develop their health promoting roles** in line with the Ottawa Charter, then they will need **extensive education, time, support and effective leadership** (Artigo 17).

Ainda sobre a formação, Figueiredo e Martins (2016, p.381) defendem que “a Promoção da Saúde requer, portanto, uma reestruturação na formação profissional que valorize a [...] técnica e a adoção de postura crítica em relação aos acontecimentos sociais que afetam a vida e saúde das pessoas. Sem, é claro, perder o foco na humanização do atendimento”. Por conseguinte, consideramos que os profissionais da saúde têm que compreender a dinâmica dos processos locais e respeitar a cultura e outros aspectos contextuais, para assim, planejar, desenvolver e avaliar ações, projetos e programas em Promoção da Saúde que valorizem as identidades das populações com quem se constrói a saúde.

No entanto, complementando tal realidade, no Artigo 6 (IRVINE, 2007), OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE limitavam-se a desenvolver o trabalho em Promoção da Saúde quando oportuno naquele momento, ou seja, somente quando surgia a oportunidade, apesar de considerarem por eles desejável.

O Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) evidencia uma falta de competências, habilidades, seguridade e até tempo DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (especialmente médicos e enfermeiras) para oferecer aconselhamento aos seus ‘pacientes’ sobre mudanças nos estilos de vida.

[...] it appears that **health professionals** (particularly physicians and nurses) **frequently lack the skills, confidence, and time to provide advice** regarding **healthy lifestyle** modifications to their patients (Artigo 16).

No entanto, identificamos como dificuldade na prática da Promoção da Saúde que os profissionais não têm incorporado o significado da Promoção da Saúde, como vemos no Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006) ao afirmar que OS MÉDICOS GENERALISTAS não desenvolvem atividades de PS por conta de que achavam que tinham que ser um especialista.

Only one GP had held na MHP event [...]. For those who had not, **the most common reason given for not doing this was that no one had thought of it** [...]. Fifteen (65%) GPs said that **they did not offer any other intervention prior to referring to a therapist**. The most common reason given (n = 9) was a **lack of resources** (Artigo 5).

Particularmente, no Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), os médicos se sentem ‘inadequados’ e sem guias e objetivos definidos para educar aos ‘pacientes’ em relação ao risco, isto junto com

cargas laborais grandes que dificulta o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, ainda quando existe uma disposição de realizá-las.

[...] the majority of **physicians** believe that reduction or **elimination of risky behaviors** (i.e., smoking, drug and alcohol use) were **very important** and that **they were responsible for educating their patients**; however, they felt **inadequate in educating patients on about risk factors** (Artigo 8).

No Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015) nos Estados Unidos, são mencionados diferenciadamente OS PROVIDORES DE ATENÇÃO EM SAÚDE, especificamente OS MÉDICOS DE FAMÍLIA junto com os ESPECIALISTAS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.

[...] **health service providers believe that they are responsible for health promotion** [...] **health care providers appear to be committed to conduct health promotion** and prevention activities for their patients in spite of the barriers presented [...]. **Family physicians can play a key role in promoting health** by providing preventive services to and encouraging their patients to engage in healthier behaviors [...] **as demand for more health promotion** and preventive services increases, **primary care providers will have better access to these services and/or collaborate with other health professionals in the provision of these services** [...] **a health education specialist could be incorporated within the primary care provider practice** to improve patient care and provide patients with interventions and preventive services (Artigo 8).

O Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) do Reino Unido, em relação ao protagonismo dos MÉDICOS GENERALISTAS na Promoção da Saúde, menciona que a Promoção da Saúde envolve todos os trabalhadores na prática, o que é complementado com o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) da Espanha, que propõe o envolvimento tanto dos ASSISTENTES ADMINISTRATIVOS quanto das ENFERMEIRAS e dos MÉDICOS, ainda quando seja em diferentes graus. O Artigo 17 (WATSON, 2008) também do Reino Unido ressalta a participação chave dos PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA e dos MÉDICOS EM SAÚDE PÚBLICA, assim como de OUTROS MEMBROS DA COMUNIDADE.

[...] involve **all workers in the practice**, as well as the **wider primary healthcare team** (Artigo 12).

[...] within the collaborating PHC centers, **administrative assistants, nurses and physicians were all involved in the PVS program but to different degrees** (Artigo 15).

Key people, for example from **schools, workplaces, the local authorities and the media**, **all have roles to play in effective health promotion campaigns**, and they may already be working together on specific topics [...]. **Health visitors, have considerable potential to develop broad health-promotion approaches** in line with the Ottawa Charter (Artigo 17).

Vemos nos fragmentos destes artigos como os estudos no cenário Europeu têm uma visão de que os agentes em Promoção da Saúde são coletivos e que não corresponde somente a um tipo de profissional em saúde desenvolver na Atenção Primária as ações de Promoção da Saúde com as comunidades.

O Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009) do Israel, complementa com a participação de PSICÓLOGOS e ASSISTENTES SOCIAIS como facilitadores das atividades de Promoção da Saúde.

The intervention was delivered by **psychologists and social workers** trained in **group facilitation and experimental learning** (Artigo 16).

Mediante aos agentes identificados nos estudos, persiste o envolvimento de dois ou mais profissionais no processo de trabalho da PS, convergindo com a proposta da própria Promoção da Saúde e foi se fortalecendo ao nível mundial com as 10 Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.

Concordamos com Vasconcelos e Da Costa (2014, p.342) que a problemática da desvalorização do profissional da saúde “se traduz na falta da sua participação no planejamento e programação de suas atividades, na inexistência de uma avaliação qualitativa do seu trabalho, nas [...] iniciativas de educação permanente em saúde para que se torne um profissional atualizado e [...] resolutivo”. Esta situação faz com que os sistemas de saúde e, especificamente, os serviços de Atenção Primária à Saúde possam não considerar relevante capacitar aos profissionais da saúde em Promoção da Saúde.

Como síntese da análise sobre os agentes de trabalho da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 15, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

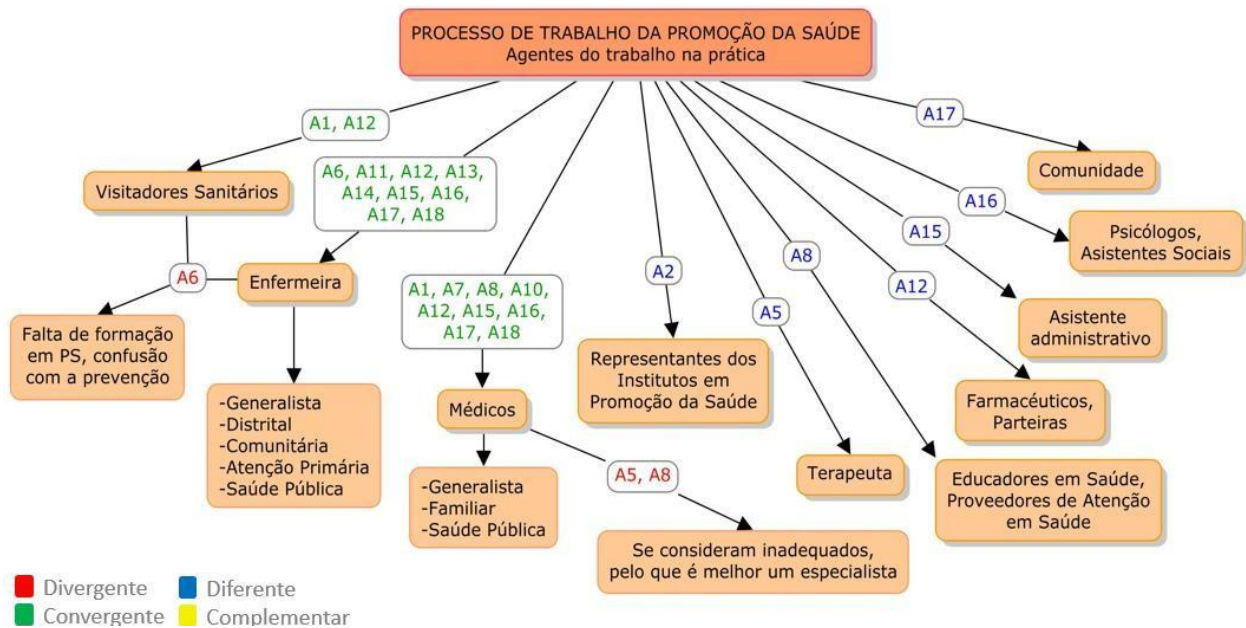


Figura 15 Agentes do trabalho da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

A relação interpessoal foi um elemento também parte do processo de trabalho em saúde, pouco recorrente nos artigos que conformam o *corpus* do estudo. O Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010) ressalta que as práticas grupais podem ajudar a diminuir a demanda no serviço de saúde e a FORTALECER OS VÍNCULOS entre os usuários e as equipes, desencadeando processos de subjetivação diferenciados entre si, com uma humanização desejada, pois as identidades formais dos usuários e dos profissionais talvez mudem pelo acolhimento, vínculo, respeito, entre outros.

Gerentes e profissionais apontam uma **relação entre as práticas grupais e a diminuição da demanda na unidade** [...]. Um último efeito a ser destacado é o do **fortalecimento e qualificação dos vínculos entre os usuários e as equipes** [...], **produção qualificada de vínculos, desencadeando processos de subjetivação diferenciados**, tanto dos usuários quanto das equipes. Aqui, **o ideário da humanização encontra uma clara realização**, associada ao enfraquecimento das identidades rígidas de pacientes e de profissionais, promovida por esse dispositivo (Artigo 9).

No Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) existe uma preocupação nos médicos generalistas de que, no caso que eles aconselhem sobre estilos de vida aos ‘pacientes’, pode ser AFECTADA NEGATIVAMENTE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE, perdendo a sensibilidade de proteger aos

‘pacientes’ e dizer para eles fatos negativos sobre seus comportamentos que só iriam diminuir a expectativa de vida.

Many GPs are **concerned** that **giving lifestyle advice may be detrimental to the doctor–patient relationship**, are **unconvinced** that **their efforts** to counsel patients on lifestyle issues **are effective in changing behaviours** and are **concerned** about **striking the right balance between ‘protecting’ people’s sensibilities and telling them hard facts about personal behaviours** that are ultimately shortening their lives (Artigo 12).

O estudo de Richard e outros (2010), Artigo 13 *Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec*, fala sobre as POUCAS ATIVIDADES QUE CONSIDERAM OS ALVOS INTERPESSOAIS, ORGANIZACIONAIS E COMUNITÁRIOS. A relação interpessoal no processo de trabalho na PS não é comumente trabalhada nas descrições das práticas.

[...] **very few activities included** environmental targets: **interpersonal, organizational, and community** features were only **marginally represented** (Artigo 13).

Além dos elementos que conformam o processo de trabalho na Promoção da Saúde, consideramos relevante discutir aqui outras dificuldades e recomendações identificadas no *corpus* do estudo, pois implicam situações reais que podem afetar tanto o desenvolvimento da prática quanto intervir ou melhorar a forma em que se desenvolvem as práticas em Promoção da Saúde.

Como síntese da análise sobre a relação interpessoal da prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 16, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

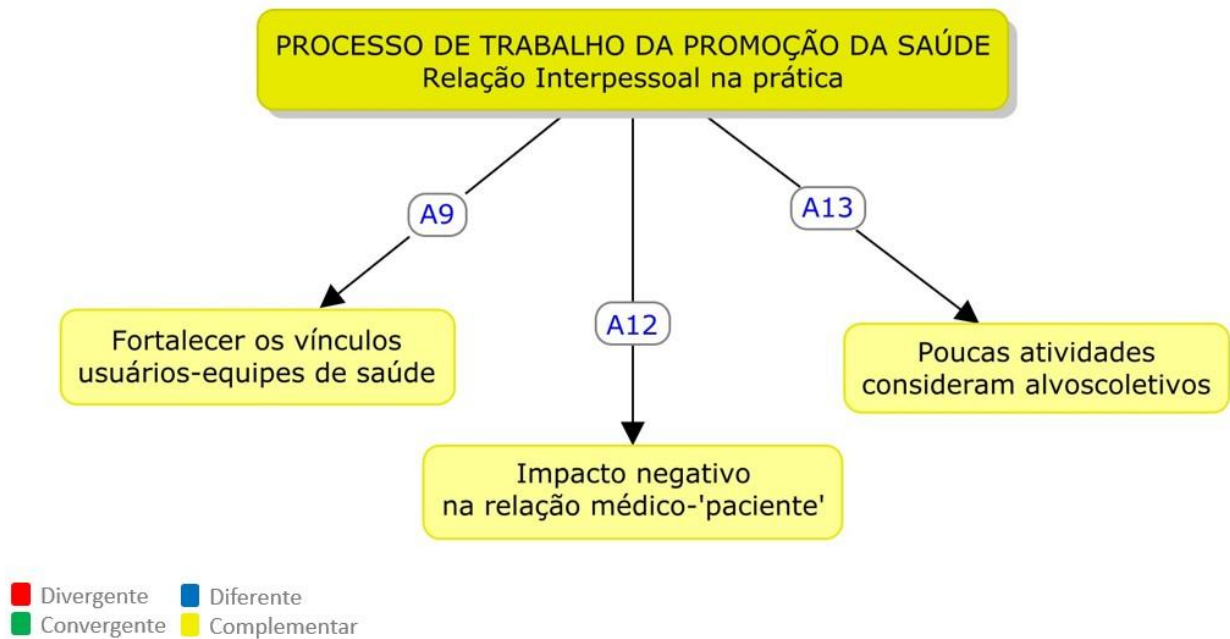


Figura 16 Relação Interpessoal da prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Entretanto, entre as dificuldades, o Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011) faz referência à AVALIAÇÃO pois não existem metodologias validadas que se adaptem ao cenário, assim como a questão do tempo, do dinheiro e do pessoal qualificado para avaliar. Além do mais, faz uma crítica sobre o financiamento para a Promoção da Saúde sem ter estabelecido um mecanismo de avaliação ou indicadores, criando assim uma noção de que não precisa se avaliar, pois "é melhor algo do que nada". O Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) reforça a questão da escassez de metodologias avaliativas, evidenciada a seguir.

Valid evaluation is important, but difficult because gold standard research designs are not applicable and the allocation of budget and time for evaluation is often very tight [...]. **The evaluation** of such nationwide campaigns **comes with many challenges** regarding research design, timing, available budget and the necessary research expertise [...]. **Time, money and qualified personnel may be important barriers** because administration and analyses of the repeated measurements require specific expertise in research and statistics [...]. **HPIs received additional funding for additional campaigns** directly from the Ministry. **For such campaign activities, no formal requirements for evaluation were set**, and the HPIs perceived the difference between the very formal and strict evaluation rules set by ZonMw, and the very liberal funding procedures from the Ministry, as confusing and unjust. (Artigo 2).

[...] **sendo escassas as metodologias avaliativas**, as quais poderiam facilitar a sua divulgação e incorporação pelos serviços (Artigo 4).

Todavia, é explicitado no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009) como dificuldade para a prática em Promoção da Saúde a FALTA DE COORDENAÇÃO, DE RECURSOS, DE INTERESSE E APOIO assim como uma VALORIZAÇÃO nas funções, nas prioridades e no ‘papel’ de aconselhamento, o que vem a repercutir na prática de forma inadequada.

[...] we still **lack knowledge about the daily work of community nurses aiming to promote the healthy aging** of individuals with I/DD living in the community[...]. The United States **does not offer specialty training in disability for nurses**, which would allow them to become registered nurses in disabilities (Artigo 14).

Lack: coordination [...], **resources** [...], **interest** [...], **support** [...]. **Indistinctness: functions** [...], **priorities**[...], **counselling**[...] (Artigo 18).

Como observamos, persiste o desafio de desenvolver uma série de pesquisas e focar os estudos justamente na identificação, análise e avaliação das ações de Promoção da Saúde, as quais operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa, desenvolvidas por profissionais capacitados na Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

7 CONCRETUDE ENTRE AS ÁREAS DE AÇÃO DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

Partindo das áreas de ação da Promoção da Saúde definidas na Carta de Ottawa (OMS, 1986), analisamos como elas foram evidenciadas nas práticas da Promoção da Saúde descritas no *corpus* do estudo. Começamos então pela área de ação DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS SAUDÁVEIS, com o Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), que defende que na prática da Promoção da Saúde é repassada a responsabilidade para a população, culpabilizando-a pelo seu comportamento individual e não reconhecendo o protagonismo dos formuladores de políticas, dos profissionais em saúde e do governo como ‘tomadores’ de decisões que impactam a saúde. Uma realidade existente na prática no cenário do Brasil, o que diverge com o proposto na *V Conferência Internacional de Promoção da Saúde* desenvolvida no México (OMS, 2000), a qual coloca a Promoção da Saúde como um dever e uma responsabilidade dos governos e de todos os setores da sociedade, até porque entendemos a PS como uma responsabilização estatal e coletiva.

Nesse cenário da responsabilidade do Estado pela Promoção da Saúde, na Suíça o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013), reconhece a necessidade de apoiar os formuladores de políticas nos níveis legislativos, executivos e regulatórios, porém, fica numa menção discursiva, sem a concretude de possíveis mudanças, apesar do destaque do ‘protagonismo’ dos atores e políticos na sua responsabilização para apoiar iniciativas e programas de Promoção da Saúde.

Existe uma convergência entre o Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009) e o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013) ao trazer a responsabilidade dos diferentes atores criadores de Programas e Políticas, porém, na prática isto não é sempre assumido.

[...] os **governos delegam à população a responsabilidade** pela promoção e prevenção ao trabalharem com **medidas restritas ao comportamento individual** [...]. Conseqüentemente, os indivíduos são **culpabilizados** em relação aos seus estados de saúde, **não sendo questionados os determinantes sociais, políticos e econômicos e a responsabilização dos governos, dos formuladores de políticas e dos profissionais de saúde** (Artigo 4).

The extension of health behaviour change competencies is necessary at various levels: in the education of physicians, in practice-based research; in medical associations, in order to recognise these skills as basic medical competencies; and **in the support of health policymakers at the legislative, executive, and regulatory levels** [...]. The results will hopefully **encourage stakeholders and politicians to take responsibility for supporting health promoting programmes** in primary care (Artigo 10).

