

Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Evaluation of health promotion practices: a look from the participating teams of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mirnateixeira@fiocruz.br

² Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. angelacasanova@ensp.fiocruz.br

³ Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora do Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. catia@ensp.fiocruz.br

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. engstrom@ensp.fiocruz.br

⁵ Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. bodstein@ensp.fiocruz.br

Mirna Barros Teixeira¹, Angela Casanova², Cátia Cristina Martins de Oliveira³, Elyne Montenegro Engstrom⁴, Regina Cele de Andrade Bodstein⁵

RESUMO As práticas de Promoção da Saúde das equipes de Atenção Básica no Brasil e macrorregiões foram analisadas a partir do PMAQ-AB (2012). Foram estudadas as frequências de variáveis nos eixos: Reorientação de Serviços; Ações Comunitárias; Ambientes Saudáveis; Habilidades Pessoais (n=17.202 equipes). A abordagem territorial restringe-se aos aspectos geográficos; reconhece-se a vulnerabilidade de beneficiários do Bolsa Família; na escola há predomínio das ações clínicas (saúde bucal); educação para sexualidade/reprodução; informações do ambiente foram restritas. Conclui-se que as práticas são fragmentadas e focalizadas; urge integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde.

PALAVRAS CHAVE Promoção da saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação.

ABSTRACT *The Health Promotion practices of the basic attention teams in Brazil and macro-regions were analyzed from the PMAQ-AB (2012). The variable frequency axes were studied: Services Reorientation; Community Actions; Healthy Environments; Personal Skills (n = 17,202 teams). The territorial approach is restricted to geographic aspects; the vulnerability of the “Bolsa Família Program” beneficiaries; there is a predominance of clinical actions at school (bucal health); sexuality/reproduction education; environmental information were restricted. It is concluded that the practices are still fragmented and focused; an even integration of clinical care, prevention and health promotion shall be urged.*

KEYWORDS *Health promotion; Primary Health Care; Evaluation.*

Introdução

Ao longo dos 25 anos de criação do SUS e dos 20 anos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país, reconhecem-se avanços consideráveis relacionados à expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)¹, ao aumento do acesso e ao desenvolvimento de novos modelos de gestão e atenção. No entanto, evidencia-se a intensa fragmentação de políticas, programas, ações e práticas, que, no âmbito local, se constituem em importantes entraves ao modelo assistencial. O modelo de cuidado da APS ainda se configura em torno da assistência às doenças agudas e aos processos de agudização das doenças crônicas, num contexto epidemiológico que se caracteriza pela tripla carga de doenças.

Tais aspectos exigem da APS ajustes entre a oferta de serviços e a complexidade das necessidades de saúde da população, num contexto caracterizado por desigualdades sociais, econômicas e institucionais relacionadas, ainda, às diversidades entre municípios e regiões do país. Para além de ser a principal porta de entrada e de garantia de acesso aos usuários ao sistema de saúde, há relativo consenso entre os gestores sobre a necessidade dos profissionais incorporarem, em sua atividade cotidiana, os atributos conceituais de uma APS ampliada, integrando ações de promoção da saúde, prevenção e manejo de condições de saúde e doença que consideram as singularidades e vulnerabilidade dos sujeitos. Uma APS ampliada e mais robusta pressupõe uma preocupação com os determinantes sociais da saúde e doença, o que demanda ações intersetoriais. Assim, é necessária a ampliação das estratégias de cuidado que envolva a população e outros setores, já que as questões sociais e de saúde estão profundamente imbricadas. A Promoção da Saúde (PS) tem sido considerada uma importante resposta a esses desafios na medida em que recupera a saúde como prática socialmente

construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os atores sociais estão inseridos (BODSTEIN, 2009).

A abrangência do referencial conceitual da promoção da saúde na compreensão do processo saúde doença, pensado a partir da sua relação com os determinantes sociais e culturais, se traduz na amplitude de estratégias e intervenções de PS, propostas tanto no âmbito individual como coletivo.

A PS incorpora como método cinco grandes eixos ou campos de ação definidos na Carta de Ottawa de 1986 (WHO, 2009): elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; reorientação dos sistemas e serviços de saúde; reforço da ação comunitária; criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. A 'reorientação dos serviços de saúde', tendo a APS como cenário, foi vista como eixo estratégico da PS, pressupondo um enfoque a partir da integralidade das ações de saúde e do entendimento da necessidade em se adotar uma perspectiva de cuidado ampliada com respeito ao contexto sociopolítico em que se inserem, bem como das peculiaridades culturais locais. Essa visão vem ao encontro das necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais de comunicação entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Além disso, está preocupada também com a mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais dos indivíduos. O 'reforço da ação comunitária' é estratégico para uma APS mais resolutiva na medida em que tal interlocução ajuda e promove mudanças nos condicionantes sociais da saúde por meio da mobilização coletiva e de ações comunitárias efetivas. No caso do eixo de 'desenvolvimento de habilidades pessoais', entende-se que comportamentos individuais, modos de vida ou fatores de risco, quer em locais de trabalho, nas comunidades e no meio-ambiente, precisam ser problematizados pelos agentes envolvidos diretamente. Por fim,