Já no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), quando são mencionadas as políticas públicas em saúde em relação à Promoção da Saúde, não se consegue transcender da prevenção na descrição da prática, referida na *II Conferência Internacional de Promoção da Saúde* em Adelaide (OMS, 1988), sobre o novo ‘papel’ para o setor saúde, diante do qual o setor saúde deve capacitar os profissionais nos novos paradigmas de atenção e do enfoque de Saúde em Todas as Políticas.

No Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009), há convergência quanto a caracterização da área de ação definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986), ao destacar a regulação e a criação de políticas que procuram facilitar a escolha de opções saudáveis para a população. Fica evidente ainda uma clareza no conteúdo segundo as bases teóricas da Promoção da Saúde e sua primeira área de ação (desenvolvimento de políticas saudáveis), porém falta ainda um maior aprofundamento nos possíveis processos ou propostas no sentido de articular a teoria à realidade da prática na Atenção Primária.

Health protection includes regulations and policies aimed at making healthy choices easier (Artigo 18).

Diferentemente dos artigos apresentados, o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) menciona especificamente as parcerias e a inclusão da prevenção no trabalho para assim gerar políticas em saúde mais sustentáveis, no entanto para isto é necessário organização e capacitação/formação de quem está na prática.

Working in partnership and integrating illhealth prevention into their current work will help to **make public health policies more sustainable**, but the findings of the review suggest that attention will need to be paid to the organisation and skill mix of general practice to achieve this (Artigo 12).

Em relação a isso, retomamos a *IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* desenvolvida em Jacarta (OMS, 1997), a qual traz como uma das prioridades da prática da Promoção

da Saúde para o século XXI a consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde, inclusive ao trabalhar a Promoção da Saúde de forma coordenada com a prevenção, ainda quando existe uma polémica pelo equívoco conceitual entre ambas.

Lembramos também que na *V Conferência Internacional em Promoção da Saúde* no México (OMS, 2000) destaca a Promoção da Saúde como fundamental nas políticas e nos programas públicos em todos os países. Segundo a *VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* em Nairobi (OMS, 2009) é um compromisso global integrar os princípios da Promoção da Saúde (paz, educação, alimentação, ecossistema estável, moradia, entre outras) nas políticas e na agenda de desenvolvimento dos governos. Finalmente, a *VIII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* em Helsinque (OMS, 2013) destaca a importância de incluir às comunidades, aos movimentos sociais e à sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitoramento da Saúde em Todas as Políticas.

Neste sentido, concordamos com Vasconcelos e Da Costa (2014, p.65) quando afirmam que a Promoção da Saúde “tem tido uma relativamente ampla penetração em políticas sanitárias e outros campos relacionados à saúde, em várias partes do globo, embora com intensidades distintas”. Entretanto, acreditamos que paulatinamente, a Promoção da Saúde está se inserindo no planejamento, execução e avaliação de políticas saudáveis, apesar de reconhecermos que os desafios continuam para ampliar a inclusão da Promoção da Saúde e sua prática nos diversos setores sociais como contribuição aos processos de melhora da saúde populacional.

Como síntese da análise sobre a concretude da área de ação Desenvolvimento de Políticas Saudáveis na prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 17, na qual se apresentam identificados na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

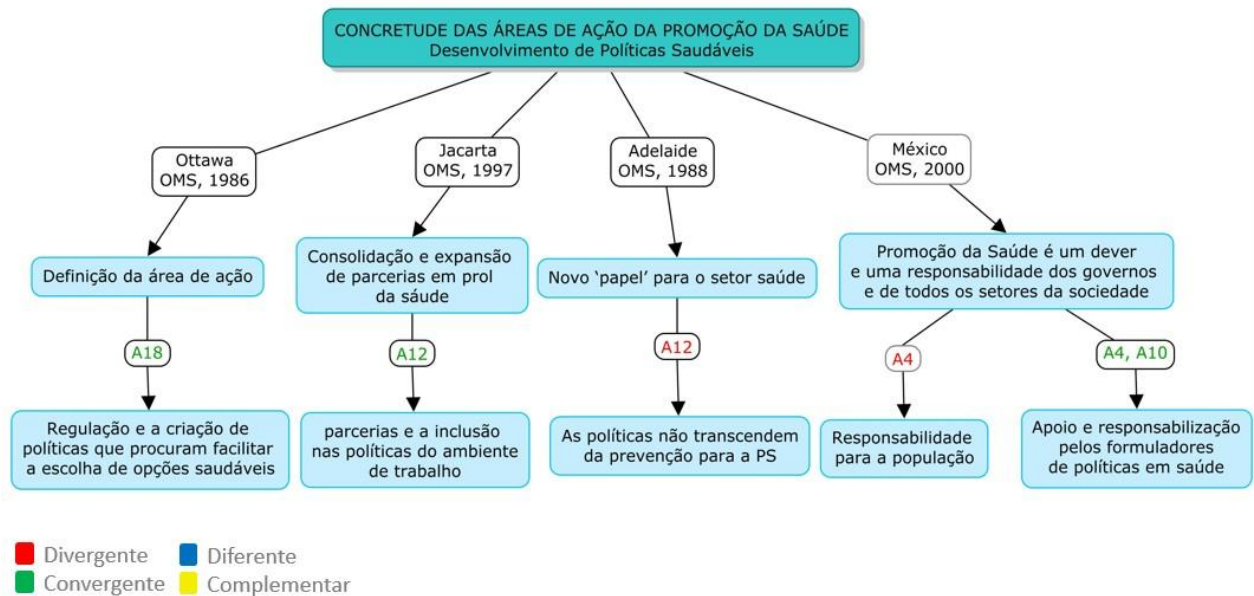


Figura 17 Concretude da área de ação Desenvolvimento de Políticas Saudáveis na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

A segunda área de ação da Promoção da Saúde também definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986), correspondente à CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS, não faz referência entre os 18 artigos tornando-se assim, invisível. Pensamos então que, como essa área de ação refere-se ao cuidado dos entornos compartilhados e a conservação dos recursos naturais, ações em Promoção da Saúde relacionadas a esta área poderiam estar publicadas sob títulos focados no elemento 'ambiental', sem dar ênfase à prática em Promoção da Saúde propriamente dita.

Apesar de não evidenciadas nos artigos as ações de criação de ambientes favoráveis, consideramos importante salientar as quatro vertentes propostas desde a *III Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Sundsvall* (OMS, 1991, p.4), as quais poderiam ser mais trabalhadas desde a prática da Promoção da Saúde, dentre elas a dimensão social quando são consideradas tanto as normas, como os costumes e os processos sociais que afectam a saúde, pois as relações sociais e suas mudanças podem se tornar numa ameaça ou em aliadas para a saúde; a dimensão política mediante a necessidade por parte dos governos, de garantir a participação democrática nos processos de tomada de decisões, assim como tentar descentralização às responsabilidades e recursos, apartir dos direitos humanos e a paz de forma transversal; a dimensão

econômica, quando é preciso levar a cabo uma redistribuição de recursos para a obtenção das metas da “Saúde para Todos”, do desenvolvimento sustentável e da transferência tecnológica; finalmente, a dimensão da participação das mulheres, uma vez que acredita-se que elas têm capacidades e saberes chave nas ações de Promoção da Saúde, apesar da sobrecarga de trabalho colocada às mulheres, a qual deve ser reconhecida e compartilhada entre homens e mulheres. Concordamos que a voz das mulheres no desenvolvimento da prática da Promoção da Saúde é fundamental para alcançar uma saúde para todos e todas.

Em relação à terceira área de ação da Promoção da Saúde (OMS, 1986), no Artigo 9 (FERREIRA e KIND, 2010), são mencionadas as iniciativas comunitárias e das próprias redes da comunidade com outros setores para gerar abordagens de Promoção da Saúde, em convergência com a área de ação defendida na Carta de Ottawa (OMS, 1986), denominada como FORTALECIMENTO DA AÇÃO COMUNITÁRIA. Porém, não é aprofundado o ‘protagonismo’ da comunidade e os recursos existentes como materiais, assim como talento humano. Também, não é mencionada a pertinência desse poder comunitário nos processos de definição dos problemas de saúde, tomada de decisões nem de planejamento que impactem na saúde. Nesse estudo sobre práticas grupais, poderiam ter sido mais exploradas as potencialidades do poder comunitário e o processo de empoderamento das pessoas na comunidade, pois é justamente a origem do fortalecimento comunitário e sua relação na prática com a Promoção da Saúde.

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Jacarta (OMS, 1997, p.6) traz como uma das prioridades da Promoção da Saúde no século XXI “aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo”. No entanto, quando dirigida à população, precisa deles para desenvolver os processos de saúde e de Promoção da Saúde, promovendo com a capacitação de grupos, organizações, instituições e comunidades para que possam ter uma maior influência nos diversos determinantes da sua saúde. Porém, entendemos que é necessária a instrução prática, o treinamento em liderança assim como as negociações para aceder a recursos. A proposta desta Conferência nos dá uma base para a prática, a qual poderia ser explorada em outras pesquisas diante da escassez da sua abordagem nos estudos *corpus* deste estudo.

Fazendo uma conexão do empoderamento com o desenvolvimento comunitário, no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), os autores mencionam ambos conceitos numa perspectiva pontual, sem aprofundamento em como isto é levado à prática generalista diante da sua importância

nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Para tanto, ao trazer a existência de grupos multiagenciais que coordenam, dominam as temáticas em saúde, pesquisam e avaliam as atividades de Promoção da Saúde, são mostrados os seus processos de empoderamento e de liderança em saúde na comunidade. Os profissionais da saúde presentes no cenário da Atenção Primária precisam se envolver ativamente nesses grupos multiagenciais, até porque é uma forma de reconhecer o poder que tem a própria comunidade nos processos de saúde e de Promoção da Saúde.

Enquanto isto, o Artigo 9 (FERREIRA e KIND, 2010) e o Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011) destacam a relevância das iniciativas comunitárias e o empoderamento sem aprofundar no papel protagonista da comunidade e os seus recursos, ou possíveis estratégias para realizar esse trabalho; outrossim, o Artigo 17 (WATSON, 2008) complementa como poderiam se desenvolver processos a partir de grupos multiagenciais, salientando que é preciso aproveitar atores e representantes de diversos cenários.

[...] as ações de promoção da saúde nas unidades devem se pautar em três abordagens. Na primeira, individual, atuando sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções, seja no acolhimento, seja nas consultas. Na segunda, coletiva, organizando grupos “sob novos eixos estruturantes”. Na terceira, **comunitária, buscam-se parcerias intersetoriais com iniciativas comunitárias ou da própria rede** (Artigo 9).

[...] **community development, empowerment** (Artigo 12).

Key people, for example from schools, workplaces, the local authorities and the media, all have roles to play in effective health promotion campaigns, and they may already be working together on specific topics. In most districts multi-agency groups exist for certain topic areas such as accident prevention and heart health. In general, these groups co-ordinate activities, act as champions for the topic, and research and evaluate activities. It is important that doctors, nurses and other members of primary care teams are represented on these groups so that they can maximise their impact at both an individual and a community level (Artigo 17).

Na *VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde* de Nairobi (OMS, 2009, p.7) é dada ênfase também às estratégias e ações ao empoderamento comunitário, ao defender que “as comunidades precisam compartilhar o poder, os recursos e a tomada de decisões para assegurar e manter as condições para a equidade na saúde”; para isto, é salutar que as comunidades tenham uma participação efetiva no planejamento, assim como procurem garantir o desenvolvimento de recursos sustentáveis da comunidade, construam e apliquem iniciativas a base de evidências.

O empoderamento enquanto princípio da Promoção da Saúde (VASCONCELOS; DA COSTA, 2014, p.79) não pode “se dar no etéreo”, como se fosse uma coisa que surge nas comunidades e

nos indivíduos de forma espontânea ou como se a adoção de hábitos de vida mais saudáveis fosse uma consequência de uma decisão individual isoladamente; o empoderamento não pode estar restrito a um sentimento psicológico em relação ao ‘poder’, ou ao ‘fortalecimento’, mas também entendemos que a dimensão subjetiva não pode ser desconsiderada quando falamos de saúde.

Isto visibiliza como o poder reside nos recursos comunitários e como a mesma equipe de profissionais da saúde precisam estimular esse protagonismo para participar nos processos de decisão e planejamento da saúde. Enquanto profissional da Promoção da Saúde consideramos que o protagonismo da comunidade necessita estar presente em todos os processos de Promoção da Saúde, desde aqueles gestados ao nível local, até aqueles relativos a políticas de caráter nacional.

Como síntese da análise sobre a concretude da área de ação Fortalecimento da Ação Comunitária na prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 18, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

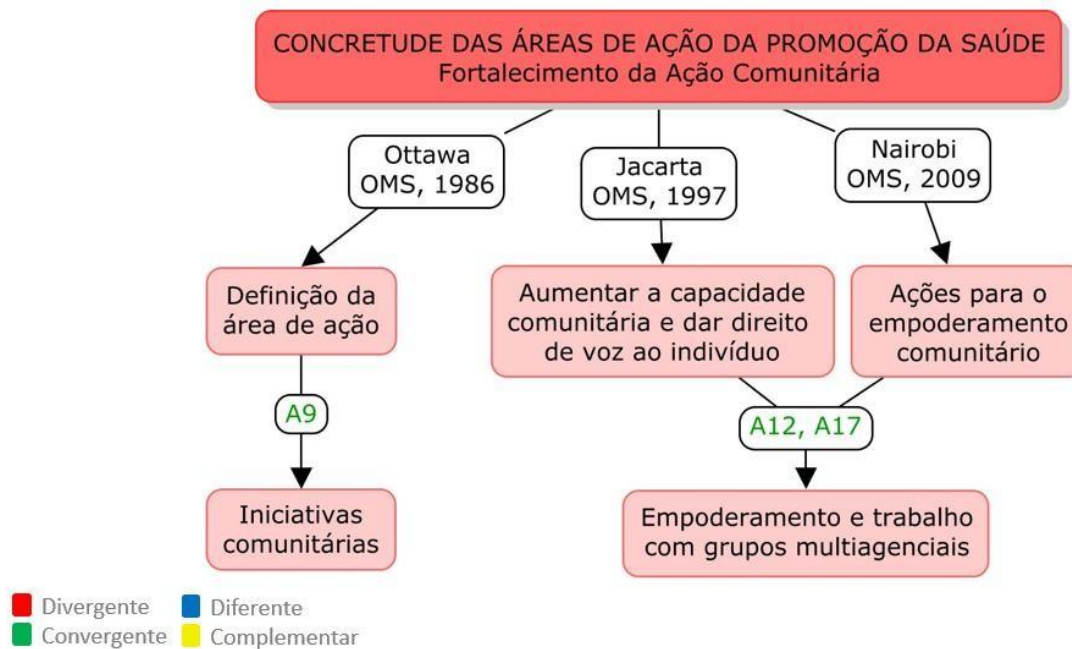


Figura 18 Concretude da área de ação Fortalecimento da Ação Comunitária na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Por sua vez, a quarta área de ação da Promoção da Saúde mencionada na Carta de Ottawa (OMS, 1986), DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS, foi a mais recorrente ao descrever as práticas em Promoção da Saúde nos 18 artigos analisados como *corpus* do estudo. No Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), a provisão de aconselhamento e apoio aos pais para melhorar a saúde da criança, em convergência com a quarta área de ação da Promoção da Saúde. Contudo, não se aprofunda no processo de como isto se desenvolve na prática.

[...] providing **advice and support to parents, and treatment and referral of the child, participation in health education and training in parenthood** (Artigo 1).

O Artigo 2 (BRUG; TAK; VELDE, 2011), traz a promoção de estilos de vida saudáveis nas populações, tendo para tanto uma correspondência com o proposto teoricamente. Um dos principais esforços financiados pelos governos foram as campanhas em saúde difundidas na mídia de forma massiva, conforme destaque a seguir.

[...] **promotion of healthy lifestyle behaviours among their populations.** Nationwide campaigns, often relying on mass media communications, are an important part of government-funded health promotion efforts (Artigo 2).

Programas de Promoção da Saúde referido no Artigo 3 (ERCI, 2012), podem melhorar os conhecimentos em saúde e os comportamentos das pessoas em relação à sua saúde, contribuindo para impactar de forma individual a qualidade de vida, convergente com o proposto na Carta de Ottawa (OMS, 1986) ao tentar proporcionar às pessoas ferramentas que façam com que elas melhorem sua saúde.

[...] health promotion programs can **improve knowledge and behaviour**, prevent or delay the onset of disability and disease and enhance the quality of life [...], **individual's physical health and physical health-related quality of life** (Artigo 3).

A capacitação dos sujeitos é destacada no Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), no sentido que eles façam a escolha que não tragam prejuízos à sua saúde, pelo contrário, o melhoramento do seu estado de saúde; mas precisam saber como ofertar opções acessíveis para que as pessoas possam exercer um maior controle sobre a sua saúde.

[...] o indivíduo devidamente informado será capaz de **escolher, entre muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos ou que contribuirá para obtenção de um estado ótimo de saúde** (Artigo 4).

O Artigo 5 (HAMILL; POWIS, 2006), faz referência aos primeiros dois estágios dos processos de Promoção da Saúde Mental, incluindo autoajuda, grupos de apoio e gerenciamento do sono. Notamos que existe uma iniciativa com os postulados teóricos da quarta área de ação, desenvolvimento de habilidades pessoais, ao favorecer o desenvolvimento pessoal e social, assim como facilitar as ferramentas para que as pessoas e o coletivo exerçam um maior controle sobre a sua própria saúde.

[...] mental health promotion (MHP) involves ‘any action to **enhance the mental wellbeing of individuals, families, organisations or communities**’ [...]. The first two stages in this approach could be viewed as MHP. They involve providing access to self-help, support groups, and sleep management (Artigo 5).

Observamos a convergência dessa área no Artigo 6 (IRVINE, 2007), ao salientar que a abordagem educativa tem como finalidade garantir que as pessoas tomem decisões conscientes, a partir da informação, o conhecimento e a compreensão dos indivíduos.

[...] five approaches to health promotion, namely the medical, behavioural change, educational, client-centred and societal change approaches. They suggest that the **educational approach aims to ensure that well-informed decisions are made, by giving information and ensuring knowledge and understanding** [...], health promotion involves **giving advice to that individual when they are trying to make decisions and choices about their lifestyle relating to health**. [...] the belief that individual behaviour is the primary determinant of health is misguided, because a number of critical factors such as social-political structures and cultures also influence health (Artigo 6).

Entretanto, as mudanças nos níveis cognitivos e emocionais referidas no Artigo 7 (LIRA, 2010), sobre os ‘pacientes’ depois das intervenções em Promoção da Saúde impactaram nos estilos de vida, coerente com os processos de desenvolvimento de ferramentas e habilidades de mudança para exercer a saúde conforme a proposto na teoria da Promoção da Saúde.

Patients report **cognitive and emotional effects and healthy lifestyle changes** after these consultations (Artigo 7).

Ademais, o Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), destaca o protagonismo dos médicos nos cenários da Atenção Primária para estimular e promover nos ‘pacientes’ ‘melhores’ comportamentos em

saúde. Ideia compatível com outros artigos, ao referirem o aconselhamento e a orientação para a mudança, e o processo de facilitação de ferramentas para a vida mencionado na Promoção da Saúde, como vemos no fragmento a seguir.

Family physicians can play a **key role in promoting health by providing preventive services to and encouraging their patients to engage in healthier behaviors** (Artigo 8).

Encontramos no Artigo 9 (FERREIRA e KIND, 2010), um destaque à relevância da atuação sobre os modos em que as pessoas vivem a sua saúde; neste caso, isto pode ser abordado seja nos momentos de acolhimento ou propriamente nas consultas. Porém, essa área de ação é generalizada, sem explicar nem aprofundar em como se dá o processo para desenvolver essa atuação.

[...] as ações de promoção da saúde nas unidades devem se pautar em três abordagens. Na primeira, **individual, atuando sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções, seja no acolhimento, seja nas consultas** (Artigo 9).

Mais uma vez o Artigo 10 (NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013) ressalta a capacitação das pessoas para o processo de tomada de decisões, o que poderá impactar na auto-determinação, autorresponsabilização e empoderamento que poderão gerar uma maior motivação, satisfação e aderência à intervenção e, portanto, impactos na saúde. Outrossim, os autores focam numa das habilidades para a vida, a tomada de decisões, a qual colabora com que os indivíduos possam exercer um maior controle sobre sua saúde.

Involving people in decision-making is fostering their **sense of self-determination, self-responsibility, and ownership**, and has positive effects in terms of their **motivation, satisfaction, adherence to an intervention, and even health outcomes** (Artigo 10).

Sobre a orientação dos profissionais de saúde para os usuários, mencionada no Artigo 11 (NYMBERG; DREVENHORN, 2016), os autores ressaltam que esses usuários têm fazer referência à orientação que pode dar meios para ‘melhorar’ seus comportamentos não saudáveis e reforçar aqueles que são de benefício para a sua saúde. Mas, não deixa claro em que consistiria essa orientação ou quais seriam possíveis as estratégias, deixando um vazio sobre a prática da Promoção da Saúde nessa área de ação específica, como vemos a seguir.

[...] **help the patients** with their struggling for a healthier way of living [...]. Lifestyle clinics can both **give patients opportunity to change their current unhealthy lifestyle and confirm the good habits** (Artigo 11).

As estratégias holísticas em Promoção da Saúde mencionadas no Artigo 12 (PECKHAM; HANN; BOYCE, 2011), têm como finalidade conseguir mudanças no comportamento, desenvolver educação em saúde, prevenção e proteção da saúde. Porém, isto não transcende o descrito ou explicado, o que gera um vazio na apresentação das estratégias e nos processos para a Promoção da Saúde nessa área de ação específica, evidenciado na seguinte frase do artigo.

[...] holistic strategies encompassing **behaviour change, health education, prevention and protection** (Artigo 12).

Ao nos referirmos sobre o processo de capacitação, o Artigo 13 (RICHARD *et al.*, 2010), ressalta que tal capacitação vem gerar conhecimento em saúde junto com os sujeitos para eles terem a oportunidade de mudar os seus hábitos de vida em saúde, assim como estimular uma mudança em suas atitudes e comportamentos. Os autores propõem como alvo o sujeito individual.

to increase individuals' knowledge with respect to healthy habits, as well as change their attitudes and behavior [...]. Most of the activities include an **individual-level target**, meaning an action aimed at an individual whose health we wish to maintain or improve (Artigo 13).

No Artigo 14 (ROLL; BOWERS, 2017), os autores defendem o objetivo da prática de Promoção da Saúde é oferecer uma educação em saúde focada nas pessoas, para com elas terem mais conhecimento sobre condição de saúde, no sentido de uma comunicação melhor às suas necessidades, problemas e sintomas; isto tudo influencia no processo de empoderamento, referente neste caso a um grupo populacional com dificuldades no desenvolvimento, o qual converge com a teoria ao pretender preparar as pessoas para as etapas da vida e as doenças ou condições advindas dessas etapas, conforme destaque a seguir.

[...] the goal of **person-centered health education as having individuals with I/DD gain more knowledge about their health condition to communicate their needs, problems, and symptoms, empowering them** to reach out for health services when necessary (Artigo 14).

Ademais, o Artigo 15 (SANCHEZ *et al.*, 2017) menciona o aconselhamento e as técnicas de mudança de comportamento como componentes ativos para a Promoção da Saúde, o que é convergente com a Promoção da Saúde, evidenciado no fragmento do texto.

Research on healthy lifestyle promotion in clinical settings has established that **intensive counseling in the form of advice and the use of behavioral change techniques are some of the active components** that help individuals initiate and maintain health-related behavior change (Artigo 15).

Já no Artigo 16 (SHAHAR *et al.*, 2009), a vivência pessoal da mudança não fala da aquisição de ferramentas, capacidades nem conhecimento, que poderá implicar uma relação vaga com a área de ação, mas não um posicionamento com fala contundente segundo o proposto na Promoção da Saúde.

[...] this type of intervention which is based on **personal experience of change**, might be considered as an effective platform for empowering health professionals in primary prevention care (Artigo 16).

A teoria motivacional citada no Artigo 17 (WATSON, 2008) vem a contribuir no processo de ajudar os ‘pacientes’ a desenvolverem estilos de vida saudáveis, além de ajudar a melhorar a atuação individual dos membros das equipes. Neste sentido, entendemos que as ferramentas e o desenvolvimento de habilidades pessoais necessitam se fomentar nos profissionais da saúde para que eles estejam ‘preparados’ para intervir na e com a população.

An understanding of motivational theory is crucial for many who work in general practice, both in relation to **helping patients develop healthy lifestyles and in relation to the performance of individual team members** (Artigo 17).

Por outr lado, no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009), a educação em saúde é uma das atividades da Promoção da Saúde, com a finalidade de melhorar a saúde e prevenir a enfermidade, ao influenciar crenças, atitudes e comportamentos. Um entendimento contraditório ao utilizar como sinônimos a prevenção de doenças e a Promoção da Saúde. No referido artigo, o que é tomado como educação em saúde, segundo o proposto na Carta de Ottawa (OMS, 1986) não é coerente com a abordagem feita no artigo, a qual apresentamos a seguir.

[...] described as a concept including **three overlapping spheres** of activity, **prevention, health education and health protection**. In their model, prevention aims to **influence lifestyle** and is categorized as primary, secondary and tertiary prevention and the goal of health education is to **improve health or to prevent ill-health through influencing beliefs, attitudes and behaviour**. Health protection includes regulations and policies aimed at making healthy choices easier (Artigo 18).

Observamos que em todos os artigos citados que trabalham o desenvolvimento de habilidades pessoais desde estratégias e ações diferenciadas, mas não identificamos pontos de convergência ou divergência, uma vez que eles retomam diferentes aspectos propostos teoricamente na Carta de Ottawa (OMS, 1986) e, especificamente, na descrição da área de ação, pois cada um dos artigos faz referência a algum dos fazeres convergentes com a teoria.

Neste sentido, resgatamos o defendido na *VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde* em Nairobi (OMS, 2009, p.8), ao trazer como uma das suas estratégias e ações prioritizadas para o século XXI a “alfabetização e comportamentos em saúde”. Para tanto, retomamos o apoio para o empoderamento, no sentido de compreender e adotar as tecnologias da informação e da comunicação permeada da construção e da aplicação das evidências para a construção das práticas em Promoção da Saúde. A discussão sobre o desenvolvimento de habilidades pessoais tanto nos profissionais da saúde quanto nos agentes da Promoção da Saúde na prática e, especialmente, no cenário da APS, poderá ser melhorado a partir dos processos de formação profissional e de educação permanente em saúde, o que poderá facilitar o domínio e a familiarização com a Promoção da Saúde como prática chave da Atenção Primária à Saúde.

Outrossim, a educação em saúde referida no Artigo 18 (WILHELMSSON; LINDBERG, 2009), é utilizada como sinônimo da Promoção da Saúde e, ao falar sobre seu propósito, confunde também o conceito de prevenção. Neste sentido, retomamos a discussão já abordada neste trabalho ao analisarmos os conceitos de Promoção da Saúde, prevenção e de educação em saúde. Defendemos que a educação em saúde é uma das estratégias utilizadas na prática da Promoção da Saúde, sobretudo nas suas práticas didáticas (as quais parecem ser as mais recorrentes no contexto da APS ao falarmos de ações de Promoção da Saúde). Já a prevenção, representa uma prática diferenciada, com uma abordagem focada na doença, de caráter clínico e usualmente desenvolvida no marco do modelo hegemônico biomédico.

Como síntese da análise sobre a concretude da área de ação Desenvolvimento de Habilidades Pessoais na prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 19, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

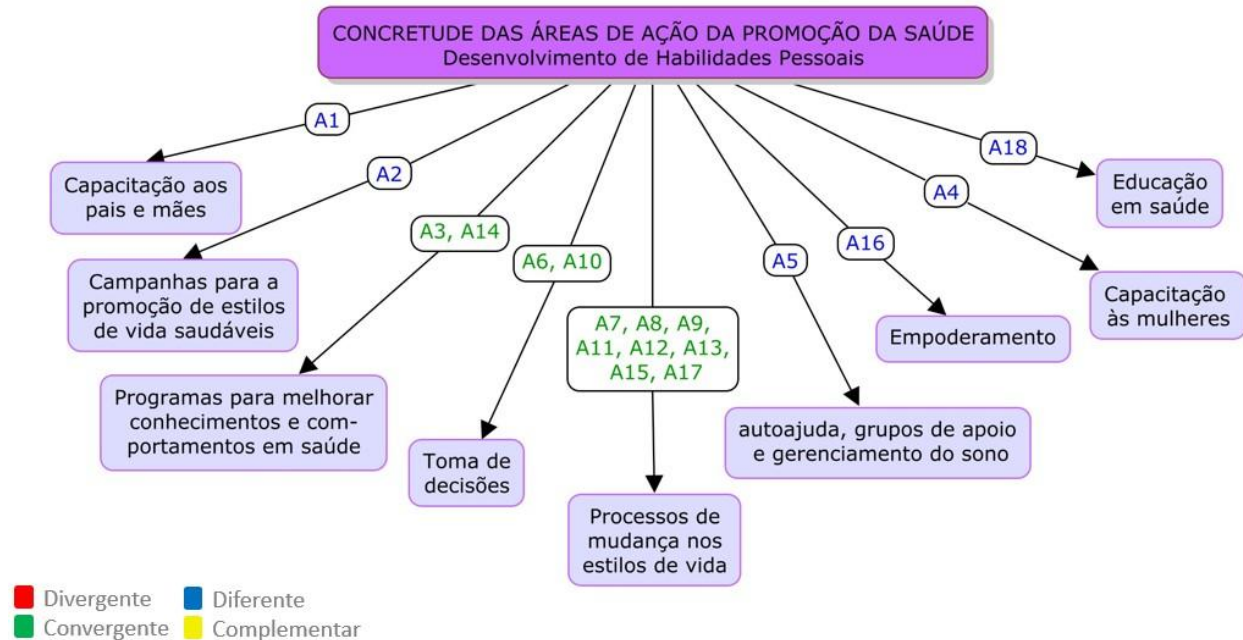


Figura 19 Concretude da área de ação Desenvolvimento de Habilidades Pessoais na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Finalmente, a quinta área de ação proposta na Carta de Ottawa (OMS, 1986) corresponde à REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. No Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), mesmo sem um aprofundamento, a mudança de nome da Vigilância da Saúde Infantil para Promoção da Saúde Infantil, denota uma transcendência na abordagem reducionista para uma abordagem holística com um outro olhar, convergente com o proposto nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.

Para os autores do artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), o processo de reorientação implica uma trajetória lenta, e deixa evidente também uma certa resistência de introduzir novas práticas inovadoras além das campanhas educativas, pois domina a abordagem

tradicional da educação em saúde junto com atividades como vacinação, exame de Papanicolau e métodos contraceptivos. Neste sentido, ainda quando o trabalho menciona esta área de ação, a prática dela é divergente do proposto na teoria em Promoção da Saúde.

No Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015), os processos de transformação (re-engenharia) para o sistema de atenção à saúde, mencionam a necessidade de colocar a prevenção à frente do serviço, mas não é mencionada a Promoção a Saúde como parte dessa re-estruturação.

As Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde (FERREIRA; KIND, 2010), no Artigo 9, os autores trazem a Promoção da Saúde como uma estratégia global para organizar os serviços de saúde, o qual é convergente com a teoria proposta enquanto transcende a prática clínica tradicional e propõe uma abordagem holística.

Outrossim, no Artigo 17 (WATSON, 2008), a Promoção da Saúde vem com mudanças na educação e na formação profissional, pois é integrada no ‘papel’ dos profissionais da organização, isto junto com um compromisso forte para a mudança aos níveis de políticas e de liderança, convergente com o proposto na quinta área de ação da Promoção da Saúde.

O Artigo 1 (BELLMAN; VIJERATNAM, 2012), o Artigo 9 (FERREIRA; KIND, 2010) e o Artigo 17 (WATSON, 2008), são convergentes ao retomarem os elementos principais da área de ação reorientação dos serviços de saúde, evidenciada a seguir.

[...] with **the shift from CHS to CHP**, the number of HVs being trained is decreasing and there is a significant reduction in the HV establishment employed by primary care trusts (Artigo 1).

[...] utilizar a promoção da saúde dentro de uma **estratégia global para a organização dos serviços de saúde** (Artigo 9).

At one extreme some hospitals do little more than provide health information and education to patients, whereas, at the other, health promotion becomes integrated into staff roles throughout the organisation. **For the reorientation of the hospital to occur and be sustainable, the research indicated that there had to be strong organisational commitment to change, supported by strong policy and leadership.** Similar levels of commitment and support will be needed in general practice (Artigo 17).

A relevância do processo de reforma e de reorientação da PS referido no Artigo 4 (FIGUEIRA; FERREIRA; SCHALL; MODENA, 2009), expõe uma divergência da realidade do seu contexto com o proposto na teoria, ao evidenciar uma resistência às estratégias inovadoras junto com as tradicionais, sobretudo em relação às campanhas em saúde.

[...] a **reorientação do modelo assistencial** ocorre de maneira **lenta**, de forma que **as ações de promoção e prevenção ficam restritas às campanhas educativas**, influenciadas pela **abordagem tradicional** da educação em saúde, e a **procedimentos considerados prioritários** pelo Ministério da Saúde, como vacinação, exame Papanicolaou e métodos contraceptivos (Artigo 4).

No Artigo 8 (LUQUIS; PAZ, 2015) o texto elaborado sobre a Promoção da Saúde e a prevenção da doença são concebidos como conceitos sinônimos, demonstrando um equívoco na linha que faz diferente um do outro.

[...] need to **reengineer the health care system** in order to place prevention in the Forefront (Artigo 8).

O Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar (BRASIL, 2011b) propõe também como as ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, pois elas resultam numa estratégia de articulação transversal, no caminho a melhorar a qualidade de vida, por meio da construção de políticas públicas saudáveis que proporcionem melhorias no modo em que as populações vivem.

O esforço vigente por substituir as práticas assistenciais mais comuns que são focadas no ato prescritivo por outros novos modos de produção do cuidado como são a atenção domiciliar e as práticas que visam a promover a saúde referidos por Ribeiro e outros (2011). O conceito de reestruturação produtiva implica a incorporação tecnológica, considerando como tecnologias não somente as duras (materiais) mas também as leve-duras e as leves.

Por sua parte, Vanconcelos e Da Costa (2014) contam como têm surgido diversas críticas ao modelo hegemônico biomédico que conforma os sistemas de saúde mundialmente, pois mantém como horizonte os valores da acumulação capitalistas, propiciando também uma ampliação aos serviços privados da área e a ampliação da indústria dos medicamentos e equipamentos hospitalares, realidade global na qual tem influência a Promoção da Saúde ao reorientar os serviços de saúde.

Como síntese da análise sobre a concretude da área de ação Reorientação dos Serviços de Saúde na prática em Promoção da Saúde apresentamos a Figura 20, na qual se identificam na cor verde aqueles artigos que foram convergentes, de vermelho os artigos divergentes, de amarelo os complementares e de azul os diferentes.

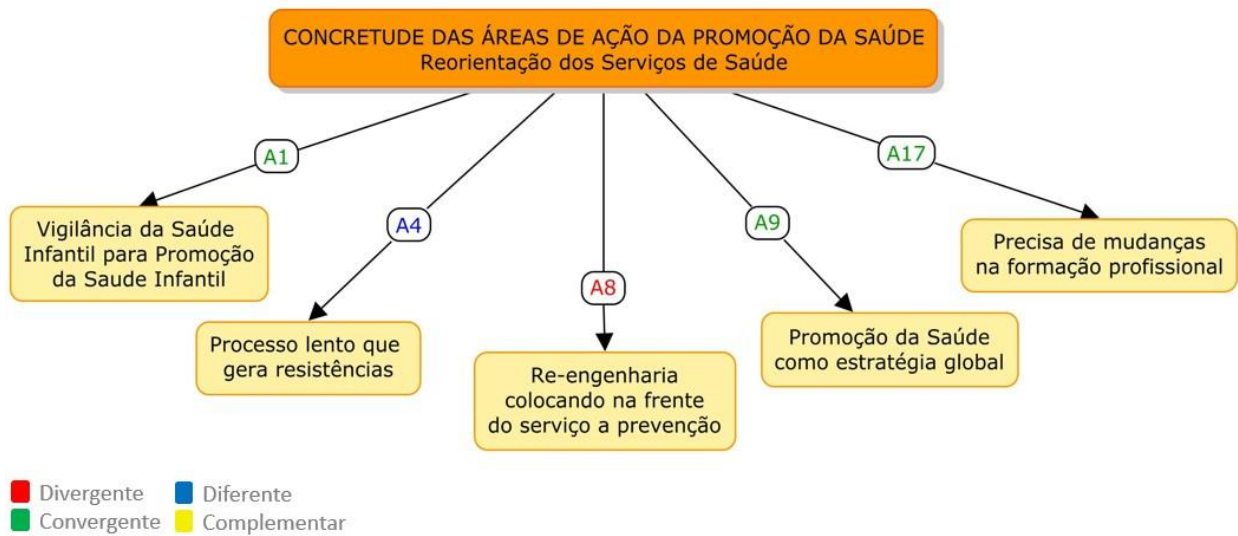


Figura 20 Concretude da área de ação Reorientação dos Serviços de Saúde na prática de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo, fev. 2018.