¹Embora o Ministério da Saúde utilize o termo 'Atenção Básica', optou-se, neste trabalho, por utilizar o termo equivalente: Atenção Primária à Saúde (APS).

a 'criação de ambientes favoráveis à saúde', pressupõe que as complexas relações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. Enfatiza a conservação dos recursos naturais do mundo como uma responsabilidade local e global. Entende a dificuldade de se mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer sem que se promovam novas formas de desenvolvimento e de organização social do trabalho, contribuindo para a constituição de uma sociedade mais saudável (WHO, 2009; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) elaborada em 2006 priorizou algumas ações específicas para sua implementação correlacionadas a esses campos de atuação, como 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 da paz e à promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

A APS é, sem dúvida, um lócus privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de PS, quer aquelas voltadas para os fatores de risco ou para ações que compreendem empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde e fortalecimento da intersetorialidade, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade de suas estratégias e ações. No âmbito da reorientação dos serviços está em discussão o enfoque integral do processo saúde-doença-atenção com incentivo à participação social via adoção de uma abordagem territorial, bem como o desenvolvimento de ações para grupos vulneráveis (incluindo a população de rua), além dos chamados grupos prioritários (como os portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial - HAS e *diabetes mellitus* - DM, ampliando serviços e atividades para além de uma abordagem exclusivamente biomédica. A partir de uma concepção ampliada de saúde, é possível pensar

na articulação dos saberes técnicos e populares, na mobilização de recursos comunitários e institucionais e na perspectiva intersetorial. Ainda assim, a incorporação dos eixos da PS na APS compreende uma importante estratégia no enfrentamento das desigualdades socio-sanitárias que constituem hoje grandes desafios à saúde pública no Brasil (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARVALHO; BUSS, 2009).

Desse modo, a necessidade de informações sobre a efetividade das intervenções de PS no âmbito da APS vem sendo reconhecida por diversos atores, como os gestores, os pesquisadores, os profissionais de saúde e os usuários, em virtude da potencialidade de tais estudos para a melhoria da qualidade da atenção e do acesso na APS.

Assim, o objetivo deste artigo é sistematizar e analisar as práticas de PS desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica (EqAB), que participaram da etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, (Portaria n. 1.654/2011 GM/MS), em todo o país e nas cinco macrorregiões realizada em 2012 e tem como referência as estratégias da Carta Ottawa, presentes e referendadas nas Políticas Nacionais (Atenção Básica e Promoção da Saúde). Pretende-se, ainda, provocar uma reflexão acerca dos limites e potencialidades dos questionários/instrumentos ou da metodologia do PMAQ-AB no que se refere às atividades ou práticas de promoção da saúde, de forma a fornecer subsídios aos gestores, profissionais e usuários para tomadas decisões, e, de certa forma, agregar conhecimento a um campo de pesquisa/avaliação ainda muito incipiente entre nós. A reflexão assume a centralidade das iniciativas avaliativas como ferramentas úteis tanto para o aprimoramento e melhoria da atenção primária no país como para a promoção do necessário debate em torno da mudança do modelo de atenção a partir da incorporação das práticas de promoção da saúde na rede de APS.

Metodologia

Este estudo parte da pesquisa avaliativa do PMAQ-AB coordenada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) junto às instituições participantes da Rede da APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), cuja coleta dos dados foi realizada por pesquisadores de diversas instituições de ensino e pesquisa do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, cujas informações extraíram-se do universo de equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB em seu primeiro ciclo de avaliação em 2011. O instrumento padronizado foi organizado de forma a verificar evidências para um conjunto de dimensões previamente determinadas no que tange à gestão municipal, à organização da atenção e à avaliação da rede local de saúde pelas equipes, com padrões de qualidade estabelecidos de acordo com princípios e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2012). Neste artigo, foram analisadas as informações do questionário do Módulo II – Entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica, considerando-se sua Dimensão IV – ‘acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho’, selecionando variáveis das três subdimensões: ‘gestão do processo de trabalho e acesso’, ‘atenção à saúde’ e ‘áreas específicas’, de acordo com a nota metodológica do MS.

Variáveis estudadas e dimensões de análise

As variáveis de interesse selecionadas para este estudo foram agrupadas segundo os quatro eixos da Promoção da Saúde: (1) Reorientação de serviços; (2) Reforço das Ações Comunitárias; (3) Criação de ambientes saudáveis e (4) Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. As subdimensões do questionário foram analisadas e as variáveis agrupadas em componentes por eixo.

O quadro 1 apresenta de forma detalhada esse constructo.

Plano amostral

A avaliação externa foi um censo representativo das EqAB que aderiram voluntariamente ao programa, não retratando o total das equipes existentes no país.