Em síntese, segundo o evidenciado nos 18 artigos *corpus* do estudo, as atividades de Promoção da Saúde podem estar sendo desenvolvidas de forma incipiente em relação às propostas defendidas apresentadas ao longo das Conferências Internacionais em Promoção da Saúde.

8 SÍNTESE SOBRE AS PRÁTICAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: reflexões e perspectivas futuras

A partir deste estudo de REVISÃO INTEGRATIVA tivemos a oportunidade de compreender os sentidos e significados da Promoção da Saúde, analisar suas práticas e discutir as áreas de ação desta, estabelecidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde com as produções científicas consideradas como *corpus* deste estudo, no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil e em outros países do mundo.

A Revisão Integrativa, sobretudo como um método de análise dialético necessita para seu desenvolvimento, dedicação e uma imersão aprofundada na temática de estudo. Por isto, consideramos que o caminho metodológico percorrido, cheio de idas e vindas, de leituras e releituras para uma compreensão articulada ao método de análise de dados Hermenêutico-dialético, gerou aprendizado e crescimento importantes para nossa área de formação acadêmica em Saúde Coletiva e, mais especificamente, na nossa formação como profissional em Promoção da Saúde.

Sobre os SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, encontramos divergências em consequência, inclusive, devido ser uma prática “nova” e polissêmica, apesar das discussões e referendos da OMS no ano 1986. O conceito de educação em saúde foi utilizado em vários estudos como um sinônimo de Promoção da Saúde, porém, compreendemos que ambos são conceitos diferenciados, e que ainda quando a Promoção da Saúde pode utilizar as ferramentas provenientes da educação em saúde para algumas atividades e ações específicas, não se reduz a ela na sua prática no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Outrossim, conceitos como estilos de vida-hábitos saudáveis-comportamentos em saúde, foram também contemplados nos sentidos e significados da PS, o qual se aproxima com o defendido ao longo das 10 Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, ao falar sobre o impacto que poderia ter a Promoção da Saúde nos hábitos das populações, caminhando para um maior bem-estar e um melhor controle da saúde própria e os seus determinantes.

Outros conceitos como empoderamento, participação social, autonomia, multidimensionalidade, intersetorialidade, responsabilização dos sujeitos e abordagem populacional-comunitária-coletiva foram também mencionados como sentidos e significados da

PS no *corpus* deste estudo. Consideramos que tais sentidos aqui trazidos correspondem ao defendido nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, mostrando assim uma coerência com os princípios e áreas de ação da prática em Promoção da Saúde.

Por outro lado, debatemos ao longo do estudo sobre o conflito conceitual existente entre a prevenção e a Promoção da Saúde, conceitos que tendem a ser utilizados de forma sinônima. Enquanto alguns artigos defenderam que a PS forma parte da prevenção primária, outros trazem a prevenção como uma atividade desta. Inclusive, no caso de documentos de referência e guia para os profissionais em saúde, a exemplo da *Política Nacional de Promoção da Saúde* do Brasil encontramos este equívoco, ao delimitar como um objetivo específico da política “prevenir fatores determinantes de doenças”.

Concordamos com Czeresnia e Freitas (2009), Figueiredo e Martins (2016) e Ribeiro e outros (2011) sobre a importância de trabalhar desde a formação do profissional em saúde, esse conflito conceitual, entre ambas as práticas como complementares e parte da oferta de serviços do nível da Atenção Primária à Saúde, porém, diferenciadas enquanto as suas abordagens e áreas de ação.

Apesar do conjunto de tensões teóricas e filosóficas que giram em torno dos sentidos e significados da PS, acreditamos que ela é um campo de trabalho que transcende os cuidados da atenção à saúde vistos desde o modelo hegemônico biomédico e clínico. Ao tentar impactar de forma positiva a Saúde Coletiva, é necessário trabalhar a PS em diversas esferas do Estado e da sociedade, de forma multidisciplinar, intersetorial e com a participação social de diversas comunidades, organizações e instituições, levando sempre em consideração, com empatia e respeito, os contextos em que vivem e se desenvolvem os sujeitos.

Já em relação ao PROCESSO DE TRABALHO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, vimos mediante a escassez desses estudos publicados nos últimos 10 anos que abordam a necessidade não apenas da realização de outros, mas também de publicações para a compreensão de como são desenvolvidas as práticas da PS. No *corpus* do estudo, identificamos que dentre as FINALIDADES explicitadas nos artigos encontra-se garantir e melhorar a qualidade de vida das pessoas, brindar uma atenção com qualidade, gerar não só empoderamento nos usuários, como também espaços de trabalho saudáveis além de oferecer aconselhamento.

Acreditamos que essas finalidades são recortes da finalidade global da PS, concordando com a Carta Ottawa (OMS, 1986) ao fazer referência a capacitar as populações para atuar em prol da melhoria da sua qualidade de vida e saúde, o que implica maior participação no controle da sua saúde. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Dentre as atividades de PS, em qualquer uma das cinco áreas de ação definidas na *I Conferência Internacional de Promoção da Saúde* (OMS, 1986), elas têm variados OBJETOS de trabalho, desde uma abordagem populacional na criação de políticas em saúde, até a delimitação de um projeto para grupos específicos por exemplo. Todavia, consideramos que é válido definir algumas das ações dirigidas para grupos específicos pois irá depender das necessidades identificadas e dos problemas priorizados para serem trabalhados.

Em relação aos INSTRUMENTOS de trabalho da PS foram mencionados os modelos teóricos, a combinação de estratégias, os instrumentos para visualização dos riscos, a técnica de entrevista motivacional, os materiais divulgados de forma massiva, e as guias práticas. Porém, identificamos um conflito neste sentido, pois alguns artigos trouxeram a problemática da falta de guias ou protocolos para o agir em Promoção da Saúde, aspecto que deve ser melhorado para assim ter uma maior clareza sobre como desenvolver o processo de trabalho em PS.

Quanto as ATIVIDADES em Promoção da Saúde, no *corpus* do estudo vimos as atividades em educação em saúde, assim como as campanhas educativas propriamente ditas, a promoção de estilos de vida saudáveis a partir de plataformas *online*, as assessorias em saúde, o aconselhamento intensivo, o trabalho grupal e a promoção de ambientes saudáveis e favoráveis nos próprios centros de saúde.

Concordamos que tais atividades são coerentes com o proposto nas Conferências Internacionais em Promoção da Saúde e reforçado por diversos autores, ainda quando defendemos que a PS não está limitada na sua prática somente a essas atividades. Porém, surgiu também como uma atividade da PS a prevenção, visibilizando mais uma vez o conflito conceitual entre ambas práticas, inclusive reforçado pelos profissionais da saúde ao falarem que se sentem mais confortáveis desenvolvendo prevenção do que Promoção da Saúde. Consideramos importante salientar que tais práticas são complementares e podem coexistir e até coordenar o seu

planejamento de forma conjunta, diante das necessidades priorizadas nas comunidades e nos diferentes cenários, pois elas não precisam ser vistas com uma relação antagônica entre si e sim com uma definição diferenciada.

Sobre os AGENTES do processo de trabalho em Promoção da Saúde, defendemos o proposto nas Conferências Internacionais ao falar que esta precisa de agentes coletivos, o qual foi evidenciado nos artigos deste estudo na figura de diferentes pessoas como responsáveis pela prática em Promoção da Saúde no contexto da APS. Destacamos assim os visitantes sanitários, a enfermeira (de distrito, comunitária, da atenção primária, de saúde pública e a generalista), os representantes dos institutos que trabalham Promoção da Saúde, o terapeuta (psicólogo), o assistente social, o médico (generalista, de família, de saúde pública), o especialista em educação em saúde, os provedores de atenção em saúde, o assistente administrativo, o farmacêutico, a parteira e os membros da comunidade, dentre outros.

Vemos nesta diversidade de agentes como a construção dos processos de PS podem ter idealmente a participação ativa de diversos atores. Reforçamos a importância da formação profissional em PS, pois alguns destes agentes, sobretudo a figura do médico e das enfermeiras, tendem a ter conflito na hora de agir na Promoção da Saúde, concebendo-a como sinônimo de prevenção, ou com dificuldade para oferecer aconselhamento sobre práticas saudáveis.

Já a RELAÇÃO INTERPESSOAL, foi um aspecto pouco desenvolvido no *corpus* do estudo, destacando principalmente como as práticas grupais em Promoção da Saúde contribuem ao fortalecimento dos vínculos entre os usuários e as equipes de saúde. Também, foi identificado como na APS, às vezes são poucas as atividades que consideram alvos interpessoais, organizacionais ou comunitários, o qual poderia ser fortalecido para assim garantir uma melhor prática em Promoção da Saúde.

Em vários momentos, a temática da AVALIAÇÃO surgiu como um desafio para a Promoção da Saúde e quem a trabalha. Concordamos que há necessidade de avaliar de forma mais efetiva as ações de Promoção da Saúde, para melhorar as guias práticas e avaliativas das práticas em Promoção da Saúde, as quais parecem ser ainda pouco valorizadas nos serviços da APS, assim como pelos profissionais da saúde e os usuários. Entendemos que tal valorização possibilita uma coordenação de recursos, e até mesmo um maior interesse e apoio para fortalecer a oferta da Promoção da Saúde nos serviços sanitários de APS.

A respeito das ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, notamos que poucos foram os estudos que exploraram as estratégias e ações propostas de forma específicas nas diversas *Conferências Internacionais de Promoção da Saúde*. Sobre o DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS SAUDÁVEIS, vimos que às vezes a responsabilidade pela saúde é repassada para a população, deixando de fora aos agentes que têm a responsabilidade de garantir as opções de vida saudáveis, como são os formuladores de políticas e tomadores de decisões (nos níveis legislativos, executivos e regulatórios), profissionais da saúde e o governo, em parcerias que possam ser geradas entre os grupos de agentes de forma multiprofissional e intersetorial. Neste sentido, entendemos que a saúde e a Promoção da Saúde são uma responsabilidade e uma construção de caráter coletivo, mas, precisamos ainda trabalhar além da sensibilização, pelo agir consciente desses agentes com o objetivo de incentivar a participação social, o empoderamento, a paz, a educação e outros princípios em Promoção da Saúde pleiteados desde a Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Por outro lado, a área de ação denominada CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS não foi trabalhado em nenhum dos 18 artigos do estudo. Isto poderia significar que existe escassez de ações ou que, aquelas que são desenvolvidas nessa linha, não estão sendo consideradas precisamente como ações da Promoção da Saúde. Ainda assim, reconhecemos a importância de procurar criar ambientes favoráveis para a saúde desde as dimensões social, política e econômica, com o protagonismo das mulheres -que representam a maioria de pessoas promotoras da saúde no mundo- de forma transversal às ações em Promoção da Saúde.

Já sobre a área de ação conhecida como FORTALECIMENTO DA AÇÃO COMUNITÁRIA, a qual tem relação direta com os princípios de empoderamento e participação social, foram citadas como estratégias as iniciativas comunitárias das próprias redes em articulação com outros setores, sem chegar a aprofundar sobre o protagonismo dos membros dessa comunidade; como também, a presença da figura ‘grupos multiagenciais’ nos estudos, os quais coordenam as atividades em PS devido ao seu conhecimento na temática, inclusive pesquisa e avaliação das atividades. Porém, em outros estudos foi mencionada a área de ação sem detalhar sua operacionalização na prática da Promoção da Saúde no contexto da APS.

A quarta área de ação, o DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS, foi a mais recorrente no *corpus* do estudo, presente nos 18 estudos analisados. Na referida área a existência de equívoco conceitual vem confundir como sinônima, as atividades de educação em saúde como de Promoção

da Saúde, ainda quando às vezes os conteúdos trabalhados nas atividades educativas tiveram uma abordagem preventiva (evidenciando outro conflito em relação ao equívoco conceitual do termo prevenção e Promoção da Saúde).

Muito embora as atividades didáticas planejadas, desenvolvidas e avaliadas no marco da Educação em Saúde tenham uma relação às vezes com Promoção da Saúde, nem sempre elas refletem a uma abordagem diferenciada ou-e contra-hegemônica que tanto caracteriza à Promoção da Saúde. A discussão sobre as diferenças entre Promoção da Saúde e prevenção, ainda quando ambas práticas podem acontecer juntas, não implicam os mesmos conteúdos temáticos nem as mesmas estratégias e abordagens com a população.

Por outra parte, a REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, quinta área de ação da Promoção da Saúde, foi mencionada em vários estudos, também sem aprofundar em como esta reorientação seria feita no cenário da Atenção Primária à Saúde. Os artigos do *corpus* deste estudo trazem elementos como a mudança da ‘Vigilância da Saúde Infantil’ pela Promoção da Saúde Infantil, o qual implica ainda uma vigilância mais abrangente as possíveis ações em relação à saúde deste grupo etário. Mais uma vez, é retomada a temática da formação profissional em Promoção da Saúde como parte dessa reorientação dos serviços de saúde, a qual ainda consideramos um desafio importante por conquistar.

Sabemos e reconhecemos, como foi destacado nos artigos deste estudo, que os processos de mudança de paradigmas e reorientação dos serviços demoram e tendem a ter uma trajetória lenta, são alcançáveis ao mediano e longo prazo, porém, após mais de 30 anos desde a Conferência de Ottawa, já deveríamos estar discutindo de forma mais operativa e específica como essa reestruturação poderia ser alcançada, pois consideramos que esta área de ação facilitaria com que as outras áreas também sejam alcançadas.

A figura do profissional em Promoção da Saúde pode ter um protagonismo relevante nas cinco (5) áreas de ação da Promoção da Saúde, pois o seu perfil profissional pode facilitar a inserção nas equipes inter-disciplinares para contribuir na identificação de necessidades em saúde e sua priorização, no planejamento de políticas, programas e projetos com uma visão positiva da saúde e da sua promoção, na operacionalização dessas estratégias e ações e na criação de métodos e instrumentos de avaliação para conhecer na prática ações efetivas da Promoção da Saúde.

Após o desenvolvimento desta pesquisa, confirmamos o nosso pressuposto ao ver evidenciado no *corpus* do estudo como as práticas de Promoção da Saúde no contexto da APS no Brasil e em alguns países do mundo vêm sendo desenvolvidas de forma acessória ou desconsiderada, diante das contradições entre o modelo profissional-centrado *versus* o modelo usuário-centrado, assim como o desconhecimento dos profissionais de saúde diante da inconsistência conceitual da Promoção da Saúde na prática.

Acreditamos numa prática da Promoção da Saúde que venha contribuir aos sistemas de saúde do mundo, com uma visão que poderá complementar a oferta dos serviços de saúde, ao ter uma abordagem inovadora, diferenciada, centrada na pessoa e rompendo com os paradigmas do modelo hegemónico biomédico tradicional. Consideramos que a Promoção da Saúde precisa ser desenvolvida na Atenção Primária à Saúde junto com as outras atividades de carácter clínico, pois os profissionais com formação em Promoção da Saúde teriam condições para contribuir com as possibilidades, potencialidades e ferramentas que existem nas comunidades para melhorar a forma em que vivem e desfrutam sua saúde, tanto individual como comunitária e coletivamente.

Uma melhor formação aos profissionais da saúde, que abrange as possibilidades da prática sanitária limitada ao cenário clínico e biologicista, é possível e, além disso, é necessária para atender às novas mudanças no cenário da Saúde Coletiva aos níveis locais, nacionais, regionais e global.

Temos várias décadas avançando e construindo conhecimento numa área de trabalho revolucionária, inovadora, positiva, que poderia no futuro melhorar a qualidade de vida das nossas populações, a vivência plena da saúde por parte dos sujeitos e até melhorar o panorama de financiamento em saúde para a atenção das doenças crônicas não transmissíveis que cada dia se fazem mais ‘normais’ na nossa cotidianidade. Temos as ferramentas e as possibilidades de, a partir das práticas em Promoção da Saúde, promover uma ‘cultura de saúde’, que transcenda a ‘cultura de doença’ na qual estamos imersos na sociedade capitalista que vivemos.

Para tanto, a responsabilidade de melhorar como vivemos em sociedade e como construímos saúde de forma coletiva é de todos e todas, e nós, enquanto profissionais da saúde, podemos fazer grandes contribuições desde a pesquisa, a prática e a formação.

REFERÊNCIAS

- AMMANN, S.B. **Participação Social**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.
- ASSIS, M.M; JORGE, M.S. Métodos de Análise em Pesquisas Qualitativas. In: SANTANA, J; ALVES, M.A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, UEFS, 2010.
- AUSTVOLL-DAHLGREN, A; *et al.* Development of a complex intervention to improve health literacy skills. **Health Information and Libraries Journal**, v.30, p.278-293, 2013.
- BALDINI, C; *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.335-345, 2014.
- BALDUINO, A; *et al.* Experience of hypertensive patients with self-management of healthcare. **Journal of Advanced Nursing**, 2016.
- BEATO, Mônica; VAN STRALEN, Cornelis; PASSOS, Izabel. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família, **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n.37, 2011, p.529–537.
- BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. **Archives of Disease in Childhood**, v. 97, p. 73–77, 2012.
- BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v.5, n. 11, p.121-136, 2011.
- BRASIL, Ministérios da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 648, de 26 de março de 2006**. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF, 2011a.
- BRASIL. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2011b.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 60p.

BRASIL. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei Nº 8.080**, de 19 De Setembro De 1990. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei Nº 8.142**, de 28 De Dezembro De 1990. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL, Câmara de Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988.

BRASIL, Ministério de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986

BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. T. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. **Health Promotion International**, v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.

BRUSSE, C. *et al.* Social Media and Mobile Apps for Health Promotion in Australian Indigenous Populations: Scoping Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 12, p.280-294, 2014.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito em Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

CANADA. Minister of Health And Welfare. **A new perspective on the health of Canadians**. Disponível em <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10204/informe-lalonde.pdf> 1974, consultado 15 ene. 2018.

CARNEIRO, A. C. L. L. *et al.* Educação para a Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.2, p.115–20, 2012.

CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, 2004, p.1088-1095.

CHAPELA, M. **Promoción de la salud**. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. Disponível em http://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163 2008 consultado 17 dic. 2017.

CHIESA, A.M. *et al.* A formação de profissionais da saúde: Aprendizagem significativa à luz da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.2, 2007, pp. 236-240.

CÔRREA da SILVA, Mauricio *et al.* Procedimentos metodológicos para a elaboração de projetos de pesquisa relacionados a dissertações de mestrado em Ciências Contábeis. **Rev. Contabilidade Financeira**; v.15, n.36, 2004.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

DICIONÁRIOS ONLINE DE PORTUGUÊS. **Significado de risco**. Disponível em <http://www.dicio.com.br/risco/> 2016 consultado 24 ago. 2016a.

DICIONÁRIOS ONLINE DE PORTUGUÊS. **Significado de vulnerabilidade**. Disponível em <http://www.dicio.com.br/risco/> 2016 consultado 24 ago. 2016b.

DICIONÁRIOS ONLINE DE PORTUGUÊS. **Significado de resiliência**. Disponível em <http://www.dicio.com.br/resiliencia/> 2016 consultado 24 ago. 2016c.

ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. **Journal of Advanced Nursing**, p. 898–907, 2012.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Social São Paulo**, v.19, n.2, pp. 429-439, 2010.

DE FARIA, H. P.; WERNECK, M. A .F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. **Processos de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FERNÁNDEZ, J.C.A; MENDES, R. **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo: Hucitec. 2007.

FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.

FIGUEIRA, T.; FERREIRA, E.; SCHALL, V.; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 937–43, 2009.

FIGUEIREDO, G.L.A; MARTINS, C.H.G. **Políticas, Tecnologias e Práticas em Promoção da Saúde**. França: UNIFRAN, São Paulo: Hucitec. 2016

FRANCO, Túlio Batista; MEHRY, Emerson Eliad. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança de Modelo Tecnoassistencial. In: MEHRY, E.E; MAGALHÃES JR, H.M.; FRANCO, T.B. (Org.) **O trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GAMBOA, Verónica Cristina Lizano. **Análisis de satisfacción de la población usuaria del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica**. Dissertação (Licenciatura). San José, Universidad de Costa Rica, 2016.

GUERRERO, C; MORALES, K. **Mejoramiento de la calidad de atención de los y las usuarias, a través de un Programa de Educación Continua, dirigido a Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS), basado en sus necesidades educativas Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), Convenio CCSS-UCR Primer semestre 2007**. Dissertação (Licenciatura). San José, Universidad de Costa Rica, 2007.

HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. **Primary Care Mental Health**, v. 4, p. 143–157, 2006.

HEIDEMANN, I; WOSNY, A; BOEHS, A. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, 2014, p.3553-3559.

IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. **Journal of Clinical Nursing**, p. 593–602, 2007.

JACKSON, G.B. Methods for integrative reviews. **Review of Educational Research**. 1980, v.50, p.438-460.

KUMAR, S.; PREETHA, G. S. Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. **Indian J Community Med.**, v.37, n.1, pp.5–12, 2012.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Ed. Mc Graw Hill. 1977.

LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 28, p. 130–131, 2010.

LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. **Health Promotion Practice**, v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.

MAIJALA, V; TOSSAVAINEN, K; TURUNEN, H. Health promotion practices delivered by primary healthcare nurses: Elements for success in Finland. **Applied Nursing Research**, n. 30, 2016, p. 45–51.

MARX, K. **O Capital**. 14. Ed., São Paulo: Difel, v.1, 1994.

MARX, K. **O Capital**. Livro 3, São Paulo: Nova Cultura, v.4, 1988, p.183-189.

MASCARENHAS, Nildo; MEIRA DE MELO, Cristina; FAGUNDES, Norma. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.6, 2012, p.991–999.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de Saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MEHRY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

NASCIMENTO, M. A. A. Correntes do Pensamento na Pesquisa Social. In SANTANA, J.S. da Silva; NASCIMENTO, M.A.A. (Org) **Pesquisa:** Métodos e Técnicas de Conhecimento da Realidade Social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010, p. 35-58.

NASCIMENTO, M. A. A.; ASSIS, M. M. A. A Promoção da Saúde do Adulto e a Articulação entre Saberes e Práticas. In KALINOWSKI, C. E. **PROENF:** Programas de Atualização em Enfermagem, Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed / Panamericana Editora. 2006.

NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 100, p. 1–8, 2013.

NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, p. 349–355, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.** Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1>, 2016, consultado 27 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Health in All Policies.** Recuperado de Disponível em <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>, 2013, consultado 17 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis:** um modelo para a ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **The Nairobi Call for closing the implementation gap in Health Promotion.** Disponível em http://javeriana.edu.co/redcups/Nairobi_Call_for_Action.pdf/, 2009, consultado 2 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.** Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf/, 2005, consultado 20 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud.** Disponível em <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/compromisoChi.pdf/>, 2002, consultado 20 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad.** Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_s.p.pdf/ 2000a, consultado 29 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The world health report 2000: health systems, improving performance.** Geneva: WHO, 2000b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI.** Disponível em http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf/ 1997, consultado 20 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables para la salud.** Disponível em <https://www.google.co.cr/url/> 1991, consultado 20 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Adelaida: Políticas a favor de la Salud.** Disponível em <http://www.uhu.es/95102/bibliografia.htm/> 1988, consultado 20 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Disponível em <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf/> 1986, consultado 20 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Cuidados Primários de Saúde.** Brasília: UNICEF, 1979.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. **O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde.** In: CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.

PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. **Quality in Primary Care**, v. 19, p. 317–323, 2011.

PEACOCK, O; *et al.* Multidimensional individualized Physical ACTivity (Mi-PACT) – a technology-enabled intervention to promote physical activity in primary care: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, p.381-397, 2015.

REYNOLDS, J. *et al.* Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework. **Jmir Mental Health**, v.2, n.1, 2015.

RIBEIRO, C.D.M. *et al.* **Saúde Suplementar: Biopolítica e Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec. 2011.

RICHARD, L. *et al.* Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. **Public Health Department**, v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.

ROCHA, P. *et al.* Promoção da Saúde: A concepção do Enfermeiro que atua no Programa Saúde da Família, **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2012, v. 25, n. 2, p. 215-220.

RODRIGUES MOREIRA, Lecy. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014.

ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of Individuals With Developmental Disabilities: A Qualitative Case Study Health and Living Situation of Individuals With I/DD. **Western Journal of Nursing Research**, v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.

SANCHEZ, A.; GRANDES, G.; CORTADA, J. M.; POMBO, H.; MARTINEZ, C.; CORRALES, M. H.; LA PEÑA, E. DE; MUGICA, J.; GOROSTIZA, E. Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. **BMC Family Practice**, v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.

SCHUTTE, Bianca; HAVEMAN-NIES, Annemien; PRELLER, Liesbeth. One-Year Results of the Beweeg Kuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. **Bio Med Research International**, v. 2015, p.1-7, 2015.

SHAHAR, D. R.; HENKIN, Y.; ROZEN, G. S.; ADLER, D.; LEVY, O.; SAFRA, C.; ITZHAK, B.; GOLAN, R.; SHAI, I. A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. **Nutrition**, v. 25, p. 532–539, 2009.

SILVA, J; NASCIMENTO, MAA. **Planejamento em saúde: a dialética entre a teoria e a prática**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011.

SORATTO, J; *et al.* Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n.2, p.584-592, 2015.

SOUZA, Marcela; DIAS DA SILVA, Michele; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, p.102-106, 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e saúde. Brasília: UNESCO, Ministerio de Saúde, 2002.

THOMAS, Kristin; BENDTSEN, Preben; KREVER, Barbro. Implementation of healthy lifestyle promotion in primary care: Patients as coproducers. **Patient Education and Counseling**, v. 97, p.283–290, 2014.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.11, n.22, p.223-238, 2007.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. 2011. **Ficha Profesiográfica**: Promoción de la Salud. <http://orientacion.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/ficha/ciencias-de-la-salud/Promocion-de-la-Salud.pdf>, consultado 30 jun. 2017.

VASCONCELOS, K.E.L.; DA COSTA, M.D.H. Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. **Quality in Primary Care**, v. 16, p. 177–185, 2008.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J AdvNurs**; 2005, v.52, n.5, p.546-53.

WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. **International Journal of Nursing Practice**, v. 15, p. 156–163, 2009.

ZANCAN, L; BODSTEIN, R; MARCONDES, W.B. **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local**: A experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO – Fiocruz. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUADRO 8 RESULTADOS DA BUSCA SISTEMÁTICA DESENVOLVIDA PARA A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO, SET. 2016

No	Título	Condição	Justificativa
1	Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study.	Excluído	Repetido
2	Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland.	Incluído	
3	Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework.	Incluído	
4	MAIN TRENDS IN ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE FOR ADOLESCENTS IN GEORGIA.	Excluído	Muito geral
5	Impact of Intimate Partner Violence on Primary Health Care Use for Children: Evidences from Rio de Janeiro, Brazil.	Excluído	Não é próprio em PS
6	Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire.	Incluído	
7	Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam.	Excluído	Não é próprio em PS
8	Cancer risk assessment tools in primary care: a systematic review of randomized controlled trials.	Excluído	Não é próprio em PS
9	Adaptation of Impact Questions from an Existing Toolkit Provided Clear Assessment of Valued Service Elements and Desirable Service Improvements in a Primary Health Care Library and Information Service.	Excluído	Não é próprio em PS
10	Challenges regarding the implementation of the basic antenatal care approach in e the kwini District, Kwazulu-Natal.	Excluído	Não é próprio em PS
11	Creating a Culture of Mindfulness in Medicine.	Excluído	Muito geral
12	Implementation of healthy lifestyle promotion in primary care: patients as co producers.	Incluído	
13	Mind and Body for Patients and Health Professionals.	Excluído	Muito geral
14	One-Year Results of the Beweeg Kuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings.	Incluído	
15	Peer Support for Diabetes Management in Primary Care and Community Settings in Anhui Province, China.	Excluído	Não é próprio em PS
16	Implementing healthy lifestyle promotion in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study evaluating a team initiative.	Excluído	Repetido
17	Interprofessional Education and Practice...Dentistry in an Integrated Health Care System.	Excluído	Não é próprio em PS
18	Health Partners of Western Ohio: Integrated Care Case Study.	Excluído	Não é próprio em PS
19	Enhancing the Evidence for Behavioral Counseling: A Perspective from the Society of Behavioral Medicine.	Excluído	Não é próprio em PS

QUADRO 8 RESULTADOS DA BUSCA SISTEMÁTICA DESENVOLVIDA PARA A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO, SET. 2016

No	Título	Condição	Justificativa
20	Liver disease knowledge and acceptability of non-invasive liver fibrosis assessment among people who inject drugs in the drug and alcohol setting: The Live R Life Study.	Excluído	Clínico
21	American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline.	Excluído	Clínico
22	A Population Health Management Approach to Oral Health.	Excluído	Não é proprio em PS
23	Multidimensional individualized Physical ACTivity (Mi-PACT)--a technology-enabled intervention to promote physical activity in primary care: study protocol for a randomized controlled trial.	Incluído	
24	Assessment of HBV preventive services in a medically underserved Asian and Pacific Islander population using provider and patient data.	Excluído	Não é proprio em PS
25	A randomized controlled trial of a consumer-focused e-health strategy for cardiovascular risk management in primary care: the Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular Tools (CONNECT) study protocol.	Excluído	Clínico
26	A cultural and contextual analysis of health concepts and needs of women in a rural district of Nepal.	Excluído	Não é proprio em PS
27	Farm Safety: A Tale of Translational Research and Collaboration.	Excluído	Não é proprio em PS
28	Identifying influence of perceived quality and satisfaction on the utilization status of the community clinic services; Bangladesh context.	Excluído	Não é proprio em PS
29	Hypertension in Malaysia: An Analysis of Trends From the National Surveys 1996 to 2011.	Excluído	Não é proprio em PS
30	Download Your Doctor: Implementation of a Digitally Mediated Personal Physician Presence to Enhance Patient Engagement With a Health-Promoting Internet Application.	Excluído	Clínico
31	Social Media and Mobile Apps for Health Promotion in Australian Indigenous Populations: Scoping Review.	Incluído	
32	Development of a complex intervention to improve health literacy skills.	Incluído	
33	Phone Consultation for Behavioral Health-Related Referrals in Integrated Primary Care.	Excluído	Muito geral
34	Identifying role of perceived quality and satisfaction on the utilization status of the community clinic services; Bangladesh context.	Excluído	REPETIDO
35	APOE and aging-related cognitive change in a longitudinal cohort of men.	Excluído	Clínico
36	Patient resistance as a resource: candidate obstacles in diabetes consultations.	Excluído	Clínico
37	Impact of IPDE-SQ personality disorders on the health care and societal costs of fibromyalgia patients: a cross-sectional study.	Excluído	Clínico
38	Patterns in medicinal plant knowledge and use in a Maroonvillage in Suriname.	Excluído	Não é proprio em PS
39	Experience of hypertensive patients with self-management of health care.	Incluído	

QUADRO 8 RESULTADOS DA BUSCA SISTEMÁTICA DESENVOLVIDA PARA A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO, SET. 2016

No	Título	Condição	Justificativa
40	Study protocol: Mother and Infant Nutritional Assessment (MINA) cohort study in Qatar and Lebanon.	Excluído	Clínico
41	Predictors of Iranian women's intention to first pap smear practice: Na application of protection motivation theory.	Excluído	Clínico
42	The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review.	Excluído	Não é proprio em PS
43	Outdoor workers and sun protection strategies: two case study examples in Queensland, Australia.	Excluído	Não é proprio em PS
44	Impact of caregivers' education regarding respiratory infections on the health status of day-care children: a randomized trial.	Excluído	Clínico
45	Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014.	Excluído	Não é proprio em PS
46	Nursing competency standards in primary health care: an integrative review.	Incluído	

APÊNDICE B

QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017

No	Referência	Critério	Por que?
1	FEDERATION, A. N. & M. NURSES FALL SHORT IN PROMOTING PHYSICAL ACTIVITY TO PATIENTS. Australian Nursing & Midwifery Journal , v. 24, n. 10, p. 10, 2017.	Excluído	Não é no cenário da APS nem fala da Promoção da Saúde
2	BROTONSC, C. <i>et al.</i> Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in Europe. Preventive Medicine , v. 40, p. 595–601, 2005.	Excluído	Publicado no ano 2005
3	MAUJEAN, A.; <i>et al.</i> The capacity for health promotion survey. General Hospital Psychiatry , v. 36, p. 594–598, 2014.	Excluído	Cenário psiquiátrico para doenças mentais severas
4	MCKINLAY, E.; <i>et al.</i> “What sort of health promotion are you talking about?”: A discourse analysis of the talk of general practitioners. Social Science and Medicine , v.60, p.1099-1106, 2005.	Excluído	Publicado no ano 2005
5	BELLOWS, N. M.; MCMENAMIN, S. B.; HALPIN, H. A. Adoption of Health Promotion Practices in a Cohort of U.S. Physician Organizations. AMEPRE , v. 39, n. 6, p. 555–558, 2010.	Excluído	O cenário são os indepent practitioners association.
6	SHAHAR, D. R.; <i>et al.</i> A controlled intervention study of changing health-providers’ attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. Nutrition , v. 25, p. 532–539, 2009.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
7	SAQUIB, J.; <i>et al.</i> A pilot study combining Go4Life® materials with an interactive voice response system to promote physical activity in older women. Journal of Women & Aging , 2016.		Não é no cenário da APS nem fala da Promoção da Saúde
8	SCHOEPPE, S.; <i>et al.</i> Apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents: a review of quality, features and behaviour change techniques. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity , v. 14, 2017.		Não é no cenário da APS nem fala da Promoção da Saúde
9	COBURN, C. L.; WEISMULLER, P. C. Asian Motivators for Health Promotion. Journal of Transcultural Nursing , v. 23, n. 2, p. 205–214, 2012.	Excluído	Não é no cenário da APS
10	LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. Health Promotion Practice , v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
11	HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. Primary Care Mental Health , v. 4, p. 143–157, 2006.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
12	WHITEHEAD, D. Before the cradle and beyond the grave: A lifespan/settings-based framework for health promotion. Journal of Clinical Nursing , v. 20, p. 2183–2194, 2011a.	Excluído	Não é no cenário da APS
13	STONE, T. Blowing away the myths of time: Evidence-based health promotion. Nursing and Health Sciences , v. 15, p. 1–2, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS

QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017

No	Referência	Critério	Por que?
14	DOHN, A. L.; <i>et al.</i> Changes in health indicators related to health promotion and microcredit programs in the Dominican Republic. Revista Panamericana de Salud Pública , v. 15, n. 3, p. 185–193, 2004.	Excluído	Publicado no ano 2004
15	MARTÍNEZ-PÉREZ, M. Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. Revista Médica Electrónica , v. 31, n. 6, 2009.	Excluído	Não aborda a Promoção da Saúde propriamente, foca-se no trabalho de enfermagem.
16	GEEST, T. A.; ENGBERG, M.; LAURITZEN, T. Discordance between self-evaluated health and doctor- evaluated health in relation to general health promotion. Scand J Prim Health Care , v. 22, p. 146–151, 2004.	Excluído	Publicado no ano 2004
17	JOYCE, A.; DABROWSKI, A.; ASTON, R.; CAREY, G. Evaluating for impact: What type of data can assist a health promoting school approach? Health Promotion International , v. 32, p. 403–410, 2017.	Excluído	Não é no cenário da APS
18	HASSELT, F. M. VAN; <i>et al.</i> Evaluation of health promotion programmes in severe mental illness: theory and practice. International Journal of Methods in Psychiatric Research , v. 24, n. 1, p. 83–97, 2015.	Excluído	Não é no cenário da APS
19	BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. TE. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. Health Promotion International , v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
20	RODEN, J.; JARVIS, L. Evaluation of the health promotion activities of paediatric nurses: Is the Ottawa charter for health promotion a useful framework? Contemporary Nurse , v. 41, n. 2, p. 271–284, 2012.		Não é no cenário da APS
21	WALZMAN, M. Every contact is an opportunity to promote healthy lifestyles. BMJ , v. 349, 2014.		Não é no cenário da APS
22	BROWN, P.; LANG, G.; RESCH, K. Evidence-based health promotion for older people and instrumentalisation: comparing the influence of policy contexts in Austria and England. Critical Public Health , v. 22, n. 4, p. 441–453, 2012.		Não é no cenário da APS
23	ARAÚJO, L. F.; <i>et al.</i> Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública , v. 30, n. 1, p. 80–86, 2011.		Não é no cenário da APS
24	IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. Journal of Clinical Nursing , p. 593–602, 2007.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.

QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017

No	Referência	Critério	Por que?
25	SANCHEZ, A.; <i>et al.</i> Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. BMC Family Practice , v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
26	SASSI, F.; BELLONI, A. Fiscal incentives, behavior change and health promotion: What place in the health-in-all-policies toolkit? Health Promotion International , v. 29, n. S1, p. i103–i112, 2014.	Excluído	Não é no cenário da APS
27	BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. Archives of Disease in Childhood , v. 97, p. 73–77, 2012.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
28	WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. Quality in Primary Care , v. 16, p. 177–185, 2008.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
29	RICHARD, L. <i>et al.</i> Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. Public Health Department , v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
30	WHITEHEAD, D.; <i>et al.</i> Health promotion and health education practice: Nurses' perceptions. Journal of Advanced Nursing , v. 61, n. 2, p. 181–187, 2008.	Excluído	Não é no cenário da APS
31	PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in Primary Care , v. 19, p. 317–323, 2011.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
32	WISE, M. Health promotion in Australia: Reviewing the past and looking to the future. Critical Public Health , v. 18, n. 4, p. 497–508, 2008.	Excluído	Não é no cenário da APS
33	WHITEHEAD, D. Health promotion in nursing: A Derridean discourse analysis. Health Promotion International , v. 26, n. 117–127, 2011b.	Excluído	Não é no cenário da APS
34	MCMENAMIN, S. B.; <i>et al.</i> Health promotion in physician organizations: Results from a national study. American Journal of Preventive Medicine , v. 26, n. 4, p. 259–264, 2004.	Excluído	Publicado no ano 2004
35	WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. International Journal of Nursing Practice , v. 15, p. 156–163, 2009.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
36	LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care , v. 28, p. 130–131, 2010.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
37	ACHTERBERG, T. VAN; <i>et al.</i> How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. Health Promotion International , v. 26, n. 2, p. 148–162, 2011.		Não é no cenário da APS

QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017

No	Referência	Critério	Por que?
38	POLITI, M. C.; WOLIN, K. Y.; LÉGARÉ, F. Implementing clinical practice guidelines about health promotion and disease prevention through shared decision making. Journal of General Internal Medicine , p. 838–844, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
39	MORTON, K. Implementing evidence-based health promotion strategies. Nursing Standard , v. 27, n. 33, p. 35–42, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
40	KLINNER, C.; CARTER, S. M.; RYCHETNIK, L.; LI, V.; DALEY, M.; ZASK, A.; LLOYD, B. Integrating relationship-and research-based approaches in Australian health promotion practice. Health Promotion International , v. 30, n. 4, p. 891–902, 2015	Excluído	Não é no cenário da APS
41	MARIA DE SOUZA, E. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil Integração entre gerações na promoção da saúde: estudo qualitativo no Brasil. Revista de Saúde Pública , v. 37, n. 4, p. 463–469, 2003.	Excluído	Publicado no ano 2003
42	DILWORTH, K.; TAO, M.; SHAPIRO, S.; TIMMINGS, C. Making Health Promotion Evidenced-Informed. Health Promotion Practice , v. 14, n. 1, p. 139–145, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
43	BEURDEN, E. K. VAN; KIA, A. M.; ZASK, A.; DIETRICH, U.; ROSE, L. Making sense in a complex landscape: How the cynefin framework from complex adaptive systems theory can inform health promotion practice. Health Promotion International , v. 28, n. 1, p. 73–83, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
44	LINDQVIST, A.; <i>et al.</i> Moving From Idea to Action: Promoting Physical Activity by Empowering Adolescents Anna-Karin. Health Promotion Practice , v. 15, n. 6, p. 812–818, 2014.	Excluído	Não é no cenário da APS
45	NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences , v. 30, p. 349–355, 2016.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
46	FIGUEIRA, T; FERREIRA, E; SCHALL, V; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. Rev Saúde Pública , v. 43, n. 6, p. 937–43, 2009.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
47	JACOBSEN, E. T.; <i>et al.</i> Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. Scandinavian Journal of Public Health , v. 33, p. 4–10, 2005.	Excluído	Não é no cenário da APS
48	RÜTTEN, A.; GELIUS, P.; ABU-OMAR, K. Policy development and implementation in health promotion - From theory to practice: The ADEPT model. Health Promotion International , v. 26, n. 3, p. 322–329, 2011.	Excluído	Não é no cenário da APS
49	TESSER, C. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cadernos de Saúde Pública , v. 25, n. 8, p. 1732–1742, 2009.	Excluído	Não é no cenário da APS

QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017

No	Referência	Critério	Por que?
50	MORETTI, A. C.; <i>et al.</i> Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. Saúde Social , v. 8, n. 2, p. 346–354, 2009.	Excluído	Não é no cenário da APS
51	FERREIRA, J. L. F.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. Physis , v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
52	REW, L.; ARHEART, K. L.; THOMPSON, S.; JOHNSON, K. Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory. Journal for Specialists in Pediatric Nursing , v. 18, p. 277–288, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
53	GIROTTI SPERANDIO, A. M. Promoção da saúde ocular e prevenção precoce de problemas visuais nos serviços de saúde pública Eye health promotion and early visual problem detection in the public health services. Revista de Saúde Pública Journal of Public Health , v. 33, n. 5, p. 513–520, 1999.	Excluído	Não é no cenário da APS
54	ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of Individuals With Developmental Disabilities: A Qualitative Case Study Health and Living Situation of Individuals With I/DD. Western Journal of Nursing Research , v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
55	KEELING, J. L.; MCQUARRIE, C. Promoting mental health and wellbeing in practice. Mental Health Practice , v. 17, n. 5, p. 26–29, 2014.	Excluído	Não é no cenário da APS
56	GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações Disciplinares em um Centro de Ensino e Pesquisa em Práticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Saúde Social , v. 19, n. 2, p. 260–272, 2010.	Excluído	Não é no cenário da APS
57	SU, Y. E.; SENDALL, M. C.; FLEMING, M.; LIDSTONE, J. School based youth health nurses and a true health promotion approach: The Ottawa what? Contemporary Nurse , v. 44, n. 1, p. 32–44, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
58	ASSOCIATION, A. C. H. Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education—Third Edition, May 2012. Journal of American College Health , v. 63, n. 2, p. 158–160, 2012.	Excluído	Não é no cenário da APS
59	JACKSON, S.; BIRN, A.-E.; FAWCETT, S.; POLAND, B.; SCHULTZ, J. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinantes of health approaches in and beyond the Americas. Revista Panamericana de Salud Pública Salud Publica , v. 34, n. 6, p. 473–480, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
60	NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. BMC Family Practice , 2013.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.

QUADRO 9 ARTIGOS PRE-SELECIONADOS PARA O ESTUDO, JUL. 2017

No	Referência	Critério	Por que?
61	MILAT, A. J.; KING, L.; BAUMAN, A. E.; REDMAN, S. The concept of scalability: Increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice. Health Promotion International , v. 28, n. 3, p. 285–298, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
62	TAUKOBONG, N. P.; MYEZZWA, H.; PENGPID, S.; GEERTRUYDEN, J.-P. VAN. The degree to which physiotherapy literature includes physical activity as a component of health promotion in practice and entry level education: a scoping systematic review. Physiotherapy Theory and Practice , v. 30, n. 1, p. 12–19, 2014.	Excluído	Não é no cenário da APS
63	ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. Journal of Advanced Nursing , p. 898–907, 2012.	Incluído	Respeita os critérios pre-estabelecidos para a seleção.
64	ALDOSSARY, A.; BARRIBALL, L.; WHILE, A. The perceived health promotion practice of nurses in Saudi Arabia. Health Promotion International , v. 28, n. 3, p. 431–441, 2013.	Excluído	Não é no cenário da APS
65	BROUCKE, S. VAN DEN. Theory-informed health promotion: seeing the bigger picture by looking at the details. Health Promotion International , v. 27, n. 2, p. 143–147, 2012.	Excluído	Não é no cenário da APS
66	VERWEY, R.; WEEGEN, S. VAN DER; SPREEUWENBERG, M.; TANGE, H.; WEIJDEN, T. VAN DER; WITTE, L. DE. Upgrading physical activity counselling in primary care in the Netherlands. Health Promotion International , v. 31, p. 344–354, 2016.	Excluído	Não é próprio de Promoção da Saúde
67	FERREIRA, M.; CASTIEL, L. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. Cadernos de Saúde Pública , v. 25, n. 1, p. 68–76, 2009.	Excluído	Não é no cenário da APS

APÊNDICE C

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
1 BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. Archives of Disease in Childhood , v. 97, p. 73–77, 2012.				Providing advice and support to parents, and treatment and referral of the child, participation in health education and training in parenthood.	With the shift from CHS to CHP, the number of HVs being trained is decreasing and there is a significant reduction in the HV establishment employed by primary care trusts.
2 BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. TE. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. Health Promotion International , v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.				Promotion of healthy lifestyle behaviours among their populations. Nationwide campaigns, often relying on mass media communications, are the government-funded health promotion efforts.	
3 ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. Journal of Advanced Nursing , p. 898–907, 2012.				Health promotion programs can improve knowledge and behaviour , prevent or delay the onset of disability and disease and enhance the quality of life. Individual's physical health and physical health-related quality of life. The predominant interventions were related to the physiological problems. More interventions (52.9%) were directed towards psychosocial problems for other domains, with the primary intervention being health teaching (47.3%). A total of 372 of the intervention were in Health Teaching, Guidance and Counselling category, 192 of the intervention were in Case Management, 206 of the intervention were in Surveillance and 16 of the intervention were in Treatments and Procedures.	

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

	Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
4	FIGUEIRA, T; FERREIRA, E; SCHALL, V; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. <i>Na Saúde Pública</i> , v. 43, n. 6, p. 937-43, 2009.	Os governos delegam à população a responsabilidade pela promoção e prevenção ao trabalharem com medidas restritas ao comportamento individual. Conseqüentemente, os indivíduos são culpabilizados em relação aos seus estados de saúde, não sendo questionados os determinantes sociais, políticos e econômicos e a renponsabilização dos governos, dos formuladores de políticas e dos profissionais de saúde.			O indivíduo devidamente informado será capaz de escolher, entre muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos ou que contribuirá para obtenção de um estado ótimo de saúde.	A reorientação do modelo assistencial ocorre de maneira lenta, de forma que as ações de promoção e prevenção ficam restritas às campanhas educativas, influenciadas pela abordagem tradicional da educação em saúde, e a procedimentos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, como vacinação, exame Papanicolaou e métodos contraceptivos.
5	HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. <i>Primary Care Mental Health</i> , v. 4, p. 143-157, 2006.				Mental health promotion (MHP) involves 'any action to enhance the mental wellbeing of individuals, families, organisations or communities '. The first two stages in this approach could be viewed as MHP. They 188il188he providing access to self-help, support groups, and sleep management.	
6	IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , p. 593-602, 2007.				Five approaches to health promotion, namely the medical, behavioural change, educational, client-centred and societal change approaches. They suggest that the educational approach aims to ensure that well-informed decisions are made, by giving information and ensuring knowledge and understanding. Health promotion involves giving advice to that individual when they are trying to make decisions and choices about their lifestyle relating to health. The belief that individual behaviour is the primary determinant of health is misguided, because a number	

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

	Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
					of critical factors such as social–political structures and cultures also influence health.	
7	LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> , v. 28, p. 130–131, 2010.				Patients report cognitive and emotional effects and healthy lifestyle changes after these consultations.	
8	LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. <i>Health Promotion Practice</i> , v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.				Family physicians can play a key role in promoting health by providing preventive services to and encouraging their patients to engage in healthier behaviors.	Need to reengineer the health care system in order to place prevention in the 189ill189he189t.

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

	Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
9	FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. <i>Physis</i> , v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.			As ações de promoção da saúde nas unidades devem se pautar em três abordagens. Na primeira, individual, atuando sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções, seja no acolhimento, seja nas consultas. Na segunda, coletiva, organizando grupos “sob novos eixos estruturantes”. Na terceira, comunitária, buscam-se parcerias intersetoriais com iniciativas comunitárias ou da própria rede.	As ações de promoção da saúde nas unidades devem se pautar em três abordagens. Na primeira, individual, atuando sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções, seja no acolhimento, seja nas consultas. Na segunda, coletiva, organizando grupos “sob novos eixos estruturantes”. Na terceira, comunitária, buscam-se parcerias intersetoriais com iniciativas comunitárias ou da própria rede.	Utilizar a promoção da saúde dentro de uma estratégia global para a organização dos serviços de saúde.
10	NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. <i>BMC Family Practice</i> , 2013.	The 190ill190he190t of health behaviour change competencies is necessary at 190ill190h levels: in the education of physicians, in practice-based research; in medical associations, in order to recognise these skills as basic medical competencies; and in the support of health policymakers at the legislative, executive, and regulatory levels. The results 190ill hopefully encourage stakeholders and politicians to take responsibility for supporting health promoting programmes in primary care.			Involving people in 190ill190he190-making is fostering their sense of self-determination, self-responsibility, and ownership, and has positive effects in terms of their motivation, satisfaction, adherence to an intervention, and even health outcomes.	

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
11	NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences , v. 30, p. 349–355, 2016.			<p>Help the patients with their struggling for a healthier way of living. Lifestyle clinics can both give patients opportunity to change their current unhealthy lifestyle and confirm the good habits.</p>	
12	PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in Primary Care , v. 19, p. 317–323, 2011.	Working in partnership and integrating illhealth prevention into their current work 19ill help to make public health policies more sustainable , but the findings of the review suggest that attention 19ill need to be paid to the organisation and skill mix of general practice to achieve this.	Community development, empowerment,	holistic strategies encompassing behaviour change, health education, prevention and protection.	
13	RICHARD, L. <i>et al.</i> Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. Public Health Department , v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.			<p>To increase individuals' knowledge with respect to healthy habits, as well as change their 19ill19he191 and behavior. 19ill19he the activities include na individual-level target, meaning na action aimed at na individual whose health we wish to maintain or improve.</p>	
14	ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of individuals with Developmental Disabilities: a qualitative case study health and living situation of Individuals with I/ DD. Western Journal of Nursing Research , v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.			<p>The goal of person-centered health education as having individuals with I/DD gain more knowledge about their health condition to communicate their needs, problems, and symptoms, empowering them to reach out for health services when necessary.</p>	

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
15 SANCHEZ, A.; <i>et al.</i> Feasibility implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. BMC Family Practice , v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.				Research on healthy lifestyle promotion in clinical settings has established that intensive counseling in the 192ill192he advice and the use of behavioral change techniques are some of the active components that help individuals initiate and maintain health-related behavior change.	
16 SHAHAR, D. R.; <i>et al.</i> A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. Nutrition , v. 25, p. 532–539, 2009.				This type of intervention which is 192ill192he192 personal experience of change , might be considered as an effective platform for empowering health professionals in primary prevention care.	
17 WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. Quality in Primary Care , v. 16, p. 177–185, 2008.			Key people, for example from schools, workplaces, the local authorities and the media, all have roles 192ill192he in effective health promotion campaigns , and they may already be working together on specific topics. In most districts multi-agency groups exist for certain topic 192ill192 such as accident prevention and heart health. In general, these groups co-ordinate activities, act as champions for the topic, and research and evaluate activities. It is important that doctors, nurses and other members of primary care teams are 192ill192he192te don these groups so that they can maximise their impact at both an individual and a community level.	An understanding of motivational theory is crucial for many who work in general practice, both in relation to helping patients develop healthy lifestyles and in relation to the performance of individual team members.	At one extreme some hospitals do 192ill192h more 192il provide health information and education to patients, whereas, at the other, health promotion becomes integrated into staff roles throughout the organisation. 192ill192he reorientation of the hospital to occur and be sustainable, the research indicated that there had to be strong organisational commitment to change, supported by strong policy and leadership. Similar levels of commitment and support 192ill needed in general practice.