Análise dos dados

As análises das frequências foram realizadas com o emprego do programa SPSS 20.0. Os resultados foram apresentados em tabelas, considerando a proporção do evento encontrado para o Brasil e suas macrorregiões, subdivididos entre os quatro eixos supracitados. Inicialmente, procederam-se às análises descritivas, verificando a distribuição de cada variável e avaliando sua amplitude e consistência. A seguir, foi estudado o comportamento das variáveis por dimensão de análise e macrorregião do país.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz mediante protocolo nº 32012/2012.

Resultados e discussão

Os resultados das frequências das respostas válidas, segundo os eixos e os componentes de análise, são apresentados nas tabelas 1, 2, 3 e 4.

Eixo 1: Reorientação dos serviços

Foram analisados diversos componentes, conforme descrito no Quadro 1. No que se refere ao componente ‘abordagem territorial’, observa-se que a maioria das equipes no país (84%) utiliza mapas para delimitação de seu território. No entanto, a abordagem

Quadro 1. Eixos e Componentes da Promoção da Saúde

Módulo 2 - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica		Dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho
Eixos da Promoção da Saúde	Componentes	Variáveis do questionário do PMAQ-AB
1. Reorientação dos serviços de saúde	Abordagem territorial - análise de vulnerabilidade. Mapa de risco.	II.13 - Territorialização e população de referência
	Ações específicas para grupos vulneráveis / prioritários	II.16 - Organização da agenda
	Práticas integrativas	II.30 - Práticas integrativas e complementares
	Práticas corporais e atividade física	II. 31.2 Promoção da Saúde
	Abordagem territorial - análise de vulnerabilidade	II.32 - Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio
	Bolsa família	II.33 - Programa Bolsa Família
2. Reforço da ação comunitária	Saúde na escola	II.38 - Programa Saúde na Escola
	Ações comunitárias, educação em saúde	II.16 - Organização da agenda
3. Desenvolvimento de habilidades pessoais	Controle social, participação social	II.35 - Pesquisa de satisfação com o usuário
	Ações para grupos específicos, alimentação saudável, apoio ao autocuidado, tabagismo,	II.31.1 - Promoção da Saúde
4. Criação de ambientes favoráveis à saúde	Qualidade da água de consumo	II.31.3 e 4 - Promoção da Saúde

Fonte: Elaboração própria

territorial restringe-se sobremaneira à dimensão geográfica e à elaboração de mapas por microáreas (85%). Essa afirmação é corroborada pela evidência de que apenas 54% das equipes apontam nos mapas a presença de equipamentos sociais, indicando que o contexto sociocultural é praticamente ignorado e que se restringe à identificação de aspectos físicos do território. Mapeamentos de processos mais elaborados apresentam-se de

forma incipiente, como a sinalização de grupo de risco ou agravos clínicos (tuberculose, hipertensão), áreas de risco socioambiental (23%), redes sociais (16%), sendo que apenas 6% dos estudados apontam as condições socioeconômicas das áreas sob sua responsabilidade sanitária. A incorporação dessas variáveis no processo de mapeamento favoreceria o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e uma abordagem comunitária capaz

de valorizar a complexidade e relevância do contexto na determinação da saúde. Quanto às diferenças regionais, há comportamento bastante homogêneo, destacando-se apenas

o melhor desempenho para as regiões Sul e Nordeste, no que diz respeito a mapeamento de grupos clínicos e equipamentos sociais, respectivamente (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Reorientação dos Serviços de Saúde, Brasil, 2012

Eixo Reorientação dos Serviços de Saúde: componentes da Promoção da Saúde	Total de Equipes	Brasil		N	NE	SE	S	CO
		N	%	%	%	%	%	%
I. Abordagem territorial: características da territorialização das equipes								
Existência de mapas	17152	14516	84	78	78	88	92	86
Mapa por microárea	14515	12281	85	87	80	85	90	84
Sinalização de grupos de agravos	14515	4456	31	21	21	34	47	21
Sinalização de áreas de risco	14515	3273	23	17	23	23	26	12
Sinalização dos equipamentos sociais	14515	7835	54	51	63	51	54	34
Sinalização das redes sociais	14515	2262	16	15	16	14	20	10
Sinalização das condições socioeconômicas	14515	807	6	4	5	6	7	4
II. Ações específicas para grupos vulneráveis e prioritários								
Adoção de critérios de risco e vulnerabilidade para adscrição de clientela	15691	9264	59	48	59	63	58	51
Mapeamento de usuários adscritos para cuidados no domicílio	17132	12105	71	62	65	76	77	61
Realização de visitas domiciliares considerando vulnerabilidades	17132	15981	93	89	94	93	94	89
II.1 Programa Bolsa Família								
Busca ativa de famílias elegíveis para cadastro	17199	12862	75	74	76	77	67	71
Registro de famílias cadastradas	17199	14049	82	79	77	86	84	76
II.2 Programa Saúde na Escola								
Realização de atividades na Escola	17185	12940	75	81	80	69	77	77
Característica das atividades realizadas								
Presença de rotina de atendimento aos escolares	12940	7247	56	54	60	54	57	46
Identificação de escolares com necessidade de saúde	12940	5394	42	33	44	41	44	39
Planejamento de atividades na escola	12940	10762	83	82	86	82	83	77

Tabela 1. (cont.)

Realização de ações de avaliação clínica								
Atualização de calendário vacinal	12940	7860	61	65	70	53	57	63
Detecção precoce de hipertensão arterial	12940	5269	41	46	51	35	32	40
Detecção de agravos de saúde negligenciados	12940	4501	35	34	38	32	37	30
Avaliação antropométrica	12940	8085	63	62	73	53	59	67
Avaliação nutricional	12940	7144	55	53	66	47	52	57
Avaliação oftalmológica	12940	3492	27	27	26	26	32	22
Avaliação auditiva	12940	2257	17	14	20	16	17	18
Avaliação psicossocial	12940	3677	28	24	32	25	30	28
Avaliação de saúde bucal	12940	8937	69	66	75	63	73	67
Caracterização das ações de promoção e prevenção								
Realização de ações de promoção e prevenção na escola	12940	12485	97	98	97	96	96	98
Ações de segurança alimentar e alimentação saudável	12940	8773	68	70	77	61	63	68
Práticas corporais e atividade física	12940	4975	38	43	43	35	34	43
Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS	12940	9315	72	81	74	67	75	76
Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	12940	6859	53	59	54	47	58	60
Capacitação dos profissionais de educação	12940	3533	27	26	29	25	29	28
Debate com os professores da escola	12940	4468	35	31	42	29	36	26
III. Práticas integrativas								
Realizam as Práticas Integrativas e Complementares	17199	3209	19	14	12	25	17	23
Ofertam serviço de homeopatia	3209	443	14	4	7	17	21	2
Realizam atividades de educação em saúde para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos	3209	1102	34	31	38	32	49	17
IV. Prática corporal / atividade física								
Realizam práticas corporais	16573	7339	44	31	34	56	45	39
Realizam atividades físicas	16573	10500	63	48	53	76	63	59

Fonte: Elaboração própria

O olhar ampliado para o território, entendendo-o, para além do espaço geográfico, como um espaço de circulação e troca de conhecimento e saberes, incluindo um conjunto de interação entre sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos), o que configura uma rede na qual circulam pessoas, informações, materiais e emoções, em permanente movimento (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Produzir e utilizar de forma criativa metodologias que aproximem as equipes de suas comunidades é um passo decisivo para a incorporação dos referenciais da PS voltado para o trabalho intersectorial. Para isso, é preciso conhecer equipamentos e redes sociais, sua conformação no território para auxiliar a construção de fluxos e a melhoria da comunicação com esses atores. A APS, ao lidar com o ambiente, seus riscos e vulnerabilidades, tornar-se-ia mais efetiva em seu atributo de orientação comunitária e cultural.

Ainda que 59% das equipes informaram que adotam critérios de risco e vulnerabilidade para adscrição de clientela, não foi possível identificar como as equipes operacionalizavam esses critérios, já que a variável restringe-se ao mapeamento dos usuários que necessitam de cuidado domiciliar (realizado por 71% das equipes), prática, esta, com melhor desempenho nas regiões Sul e Sudeste e menor desempenho (61%) na Centro-Oeste (*tabela 1*).

Em relação ao componente 'ações específicas para grupos vulneráveis ou prioritários', foi possível captar apenas as ações relativas à priorização para visitas domiciliares (93% relatam visitas segundo critérios de risco e vulnerabilidade), ações para beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa Saúde na Escola (PSE) (*tabela 1*). Esses dois Programas foram priorizados na investigação do PMAQ-AB com perguntas específicas, em função de a agenda federal estar articulada às estratégias macro políticas voltadas para o combate à pobreza e à redução de desigualdades sociais (CASTRO; FAUSTO, 2012). A identificação e o acompanhamento

da saúde dos usuários alvo do PBF são atribuições das EAB. Observou-se que 75% das equipes realizaram busca ativa das famílias elegíveis para o cadastro do PBF, sendo o percentual mais baixo observado na região Sudeste, onde 82% relatam que têm registro das famílias cadastradas com comprovação em documentação apresentada pelas EAB na visita da avaliação externa.

Contudo, a investigação das ações relativas ao PBF ficou restrita ao registro e à busca ativa dos usuários pelas EAB, sem identificar a qualidade do acompanhamento das condicionalidades de saúde (vacinação, acompanhamento pré-natal etc) junto às famílias beneficiadas pelo programa. Estudo demonstrou que o PBF associado à ESF contribui para a redução da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, especialmente nas mortes decorrentes de doenças relacionadas à pobreza (RASELLA ET AL., 2013).