QUADRO 10 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CORPUS DO ESTUDO EM RELAÇÃO ÀS ÁREAS DE AÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, NOV. 2017

	Artigo	Desenvolvimento de políticas saudáveis	Criação de ambientes favoritas	Fortalecimento da ação comunitária	Desenvolvimento das habilidades pessoais	Reorientação dos serviços de saúde
18	<p>WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. International Journal of Nursing Practice, v. 15, p. 156–163, 2009.</p>	<p>Described as a concept including three overlapping spheres of activity, prevention, health education and health protection. In their model, prevention aims to influence lifestyle and is categorized as primary, secondary and tertiary prevention and the goal of health education is to improve health or to prevent ill-health through influencing beliefs, attitudes and behaviour. Health protection includes regulations and policies aimed at making healthy choices easier.</p>			<p>Described as a concept including three overlapping spheres of activity, prevention, health education and health protection. In their model, prevention aims to influence lifestyle and is categorized as primary, secondary and tertiary prevention and the goal of health education is to improve health or to prevent ill-health through influencing beliefs, attitudes and behaviour. Health protection includes regulations and policies aimed at making healthy choices easier.</p>	

APÊNDICE D

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

	Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
1	BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. Archives of Disease in Childhood , v.97, p. 73–77, 2012.	CHP are basically primary care activities but require essential support from secondary paediatric services”. “the concept of health promotion which emphasised health education to empower parents to identify problems in their own children.	Promote good child care practice (primary prevention) by working in partnership with parents. A fourth edition of the Hall Report in 2003 re- emphasised the predominant role of health promotion, in which parents had the primary responsibility, and extended the scope of the recommendations to school age children.”	Children’s Health	
2	BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. TE. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. Health Promotion International , v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.	Promotion of health behaviours. Effect evaluation was regarded as difficult because lifestyle behaviour changes and potential behavioural determinants, and the ultimate health and quality of life effects are 194mportante194a and may be influenced by much more 194mp their campaign alone.	Evaluation results were used explicitly to plan the next campaign in order to decide what campaign goals, strategies, activities and materials should be continued and which ones should be discontinued, and to set goals for the next campaign. Evaluation was also perceived as threatening, because negative campaign results could lead to 194mpport cuts or shifts in government focus to other ways to try to improve the health of the population. The respondents argued that their campaigns, and certainly the mass media elements, were unlikely to result in changes in health or quality of life. Most respondents also argued that the same applied to changes in lifestyle behaviours, and that their campaigns were especially meant to promote and facilitate initial steps towards changes in behaviours, health and quality of life. Change proximal presumed determinants of health behaviours. Main focus 194mpor effect evaluation of effects in terms of changes in pre- sumed behavioural determinants in particular.	Population	

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

	Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
3	<p>ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. Journal of Advanced Nursing, p. 898–907, 2012.</p>	<p>The art and science of motivating people to enhance their lifestyle to achieve complete health, not just the absence of disease. Health promotion is defined as a behaviour motivated by the desire to increase well-being and actualize human health potential. It is an approach to wellness.</p>	<p>Reduce the potential years of life lost in premature mortality, and ensure better quality of the remaining life improve knowledge and behaviour, prevent or delay the onset of disability and disease and enhance the quality of life</p>	<p>Woman's Health</p>	<p>The most effective health promotion programs should include a combination of strategies to increase awareness, facilitate behaviour change, develop cultures and physical environments that encourage and support healthy lifestyle practices</p>
4	<p>FIGUEIRA, T; FERREIRA, E; SCHALL, V; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. Na Saúde Pública, v. 43, n. 6, p. 937–43, 2009.</p>	<p>A promoção de saúde foi concebida como um nível de prevenção e associada à responsabilização individual e ao conceito positivo de saúde. A promoção da saúde é um dos componentes da prevenção primária, um conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida. Conjunto de estratégias transversais a todas as ações e níveis de atenção,⁷ resultando uma intervenção multi e intersetorial. 2 Assim, não se constitui em nível específico de atenção, não se situa em ações anteriores à prevenção e nem responsabiliza exclusivamente o indivíduo por seu estado e comportamentos para a saúde.</p>	<p>Fortalecimento da saúde e não ao combate de determinada doença.</p>	<p>Saúde da Mulher</p>	

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

	Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
5	<p>HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. Primary Care Mental Health, v. 4, p. 143–157, 2006.</p>	<p>Mental health promotion (MHP) involves ‘any action to enhance the mental wellbeing of individuals, families, organisations or communities. Mental Health Promotion in Primary Care, conceptualises it as both increasing protective factors and decreasing risk factors. Raising awareness of mental health issues, and had limited knowledge of what activities might be considered MHP. All therapists attempted to define MHP. The main themes were: examples of MHP activities, effect of MHP on individual’s mental health, and effect of MHP on the system around the individual. Overall, both GPs and therapists had a good understanding of what MHP was. It was evident that written MHP information was being provided, but there was a lack of MHP events for clients to attend. Na issue cited by GPs and therapists as affecting MHP was the lack of therapist time.</p>	<p>MHP is a primary care activity for a number of reasons; mental health and physical health are related, primary care is non-stigmatising and accessible, and the general practitioner’s (GP’s) surgery is 196mporta the community.</p>	População	

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

	Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
6	<p>IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. Journal of Clinical Nursing, p. 593–602, 2007.</p>	<p>Health promotion is open to diverse interpretations and community nurses have difficulty in identifying the ideologies that should be pivotal to health promotion practice.</p> <p>Health promotion, where the focus is health education, lifestyle and behaviour change and new paradigm health promotion, the mainstay of which is empowerment and community development.</p> <p>Health education does not help to define health promotion, but rather is a mature concept, which has boundaries that are distinct from health promotion.</p> <p>Health promotion has evolved since Maben and Macleod Clark's (1995) conceptualization to form a more politically orientated configuration, which seeks to transform and empower communities by involving them in activities that influence public health. He argues that it is no longer helpful to distinguish between traditional and new paradigm health promotion.</p> <p>One of the most prominent definitions that emerged from the analysis relates to lifestyle and behaviour change.</p> <p>Some district nurses talked of health promotion in terms of patients taking responsibility for their own health.</p>	<p>Achieving optimum health maintenance of optimum health</p>	<p>Population</p>	
7	<p>LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 28, p. 130–131, 2010.</p>			<p>Population</p>	

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
8 LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. Health Promotion Practice , v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.		Promote personalized wellness and prevention services, including smoking cessation, weight management, and nutrition among other activities. Help reduce the incidence of chronic illness and manage population health	Family's Health	
9 FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. Physis , v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.	Campo problemático, composto de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e dimensões participativas e emancipatórias. Uma das diferenças entre prevenção de doenças e promoção da saúde o fato de que, enquanto aquela tem como alvo os grupos de risco e patologias específicas, esta tem em vista o conjunto da população e um conjunto ampliado de temas em saúde.	Objetivo ainda a ser alcançado pelas práticas de promoção da saúde, “a necessidade de aumento dos níveis de autonomia e protagonismo”. Suporte para condições de vida difíceis	População	
10 NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. BMC Family Practice , 2013.	Multidimensional, patient-centred and systematic approach to 198mpor GPs' counselling about health relevant behaviour.		Population	The risk visualisation tool (Figure 1) is the central communication 198mportante the programme. It includes categorisation by 198mpor coding to suggest safety or danger to patients at baseline. It facilitates a choice of the six potential 198mpor of action, as a comparison with other 198mpor is possible 198mpor glance.

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

	Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
11	NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences , v. 30, p. 349–355, 2016.	Encourage a more population-based approach.	Help the patients with their struggling for a healthier way of living. Lifestyle clinics can both give patients opportunity to change their current unhealthy lifestyle and confirm the good habits.	Population	Communication in a direct and straightforward manner without any unnecessary euphemisms was perceived as positive and encouraged patients to understand the effects of 199mp habits. Motivational Interviewing to be able to provide a patient-centred holistic approach including somatic, psychological and social aspects.
12	PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in Primary Care , v. 19, p. 317–323, 2011.	A wide range of activities including holistic strategies encompassing behaviour change, health education, community development, empowerment, prevention and protection and in general practice activities also include screening and clinical interventions.	Promote the health and wellbeing of patients. Aimed at the prevention 199mport health and recurrence of episodes 199mport health or to ameliorate morbidity and mortality in those persons who already experience ill health.	Population	

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
13	<p>RICHARD, L.; <i>et al.</i> LE. Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. Public Health Department, v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.</p>	<p>Health promotion was defined by highlighting its holistic and more encompassing approach as compared with prevention: “I see health promotion as larger, more general...”. health promotion was said to “go beyond” the individual to include groups, communities, and populations. “Health promotion is about talking about good things and hard selling them. For me, this is the difference [with prevention]. Prevention is about preventing something negative and health promotion is to hard sell something positive”. To teach good health habits... for me that’s health promotion! Health promotion is, instead, oriented toward the attainment of positive results. For nurses, health promotion and disease prevention thus appear to have much in common, with the former apparently conceived as an expansion of the 200mpor toward positive targets and larger groups. When health promotion is mainly considered as health education on a larger scale and when very few references are made to action on environmental targets, it is not surprising that 200mportante200a very rarely elicited activities other than education and screening aimed at individual targets.</p>	<p>Enhancement of quality of life and positive conditions, such as wellbeing and happiness, and their underlying healthy lifestyles. This really has to do with a long-term vision; there is no problem yet and we try to provide the means to improve [health] and to reduce [health problems].</p>	<p>Population</p> <p>It still is formulated as resting upon educational strategies oriented toward health habits, even though a large-scale population-based approach involving the media, over longer time periods and in more diverse settings 200mp disease prevention, is considered.</p>

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
14 ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of individuals with Developmental Disabilities: a qualitative case study health and living situation of Individuals with I/DD. Western Journal of Nursing Research , v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.	Promotion of healthy aging for individuals with I/DD includes providing person-centered health education, advocating for the safe return home of individuals with I/DD, helping support staff understand that certain health issues lead to behavior changes, and enabling social participation for individuals with I/DD. Health promotion programs in community-based organizations represent the first steps in addressing the health disparities faced by individuals with I/DD.	Maintaining the health and wellness of individuals with I/DD living in the community. Facilitate more effective communication between people with I/DD and their support teams and primary care providers. Focusing on how to include individuals in the services provided to the general population. The goal of person-centered health education as having individuals with I/DD gain more knowledge about their health condition to communicate their needs, problems, and symptoms, empowering them to reach out for health services when necessary.	Individuals with I/DD	The nurses import their own informational material using plain language and pictures to make the information more easily comprehensible. The nurses also regularly offer training units for support staff, including management of diabetes, pain, constipation, and skin. Often, these training units are also offered for home managers and for individuals with I/DD in a more personalized fashion.
15 SANCHEZ, A.; <i>et al.</i> Feasibility of implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. BMC Family Practice , v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.	Promoting healthy lifestyles.	Optimize health promotion practice in primary and community care through implementation research. Have an important the whole population level.	Population	The intervention is grounded in evidence-based theoretical models explaining behavior change: the Health Belief Model, the Theory of Planned Behaviour, the Transtheoretical model and Social-Cognitive Theory. The 5 A's (Ask, Advise, Agree, Assist, and Arrange followup) intervention framework. Individuals were themselves able to perform the assessment of healthy lifestyles through the PVS web questionnaire or a paper-based import of the same questionnaire delivered at community resources (e.g., company occupational health departments).
16 SHAHAR, D. R.; <i>et al.</i> A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. Nutrition , v. 25, p. 532–539, 2009.	Health promotion is an important the health-professional role. Health promotion is the most effective and challenging role of health providers.	The program aims to empower health professionals in delivering health-promotion counseling through personal experience by modifying their own lifestyle behavior.	Health professionals (physicians, dietitians, nurses, and health promoters).	The program was an important theories of experimental learning and Bridges' import change. Role-playing.

QUADRO 11 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 1)

	Artigo	Sentidos e Significados	Finalidade de prática	Objeto do Trabalho	Instrumentos
17	<p>WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. Quality in Primary Care, v. 16, p. 177–185, 2008.</p>	<p>The health promoting general practice is the gold standard for health promotion. Baric suggests that to become recognised as a health-promoting general practice the staff must commit to fulfil three conditions. At one extreme some hospitals do 202mport more 202mp provide health information and education to patients, whereas, at the other, health promotion becomes integrated into staff roles throughout the organisation. 202mporta reorientation of the hospital to occur and be sustainable, the research indicated that there had to be strong organisational commitment to change, supported by strong policy and leadership. Similar levels of commitment and support 202mpo be needed in general practice. Teamwork is a prerequisite of effective health promotion, and increasingly professionals 202mpo have to work as members of multidisciplinary teams.</p>	<p>There are, therefore, many opportunities for maintaining and promoting the health of individuals and their families. For those who have a long-term condition, and this is nearly one in three people, continuity of care by someone who knows and understands the individual's problems, is particularly 202mportante. If a practice were to create a healthy working environment, it could also be used as a model to encourage other workplaces to follow.</p>	Population	practical guide to support employers to improve the health and well-being in the workplace.
18	<p>WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. International Journal of Nursing Practice, v. 15, p. 156–163, 2009.</p>	<p>Health promotion encourages well-being and thus is of positive value. Health promotion is an important task for the healthcare sector.</p>	<p>To improve physical, mental and social health, in combination with the prevention of physical, mental and social ill-health.</p>	Population	

APÊNDICE E

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
1	BELLMAN, M.; VIJERATNAM, S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. Archives of Disease in Childhood , v. 97, p. 73–77, 2012.	participation in health education and training in parenthood.	general practitioner (GP) and health visitor (HV) with support from secondary care community paediatric services in some urban areas.	A CHS programme has a secondary, but equally important benefit, which is to support parents, who are often young and inexperienced, with simple health education about child rearing and to reassure them if things are going well. The most needy people are the least likely to receive services, either because they do not access them or the services are less available where they live. It would be difficult to deliver high-quality child health promotion (CHP) at these brief points of contact. However, GPs have a high uptake of the 6–8-week developmental check, which is primarily a physical examination, and this is possibly an opportunity for expanded intervention.	
2	BRUG, J.; TAK, N. I.; VELDE, S. J. TE. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in the Netherlands: An exploration of practices, wishes and opportunities. Health Promotion International , v. 26, n. 2, p. 244–254, 2011.	pre- and pilot-test their campaign materials and activities, but this is typically restricted to qualitative assessments of appreciation of the materials, and the opportunities to apply pre-test results to adapt or change campaign materials and activities are very limited.	Health Promotion Institutes (HPIs) are responsible for these campaigns. Representatives of the HPIs who had direct responsibility for managing the evaluation of their national campaigns. Some HPIs suggested a way to improve evaluation was to intensify and formalize collaboration between HPIs and universities, both for evaluation and for the development of nationwide health promotion campaigns. collaboration to improve evaluation in such academic collaborative centres will only work if the campaign and evaluation planning and funding systems are changed towards multi-year planning and a more	Valid evaluation is important, but difficult because gold standard research designs are not applicable and the allocation of budget and time for evaluation is often very tight. The evaluation of such nationwide campaigns comes with many challenges regarding research design, timing, available budget and the necessary research expertise. Time, money and qualified personnel may be important barriers because administration and analyses of the repeated measurements require specific expertise in research and statistics. HPIs received additional funding for additional campaigns directly from the Ministry. For such campaign activities, no formal requirements for evaluation were set, and the HPIs perceived the difference between the very formal and strict evaluation rules set by ZonMw, and the very liberal funding procedures from the Ministry, as confusing and unjust. On the one hand, they welcomed the additional funding, they believed there was no justification for discrepancy in procedure and	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
		extensive budget for evaluation is provided.	<p>accountability.</p> <p>budget restrictions as the main barrier for more extensive formative and effect evaluation.</p> <p>Time was mentioned as the second main barrier to evaluation research. The planning of the campaign itself was often very tight, and evaluation efforts were required to fit within and adjust to the campaign agenda, and not vice versa.</p> <p>All HPIs expressed the need for longer-term planning of campaigns and evaluation, and some respondents suggested that the annual planning and control cycle had a negative impact on the quality of their work. 'something was better than nothing'</p> <p>The HPIs that were most active in exploring new evaluation possibilities, argued strongly in favour of extending this national health behaviour monitoring with more frequent measurements and inclusion of assessment of key behavioural determinants.</p> <p>evaluation of national health promotion campaigns is, in general, weak, yet their results are accepted by the HPIs themselves, as well as by their sponsors.</p> <p>In addition, more effort could and should be put into formative research, i.e. in exploratory trials to improve evidence-based development of the campaign portfolio and to pilot-test campaign materials and activities.</p>	
3	<p>ERCI, B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. Journal of Advanced Nursing, p. 898–907, 2012.</p>		<p>A number of variables have been reported to affect adults' willingness to engage in specific primary and secondary health-promoting activities. These variables include socioeconomic factors beliefs and attitudes of both patients and providers encouragement by a healthcare provider and access to resources.</p> <p>Barriers were factors such as environmental context, self-efficacy/self-esteem and gender expectations, which also influence preference for the practice of the quality of life.</p>	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
4	FIGUEIRA, T; FERREIRA, E; SCHALL, V; MODENA, C. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. Rev Saúde Pública , v. 43, n. 6, p. 937–43, 2009.	A adoção de uma alimentação equilibrada, a realização de exercícios físicos, evitar tabaco e álcool, ter higiene e lazer foram citadas pelas entrevistadas, principalmente, como medidas importantes para promover a saúde e o bem-estar.		sendo escassas as metodologias avaliativas, as quais poderiam facilitar a sua divulgação e incorporação pelos serviços. uso inadequado do termo promoção de saúde para designar programas com enfoque preventivo e individualista. Este uso inadequado faz com que prevenção e promoção de saúde se aproximem e o limite entre uma e outra se torne impreciso. A dificuldade de operacionalização de intervenções que abarquem a perspectiva mais ampliada de promoção de saúde pode ter contribuído para a conjunção de conceitos antigos e modernos encontrados nos relatos. As experiências existentes são dispersas, desarticuladas e, portanto, pouco visíveis. preocupação em tentar incluí-las no seu cotidiano. Porém, isso nem sempre é possível, devido à carência financeira, falta de tempo, dificuldade em se obter atendimento, falta de estrutura de saneamento básico na comunidade com grande adensamento populacional, falta de colaboração dos vizinhos na realização de medidas coletivas e o desprazer que a adoção de algumas medidas acarreta.	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
5	HAMILL, L.; POWIS, J. Audit of mental health promotion in primary care in an NHS trust. Primary Care Mental Health , v. 4, p. 143–157, 2006.	MHP includes activities as diverse as voluntary work, relaxation advice and service user groups. The first two stages in this approach could be viewed as MHP. They involve providing access to self-help, support groups, and sleep management.	The therapists were aware that they had long waiting lists and felt that some of their clients could benefit from MHP while waiting. This might be the only intervention required, or it might form part of the overall intervention. However, the therapists felt that there is a lack of knowledge about MHP and the therapists' role in it. They were keen to elucidate what MHP is currently being done, so that the methods could be disseminated.	MHP should also aim for wider change; for example, health services should make links with anti-poverty organisations. Only one GP had held na MHP event intheir surgery. For those who had not, the most common reason given for not doing this was that no one had thought of it. Fifteen GPs (71%) cited this factor. Fifteen (65%) GPs said that they did not offer any other intervention prior to referring to a therapist. The most common reason given (n = 9) was a lack of resources. There could therefore be a role for therapists in providing lists of useful self-help books. There is also a need to increase how often self-help is suggested to clients.	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
6	<p>IRVINE, F. Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. Journal of Clinical Nursing, p. 593–602, 2007.</p>	<p>The medical approach to health promotion involves prevention or amelioration of ill health through screening and early diagnosis and the behavioural approach involves the encouragement of individuals to adopt healthier lifestyles.</p> <p>Advice and education was conceptualized as the process of health promotion and lifestyle and behaviour change centred on the outcome of the activity.</p> <p>disease-orientated approach to health promotion as one that they most typically use in their practice.</p> <p>The second element of district nurses' disease-orientated health promotion work related to the administration of vaccinations. District nurses are particularly involved in the administration of vaccinations against influenza. Finally, in relation to disease, the respondents discussed their role in screening.</p> <p>If district nurses define health promotion in terms of lifestyle and behaviour change, then they attempt to achieve this either by focussing on the lifestyle or behaviour; or on the disease that such a lifestyle risks causing or exacerbating.</p>	<p>community nurses held the conviction that they had a pivotal role in health promotion. health promotion and health education are key skills required by community nurses to fulfil their role effectively.</p> <p>health promotion is merely an integral part of the care that they provide for all their patients. the health promotion role of district nurses remains at the reactive level.</p>	<p>They perceive their work in health promotion to be what they class as 'opportunistic', where the opportunity to promote somebody's health arises spontaneously. they saw a proactive approach to health promotion as desirable but not necessarily achievable.</p> <p>there is not always the opportunity to identify health promotion as a legitimate district nursing activity.</p> <p>district nurses are not heavily involved in health promotion.</p> <p>district nursing role is limited to health education. They engage in primary health promotion, which focuses on preventative work; secondary health promotion, which is concerned with restoring good health; and tertiary health promotion, which is directed at illness containment. adopting these health promotion processes should give rise to specific outcomes; defined by the district nurses in terms of lifestyle and behaviour change, choice and responsibility and optimum health.</p> <p>They overlooked empowerment and community development and they did not consider health promotion as socio-political action. lack of health promotion training that district nurses and health visitors receive.</p>	
7	<p>LIIRA, H. How to promote exercise in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, v. 28, p. 130–131, 2010.</p>	<p>Most often the health promotion consists of a health examination session by a public health nurse.</p> <p>Strategies that include cooperation with physical education services and with the target of increasing physical activity are being tested</p>	<p>General practitioners (GPs) are experienced in cardiovascular preventive consultations. Patients report cognitive and emotional effects and healthy lifestyle changes after these consultations. Brief advice by motivated GPs is</p>		