Já em relação ao PSE, as ações foram mais detalhadas, incorporando perguntas referentes à dimensão clínica e à prevenção e promoção na escola. Do universo estudado, 12.940 equipes (75%) declararam ter realizado algum tipo de atividade na escola, percentual que oscilou entre 69% e 81%, respectivamente, no Sudeste e Norte. Desse conjunto, pode-se destacar que, apesar de cerca de 80% das equipes relatarem planejar atividades nas escolas, apenas metade dessas ações é realizada de forma sistemática e rotineira.

O planejamento, nesse caso, parece referir-se a contatos prévios com a escola e à provisão de insumos, especialmente odontológicos, como kits de saúde bucal para a escovação. No escopo das ações no PSE, a maioria relaciona-se às avaliações clínicas (executadas por mais de 80% das equipes), sendo capitaneadas pelas ações de saúde bucal, que respondem pela quase totalidade das ações na escola (97% das equipes). A avaliação antropométrica (aferição de peso e altura) é realizada por 63% das equipes, sendo o diagnóstico nutricional realizado apenas por metade das equipes, ambas com menor

desempenho no Sudeste. As avaliações oftalmológicas e auditivas, que requerem uso de equipamentos e um treinamento básico da habilidade diagnóstica, são pouco realizadas (27 e 17%, respectivamente); observou-se o mesmo comportamento para as avaliações psicossociais (28% das equipes). com distribuição bastante similar nas regiões do Brasil (*tabela 1*).

Do escopo de ações consideradas na subdimensão da promoção e prevenção na escola, 72% relacionavam-se a educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, sendo 81% no Norte e 67% no Sudeste, temas bastante solicitados por professores e adolescentes e cada vez mais valorizado por profissionais, visando, dentre outros aspectos, discutir a gravidez na adolescência e suas implicações. Também, observaram-se elevados percentuais de ações de educação alimentar nas escolas (68%). Contudo, as ações educativas voltadas para o estilo de vida ativo tiveram menor expressão (38%), assim como as de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (53%). As práticas das equipes, em sua maioria, não envolvem os professores, perdendo-se a oportunidade da integração saúde-educação com um planejamento de ações intersetoriais mais sustentáveis, como, por exemplo, aquelas articuladas aos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas.

Considerando a possibilidade de oferta de um cardápio de serviços mais amplo, para além dos atendimentos clínicos convencionais, observa-se que, no que se refere ao componente das 'práticas integrativas e complementares', apenas 19% das equipes as realizam, proporção maior (25%) no Sudeste (*tabela 1*).

Com base nas relações entre os determinantes sociais da saúde (DSS) e suas influências na situação de saúde (CARVALHO; BUSS, 2009), pode-se afirmar que as questões relacionadas aos estilos de vida ativo são interdependentes com os fatores do ambiente em suas várias dimensões, bem como aos fatores diretamente ligados ao acesso aos serviços de saúde e que se refletem nos marcadores biológicos. Nesse

sentido, facilitar escolhas que incidam sobre a inatividade física pode potencializar o alcance de resultados favoráveis quanto ao sobrepeso e obesidade, lazer mais ativo e diminuição do uso de tabaco e álcool (TAVARES ET AL., 2010).

Um achado positivo refere-se às ações relativas de incentivo à prática de atividade física (63%), sendo a atitude mais frequente na região Sudeste (76%) e menos frequente no Norte (48%), com um percentual um pouco menor para as práticas corporais (44%). Nesse ponto, a ampliação do apoio matricial por meio da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012) pode ter sido um grande incentivador do desenvolvimento dessas ações ao incorporar profissionais de educação física, fisioterapeutas e acupunturistas na ampliação da atuação do cuidado das equipes de Atenção Básica.

Eixo 2: Reforço da Ação Comunitária

Em relação ao componente 'ações comunitárias e educação em saúde', em torno de 25% das equipes informam que não organizam a agenda de modo a ofertar ações comunitárias ou grupos de educação em saúde nas regiões N, NE e CO, ao passo que nas regiões S e SE, mais de 80% das equipes incluem essas atividades na sua agenda (*tabela 2*). Não há no instrumento de avaliação um detalhamento do tipo de ação comunitária ofertada, além de as ações de educação em saúde estarem voltadas para grupos específicos (ciclo de vida, prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, entre outros). Cabe ressaltar que o que distingue a promoção da saúde da prevenção de doenças (POTVIN; HADDAD; FROHLICH, 2009) é a ênfase atribuída ao papel ativo das pessoas, grupos e organização no desenho das práticas e políticas de saúde. Atuar na perspectiva da PS significa recuperar a saúde como prática socialmente construída e entender que o sucesso das mudanças pretendidas depende do fato de que população e usuários deixem de ser reconhecidos como 'população alvo' e sim como sujeitos ativos e corresponsáveis cujas

ações pressupõem reflexividade. Enfim, o diálogo comunitário e o empoderamento são indissociáveis do contexto de vida das pessoas e de seu território, necessitando, portanto, da construção de propostas compartilhadas com seus usuários para que a própria população participe dos diagnósticos e do levantamento das prioridades de intervenção (BODSTEIN, 2009).

Ao analisar o componente 'controle social e participação social', observou-se que mais de 75% das equipes, em todas as regiões analisadas, afirmam realizar encaminhamentos de demandas dos usuários para os gestores. Contudo, essa é uma informação que deve ser analisada com cautela, pois, neste caso, a resposta 'não sabe' correspondeu a 60% dos registros, totalizando, portanto, apenas 40% de registros válidos. De toda forma, alguns elementos de mudança podem ser observados, uma vez que mais de 80% das equipes

afirmaram considerar a opinião dos usuários na organização do processo de trabalho. A existência de conselhos locais de saúde ou instâncias colegiadas equivalentes obteve o maior percentual encontrado entre as equipes da região Centro Oeste (70%), seguidos das regiões Sul e SE (63%) e NE (50%) (tabela 2). No entanto, apenas a existências dos conselhos não garante a efetiva participação social nem revela a qualidade dessa participação em direção a uma prática democrática.

Eixo 3: Criação de ambientes favoráveis à saúde - qualidade da água de consumo

As variáveis identificadas para este eixo estão relacionadas apenas ao componente 'qualidade da água de consumo'. Nesse caso, uma das variáveis remete ao conhecimento

Tabela 2. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Reforço da Ação Comunitária, Brasil, 2012

Eixo Reforço da ação comunitária: componentes da Promoção da Saúde	Brasil			N	NE	SE	S	CO
	Total de Equipes	N	%	%	%	%	%	%
Ações comunitárias - Educação em saúde								
Organização da agenda na oferta de atividades comunitárias ou grupos de educação em saúde	17135	13505	79	72	74	83	83	74
Comunicação, participação e controle social								
A equipe dispõe de canais de comunicação com os usuários	17198	12537	73	51	69	79	79	62
Pesquisa de satisfação com o usuário	17198	6291	37	27	42	35	35	30
Encaminhamento de demandas dos usuários para a gestão municipal	6811	5538	81	75	80	82	84	77,5
A equipe considera a opinião do usuário no processo de trabalho	17198	15179	88	79	90	90	89	81
Existência de Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente	17198	10176	59	54	51	63	64	70

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde, Brasil, 2012

Eixo Criação De Ambientes Favoráveis à Saúde: componente da Promoção da Saúde	Brasil			N	NE	SE	S	CO
	Total de Equipes	N	%	%	%	%	%	%
Qualidade da água de consumo								
Existência de cisterna no território	15642	7264	46	56	66	37	22	56
Ações educativas dos ACS	7142	5848	82	93	88	73	73	81

Fonte: Elaboração própria

(ou não) por parte das equipes sobre a existência de cisternas no território de atuação. Nas regiões N, NE e CO, mais de 55% das equipes entrevistadas confirmaram a existência de cisternas no território de atuação. Nas regiões Sul e SE, 78% e 63% das equipes, respectivamente, afirmaram não haver cisternas no território, ao mesmo tempo que, em ambos os casos, apenas 27% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam ações educativas sobre a qualidade da água, segunda variável analisada para esse componente. Na região Norte, 93% dos entrevistados afirmaram que os ACS realizam ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas, seguida pelas regiões NE (87,9%) e CO (81%). O instrumento não contemplou outros aspectos do ambiente, como a existência de agentes biológicos ou não biológicos (roedores, vetores, lixo, contaminação do ar, química, dentre outros) ou, ainda, outras ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde. Ou seja, ao se restringirem a essas duas variáveis, fica claro que as questões ambientais e ecológicas, em face do chamado desenvolvimento sustentável, ainda não foram devidamente problematizadas e incluídas na agenda da APS no Brasil.

A criação de ambientes favoráveis à saúde não se restringe à atuação da vigilância ambiental em saúde, ainda que esta possa favorecer o alcance daqueles. Nesse sentido, é interessante observar que o questionário não contempla variáveis que identifiquem

a interface da atuação dos Agentes de Vigilância em Saúde (AVS) com os ACS, ainda que sua integração às EAB já esteja prevista em Portaria nº 1.007/2010.

A incorporação dos AVS nas equipes de Saúde da Família tem como justificativa uma atuação mais sinérgica de ambos os profissionais no território, uma vez que um elemento comum na atribuição de ambos é a ênfase nas ações de promoção, envolvendo especialmente ações de educação e comunicação em saúde e de mobilização da participação comunitária para o empoderamento individual e coletivo. No que se refere às ações de prevenção, espera-se que os AVS e os ACS possam atuar na identificação de riscos, integrando as operações das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, aspecto pouco priorizado, considerando-se o conjunto de variáveis do questionário. Integrar a vigilância em saúde à APS é fundamental para garantia da integralidade da atenção, uma vez que favorece o alcance de resultados por meio de um processo de trabalho que integre saberes, compartilhe tecnologias, ao mesmo tempo em que preserve as especificidades da atuação de cada profissional (LACERDA; CASANOVA; TEIXEIRA, 2011).