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
			effective in increasing physical activity in inactive adults.		
8	<p>LUQUIS, R.; PAZ, H. Attitudes about and practices of health promotion and prevention among primary care providers. Health Promotion Practice, v. 16, n. 5, p. 745–755, 2015.</p>	<p>promote personalized wellness and prevention services, including smoking cessation, weight management, and nutrition among other activities. advice in key behavioral and disease prevention areas. the majority of participants always/very often provided advice to patients in smoking cessation (91%), healthy lifestyle (86%), weight management (82%), physical activity (82%), healthy eating (77%), and cardiovascular disease (73%). Almost two third always/often provided advice in diabetes prevention (67%) and cancer prevention (62%).</p>	<p>health service providers believe that they are responsible for health promotion and disease prevention; however, there was a difference in the interpretation of prevention versus health promotion activities and their willingness to engage in these practices. health care providers appear to be committed to conduct health promotion and prevention activities for their patients in spite of the barriers presented. Family physicians can play a key role in promoting health by providing preventive services to and encouraging their patients to engage in healthier behaviors. as demand for more health promotion and preventive services increases, primary care providers will have better access to these services and/or collaborate with other health professionals in the provision of these services, as these would be covered by health insurance. a health education specialist could be incorporated within the primary care provider practice to improve patient care and provide patients with interventions and preventive services.</p>	<p>the majority of physicians believe that reduction or elimination of risky behaviors (i.e., smoking, drug and alcohol use) were very important and that they were responsible for educating their patients; however, they felt inadequate in educating patients on about risk factors. health care providers encountered barriers such as heavy workload, lack of guidelines, and unclear objectives about prevention. health professionals have positive views and are willing to develop health promotion and preventive roles within their practices; still they felt limited by their existing values, structure, and resources. Given the amount of time available to spend with patients, opportunities to discuss health promotion activities may be limited, as physicians must spend most of their time discussing urgent and clinical care issues. Since we did not ask what type of advice or how much detailed information they provide in these areas, it is possible that their advice is limited to education about risk factors and that there is not enough discussion on lifestyle change strategies. It is also possible that family physicians do not have access to resources available from other health professionals in their communities to address health promotion and preventive services.</p>	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
9	<p>FERREIRA, J. L. N.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. <i>Physis</i>, v. 20, n. 4, p. 1119–1142, 2010.</p>	<p>o procedimento de palestra seguida de perguntas é bastante prevalente. As ações de promoção da saúde nas unidades devem se pautar em três abordagens. Na primeira, individual, atuando sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções, seja no acolhimento, seja nas consultas. Na segunda, coletiva, organizando grupos “sob novos eixos estruturantes”. Na terceira, comunitária, buscam-se parcerias intersetoriais com iniciativas comunitárias ou da própria rede. as práticas de grupo na rede municipal de saúde são ainda muito “tradicionais” e marcadas pelo saber biomédico. As diferentes práticas realizadas podem ser divididas entre grupos de conversa e grupos de atividades, mesmo reconhecendo que alguns grupos conjuguem, num mesmo encontro, ambas as dimensões. Os grupos de conversa comportam um espectro que vai desde as práticas tradicionais centradas em prevenção (hipertensos, diabéticos, gestantes), até as práticas com foco na promoção da saúde, a partir dos novos eixos estruturantes, com diferentes denominações (grupos de convivência, de promoção da saúde, de qualidade de vida). Junto com eles, são desenvolvidos, com incentivo crescente por parte da SMSA, grupos de atividades (lian gong, caminhadas, tarde dançante, artesanato). A adesão a esses grupos de atividades é crescente e sua importância cada vez mais reconhecida.</p>		<p>Parece que um formato alternativo, sem uma aparente relação direta com um saber técnico que caracteriza uma ação de saúde, nem sempre é visto como prática de saúde. “É cobrado muito da gente com relação ao trabalho em grupo, mas o apoio institucional é muito pequeno”. as novas práticas de promoção da saúde têm uma face mais diversificada, constituindo-se em experiências quase singulares. Por conseguinte, sua reprodutibilidade não se revela tendo a mesma eficácia.</p>	<p>Gerentes e profissionais apontam uma relação entre as práticas grupais e a diminuição da demanda na unidade. Um dos entrevistados avalia essa questão: “quando a gente tem grupo, diminui demais o acolhimento aqui. Então a gente resolve muita coisa lá nos grupos”. Um último efeito a ser destacado é o do fortalecimento e qualificação dos vínculos entre os usuários e as equipes. produção qualificada de vínculos, desencadeando processos de subjetivação diferenciados, tanto dos usuários quanto das equipes. Aqui, o ideário da humanização encontra uma clara realização, associada ao enfraquecimento das identidades rígidas de pacientes e de profissionais, promovida por esse dispositivo.</p>

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
10	NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. BMC Family Practice , 2013.	A change of roles and sharing responsibility between doctor and patient, Patients will be planning and implementing their own health projects step by step, based on their own preferences and experiences. Patient-centred choice of the area of action, dietary habits and body weight control, physical activity, smoking, alcohol consumption, and psychosocial stress. GP training courses (communication skills, especially motivational interviewing techniques) are mandatory, as the change of role and communication techniques are beyond the traditional patterns of GPs’ training and professional work		The extension of health behaviour change competencies is necessary at various levels: in the education of physicians, in practice-based research; in medical associations, in order to recognise these skills as basic medical competencies; and in the support of health policymakers at the legislative, executive, and regulatory levels.	
11	NYMBERG, P.; DREVENHORN, E. Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scandinavian Journal of Caring Sciences , v. 30, p. 349–355, 2016.	find individuals who were at risk of obesity, hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or mental illness and to prevent illness and promote health among these patients. The follow-up was expected to contain motivational aspects for changing lifestyle and to be supported by telephone or, even better, within problem-specific groups, where the group members could give support to each other.	Primary health nurses (PHN) in Sweden have a special academic education (3) to work with health promotion in a holistic manner including a psychosocial approach.	the work at the clinic was also experienced too physically focused with the emphasis placed on the body’s constitution and functions. This caused disappointment about not being able to discuss other dimensions. Patients expected to be intellectually stimulated to make changes in their lifestyle, not to be told exactly what changes to make. They were disappointed about not being helped to get an overall picture of their lifestyle. Patients’ also expressed disappointment over being given bad advice instead of being encouraged to gain their own insight.	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
12	PECKHAM, S. M.; HANN, A. B.; BOYCE, T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in Primary Care , v. 19, p. 317–323, 2011.	UK GPs are comparatively less involved in health promotion than their counterparts in other European countries. GPs often do not feel they have the appropriate skills for health promotion and that the lack of skill may also affect their attitude to giving advice. involve all workers in the practice, as well as the wider primary healthcare team. GPs tended to rate the quality of their own health promotion and ill-health prevention activities as being of better quality than general practice as a whole.	More attention needs to be paid to skill mix in general practice. Health visitors, nurses, pharmacists, midwives and others have important roles in educating and informing the public. in some areas of health promotion practice GP interventions are not only very effective but also very cost-effective. The QOF has provided a stimulus to develop health promotion in many general practices – particularly secondary prevention activities. In advocating a health-promoting general practice model, Watson has argued that there is a need for better evidence to demonstrate ‘health benefits for local communities ... and also a need to identify potential practical and organisational difficulties’. Further research is also needed to identify the appropriate balance between universal, opportunistic and targeted health promotion interventions. While GPs and other primary care staff have many opportunities to be proactive in promoting good health and preventing ill health they are more likely to report that they are more comfortable managing illness than promoting health. good quality health promotion and prevention activities need consistent and co-ordinated support with clear assignment of responsibilities for primary and secondary prevention.	Many GPs are concerned that giving lifestyle advice may be detrimental to the doctor–patient relationship, are unconvinced that their efforts to counsel patients on lifestyle issues are effective in changing behaviours and are concerned about striking the right balance between ‘protecting’ people’s sensibilities and telling them hard facts about personal behaviours that are ultimately shortening their lives.

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
13	<p>RICHARD, L.; <i>et al.</i> Health Promotion and Disease Prevention Among Nurses Working in Local Public Health Organizations in Montréal, Québec. <i>Public Health Department</i>, v. 27, n. 5, p. 450–458, 2010.</p>	<p>Nowhere is this more evident than in public health nursing, where the application of health promotion strategies has often been a daunting challenge.</p>	<p>The results are clearly consistent with a conclusion frequently drawn by commentators and researchers highlighting a certain conceptual confusion and rather narrow conceptions of DPHP practices. Our results are very consistent with recent work showing a conceptual confusion among nurses with regard to prevention and health promotion. action on individual targets is the dominant strategy and contemporary health promotion strategies still appearing to be marginal. nurses' socialization in a medical environment, insufficient support from their professional environment, lack of training in population health, budgetary restraints, and periodic reorganization of the health system leave few resources for public health nursing practice development or renewal.</p>	<p>very few activities included environmental targets: interpersonal, organizational, and community features were only marginally represented.</p>
14	<p>ROLL, A. E.; BOWERS, B. J. Promoting Healthy Aging of individuals with Developmental Disabilities: a qualitative case study health and living situation of Individuals with I/DD. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, v. 39, n. 2, p. 234–251, 2017.</p>	<p>three nurses currently working for this CONP</p>	<p>we still lack knowledge about the daily work of community nurses aiming to promote the healthy aging of individuals with I/DD living in the community. urgent need for community-based programs. United States does not offer specialty training in disability for nurses, which would allow them to become registered nurses in disabilities.</p>	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
15	<p>SANCHEZ, A.; <i>et al.</i> Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. BMC Family Practice, v. 18, n. 24, p. 1–14, 2017.</p>	<p>targets three key aspects of a healthy lifestyle, namely, regular physical activity, a healthy diet and abstinence from smoking. bottom-up primary care organizational change, topdown support from managers, community involvement, and the development of innovative e-health information and communication technologies.</p> <p>Regarding lifestyle prescription, 9.7% (n = 2175) of all target patients collaboratively designed and then received a printed prescription for at least one healthy lifestyle change (I3a), diet being the lifestyle most frequently addressed (6.4% of all target patients) followed by physical activity and smoking cessation (3.5% and 1.25% of all target patients, respectively). Research on healthy lifestyle promotion in clinical settings has established that intensive counseling in the form of advice and the use of behavioral change techniques are some of the active components that help individuals initiate and maintain health-related behavior change.</p>	<p>within the collaborating PHC centers, administrative assistants, nurses and physicians were all involved in the PVS program but to different degrees.</p>	<p>no clinical intervention has a greater potential impact on public health than the promotion of healthy lifestyles, it remains far from being an integrated element of clinical practice, and hence, health promotion in primary care is an excellent example of the so-called “translational gap”. During the 2-year period of program implementation, more than the half of all the primary care users aged 10 to 65 years old were reached in the four centers in terms of having their lifestyles assessed. This level of reach should be considered notably high, given that the program has been implemented in “real world” conditions in primary care, among those attending routine appointments, and thus represents general and unselected sample of the primary care population for the groups covered.</p> <p>90% of patients assessed in this study failed to adhere to at least one of the lifestyle recommendations considered, it seems reasonable to apply some sort of prioritization strategy to deal with work overload and maximize feasibility of a population-level healthy lifestyle promotion program in the context of routine primary care.</p>	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
16	SHAHAR, D. R.; <i>et al.</i> A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. <i>Nutrition</i> , v. 25, p. 532–539, 2009.	<p>Each of the participants in the intervention group participated in a 2-d workshop, including an overnight stay.</p> <p>The program also contained evidence-based lectures, demonstrations, and active participation in activities aimed at promoting healthy forms of physical activity (instructed walking, yoga, dancing) and making healthy dietary choices.</p> <p>Personal guidance on risk factors (overweight, hypertension), Personal guidance on physical activity, Promoting healthy lifestyle, Treatment with nutritional supplements, Medical treatment to reduce risk factors, Referral to another health provider to promote health, Developing brochures to promote health behavior, Developing projects to promote health.</p>	The intervention was delivered by psychologists and social workers trained in group facilitation and experimental learning.	<p>it appears that health professionals (particularly physicians and nurses) frequently lack the skills, confidence, and time to provide advice regarding healthy lifestyle modifications to their patients.</p> <p>Practicing a healthful behavior was shown to be the most consistent and powerful predictor of physicians counseling patients about related prevention issues. this type of intervention, which is based on personal experience of change, might be considered as an effective platform for empowering health professionals in primary prevention care.</p> <p>Future programs may include follow-up sessions to support the personal change and the transfer process to the patients.</p>	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
17	<p>WATSON, M. Going for gold: The health promoting general practice. Quality in Primary Care, v. 16, p. 177–185, 2008.</p> <p>In order to become a health promoting general practice, the staff must undertake a commitment to fulfil the following conditions: create a healthy working environment; integrate health promotion into practice activities; and establish alliances with other relevant institutions and groups within the community. Key components of effective health promotion in general practice</p> <ul style="list-style-type: none"> . Conduct needs assessment . Develop practice strategy: e.g. no smoking, hypertension . Implement strategy using a team approach . Form links with the community: e.g. schools, sports centres . Contribute to strategies operating at higher levels: e.g. county, regional . Conduct evaluation <p>The strategy should cover: priorities; target groups; interventions; and quality control. In addition, it should also take account of the support needed, including training needs. A useful starting point in developing a strategy is to scrutinise similar or broader strategies that may have been produced at different levels including PCT, regional and higher levels.</p>	<p>government support is critical to the future development of health promoting general practices. The Royal College of General Practitioners' recent 'roadmap' for the future direction of general practice suggests that primary care professionals and public health physicians should provide leadership and take the health promotion agenda forward in schools and workplaces. Enlightened practices will draw on the needs assessment skills of community nurses and health promotion/public health specialists. Key people, for example from schools, workplaces, the local authorities and the media, all have roles to play in effective health promotion campaigns, and they may already be working together on specific topics. Health visitors, have considerable potential to develop broad health-promotion approaches in line with the Ottawa Charter.</p>	<p>despite its central importance, the health-promoting general practice has received little attention. Although one of the criteria for the health promoting general practice includes the words 'integrate health promotion into all practice activities', this should be seen as a long-term goal rather than a starting point. At a time of considerable change within the NHS, it is essential that teams have a constructive ethos so that they can face the challenges positively and adapt to the many new demands and opportunities. If nurses in primary care are to develop their health promoting roles in line with the Ottawa Charter, then they will need extensive education, time, support and effective leadership. There are challenges and opportunities for all those working to promote health in this setting. Five of the challenges are: structural changes</p> <ul style="list-style-type: none"> . new roles and methods of working . high workload . capacity and resourcing of public health . balancing the needs of individuals with the needs of the population. <p>In the future, the government will need to ensure public health money is 'ring fenced' so that effective health promotion programmes can be instigated in different settings, including general practice.</p>	

QUADRO 12 ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO *CORPUS* DO ESTUDO EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NOV. 2017 (parte 2)

	Artigo	Descrição atividades e práticas	Agentes do trabalho	Dificuldades, Limites, Facilidades, Avanços e Desafios	Relação Interpessoal
18	<p>WILHELMSSON, S.; LINDBERG, M. Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. International Journal of Nursing Practice, v. 15, p. 156–163, 2009.</p>	<p>described as a concept including three overlapping spheres of activity, prevention, health education and health protection. In their model, prevention aims to influence lifestyle and is categorized as primary, secondary and tertiary prevention and the goal of health education is to improve health or to prevent ill-health through influencing beliefs, attitudes and behaviour. Health protection includes regulations and policies aimed at making healthy choices easier.</p>	<p>General practitioners (GPs) and registered specialist nurses, called district nurses (DNs), have the main responsibility for these activities in Sweden. Their responsibilities are stipulated by law and include health promotion.</p>	<p>DNs complained that they had limited possibilities to work with health promotion, despite the fact that such activities are both stipulated by law and constitute a central part of their specialist training.</p> <p>Facilitators: KNOWLEDGE Specialization, deeper knowledge, systematic exploration.</p> <p>PREREQUISITS Common goals, guidelines, resources. DISTINCTIC FEATURES Attitude, characteristics, freedom of choice.</p> <p>Barriers: LACK Coordination, resources, interest, support.</p> <p>INDISTINCTNESS functions, priorities, counselling. Nurses must achieve a balance between a biomedical nursing perspective and an holistically oriented nursing perspective including health promotion, and that nursing continues to be dominated by a biomedical approach.</p>	