Eixo 4: Desenvolvimento de Habilidades Pessoais

Esse eixo se relaciona com os comportamentos individuais e modos de vida existentes

em um dado território. A educação em saúde, como componente desse campo de ação, constitui-se como um espaço de reflexão coletiva centrada na liberdade de escolhas dos indivíduos. Por outro lado, cabe uma ênfase nas questões estruturais que perpassam e condicionam as escolhas, relacionando-as às transformações econômicas e sociais que influenciam o modo de vida das pessoas. Assim, a educação e a saúde são campos de conhecimento que se integram e se articulam para promover transformações na vida das pessoas e, conseqüentemente, na realidade de uma sociedade (COSTA; FUSCELLA, 1999).

Para essa dimensão, o instrumento abordou uma série de ações específicas alinhadas com a PNPS, conforme visualizado na *tabela 4*, que tem o intuito de estimular espaços de troca de informação, fortalecer o vínculo com as unidades de saúde e investir na incorporação de hábitos e comportamentos mais saudáveis por meio de diferentes meios e cenários, como a realização de grupos educativos e de promoção da saúde. Essas ações têm a perspectiva de um melhor desenvolvimento pessoal e social dos usuários frente ao processo saúde-doença, assim como às decisões relativas ao seu bem-estar e qualidade de vida.

As ações educativas com enfoque na saúde da mulher, tais como rastreamento de câncer de colo e mama, planejamento familiar e aleitamento materno, tiveram um bom desempenho dentre as EAB avaliadas no país, com percentuais de 82%, 80% e 87%, respectivamente. Em relação ao rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um conjunto de estratégias variadas, tais como garantir o acesso ao exame preventivo de Papanicolau com qualidade e a qualificação do diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero. Também está previsto o fortalecimento da rede de atenção de forma a garantir o acesso de todas as mulheres com lesões palpáveis para o câncer de mama ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento. O

percentual de adesão das EAB a essa prática foi similar entre as regiões analisadas.

Quanto às ações educativas voltadas para o planejamento familiar, 80% das equipes referiram realizá-las, sem diferenças expressivas entre as regiões do país. Além de informações e oferta dos métodos anticoncepcionais no planejamento familiar, caberia problematizar a abordagem, a autonomia das escolhas e considerar os aspectos sociais e culturais em torno das questões de gênero dentro da sociedade contemporânea, visando a garantir uma maior efetividade nessas ações (FORMIGA FILHO, 1999).

Quanto ao aleitamento materno, essa prática educativa já se encontra difundida em 87% das EAB, embora, apesar dos esforços empreendidos, as taxas de aleitamento materno no Brasil encontrem-se aquém do recomendado pela OMS. Essa questão aponta para o fato que a informação de que as equipes desenvolvem uma ação não traduz a qualidade do que está sendo ofertado ou proposto, limitando enormemente a avaliação de sua efetividade.

Quanto à saúde do homem, as informações do PMAQ-AB revelam que envolver esse público em abordagens de cunho educativo ainda é um desafio expressivo, embora seja uma estratégia prioritária do MS no âmbito da sua política. O percentual de ações com foco no público masculino apresentou-se de forma homogênea entre as regiões do país e não conseguiu ultrapassar 40%. Merece referência o fato que os homens acessam os serviços de saúde quando a doença já está instalada, gerando, em grande parte, o agravamento da morbidade e maior custo para o SUS. Esse panorama ressalta a importância de investigar quais estratégias podem ser acionadas para fortalecer e qualificar a atenção primária para o alcance da integralidade da saúde masculina (SCHRAIBER, 2005).

Ao analisar o resultado das práticas educativas direcionadas aos idosos, percebe-se que vêm sendo incorporadas em 70% das EAB, com percentual mais elevado na região Norte (82%) e menos elevado na região Sudeste

Tabela 4. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Desenvolvimento de Habilidades Pessoais, Brasil, 2012

Eixo Habilidades Pessoais: componente da Promoção da Saúde	Brasil		N	NE	SE	S	CO	
	Total de Equipes	N						%
Oferta de ações educativas e de promoção da saúde								
Mulheres - câncer de colo de útero e mama	17199	14117	82	90	88	76	81	82
Planejamento familiar	17199	13521	79	88	87	74	73	72
Gestantes e puérperas - aleitamento materno	17199	15030	87	92	92	83	86	90
Homens	17199	6269	36	40	34	37	37	37
Idosos	17199	12339	72	82	76	65	72	77
Alimentação saudável	17199	12833	75	76	79	71	75	75
Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica	17199	15384	89	91	91	88	89	93
Prevenção e tratamento da diabetes mellitus	17199	15401	90	92	90	88	90	92
Grupos de apoio ao auto cuidado para doenças crônicas	17199	9242	54	48	48	57	62	51
Estratégias de comunicação social e programas educativos de saúde sexual e reprodutiva	17199	10998	64	69	68	61	62	62
Tuberculose	17199	9318	54	80	63	46	40	68
Hanseníase	17199	8797	51	82	61	43	34	68
Grupos com enfoque sobre doenças transmissíveis	17199	11292	66	70	70	63	62	66
Grupos de apoio para cessação do tabagismo	17199	12354	67	59	63	66	62	54
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	17199	4214	25	22	25	22	30	24
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos	17199	2767	16	8	14	17	22	13

Fonte: Elaboração própria

(76%). De fato, o envelhecimento deve ser uma preocupação real para o campo da PS, objetivando a promoção da longevidade com qualidade de vida. Seria de interesse mapear como tem ocorrido a abordagem desses usuários pelas equipes, de forma a identificar se a valorização da identidade e a autonomia do

idoso têm sido priorizadas na perspectiva de uma velhice com qualidade de vida.

Outro ponto que merece destaque é o campo das ações educativas relacionadas à alimentação e nutrição, favorecendo escolhas mais saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades, dado que cerca de 80% das

EAB em todas as regiões analisadas oferecem essa prática. No que concerne às ações com enfoque na prevenção e tratamento da HAS e DM, estas são realizadas por mais de 85% das equipes (*tabela 4*). O cuidado de usuários com doenças crônicas deve ser ofertado de forma integral, o que inclui as ações de autocuidado, a exemplo do que vem ocorrendo em outros países, de forma a gerar maior autonomia das pessoas no que se refere aos determinantes e condicionantes relacionados a esses agravos. Além disso, os resultados dessas ações se mostram mais efetivos quando aliados a propostas educativas sobre a importância do controle dos fatores de risco vis-à-vis as estratégias de empoderamento e maior autonomia aos usuários (BRASIL, 2013).

Quanto aos grupos de apoio ao autocuidado para doenças crônicas, os percentuais são de 62% e 57% nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente. Trata-se de ação que exige melhor qualificação dos profissionais de saúde, voltada para uma compreensão mais ampliada em relação à participação do indivíduo na decisão do seu cuidado com base em seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação (BRASIL, 2013).

Já os grupos com enfoque sobre as doenças transmissíveis, são desenvolvidos por 66% das EAB entrevistadas. Esse resultado pode refletir a baixa prioridade do tema em função do quadro epidemiológico do país e a falta da qualificação dos profissionais para o desenvolvimento de ações educativas que abordem essa temática. Esses resultados agregados chamam a atenção, pois o MS vem estimulando um conjunto de atividades com foco na prevenção dessas doenças. Certamente, são atividades cujo enfoque deve incorporar os princípios da promoção e educação em saúde, onde os profissionais possam interagir de forma mais efetiva com as condições de vida e necessidades da população, por meio de diálogo que utilize linguagem mais próxima dos usuários.

As ações com maior dificuldade de implementação são as relacionadas à prevenção e

tratamento do uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como de ansiolíticos e benzodiazepínicos. Isso reflete a dificuldade das EAB de manejar questões vinculadas à saúde mental e ao uso abusivo de drogas cujos fatores psicossociais estão muito presentes. Alguns dispositivos descritos na PNAB têm potencializado a discussão dessas questões no âmbito da APS: apoio matricial às equipes de Atenção Básica com a inclusão de psicólogo e psiquiatra no NASF e o dispositivo da equipe de Consultório na Rua (CASANOVA ET AL., 2013).

Conclusões

No campo da avaliação, há carência de estudos e informações úteis e acessíveis aos profissionais sobre a efetividade das intervenções de PS no âmbito da APS. Contribuir para suprir essa deficiência foi uma das motivações deste estudo. A garantia de um círculo virtuoso entre políticas públicas de proteção social e melhoria da qualidade de vida e saúde impõe não só a construção de estratégias de atuação integrada e de intercâmbio permanente de informações como também o monitoramento e a avaliação participativa das intervenções. É preciso reafirmar a relevância das metodologias avaliativas na área da PS e, principalmente, daquelas que podem motivar a participação e integração entre diversos setores e políticas públicas na lógica mais ampla da APS.

O PMAQ-AB apresenta potencialidades e limitações que valem a pena considerar. Trata-se de uma avaliação orientada para as atividades e ações dos profissionais, na medida em que se propõe a auxiliar na identificação de áreas prioritárias na atenção voltada para o usuário, apoiando os gestores locais no desenvolvimento de linhas de ação que produzam melhoria das ações prestadas à população. De fato, o PMAQ-AB traz em seu bojo um somatório de esforços para a priorização de processos mais participativos

de avaliação, abrindo canais de comunicação interna e externa e uma forte indução para reengenharia nos processos de trabalho a partir do uso das informações. No entanto, no âmbito da PS, ainda existem desafios a discutir e enfrentar.

O instrumento do PMAQ-AB não foi delineado de forma a avaliar todos os componentes da PS, e a sua dimensão específica ficou reduzida ao enfoque de ações educativas a grupos específicos. Mesmo neste caso, cabe observar que o instrumento não permite avaliar de que forma tais ações estão sendo implementadas e de que maneira elas são efetivas, gerando os resultados desejados. Cabe ressaltar, ainda, que a APS tem como enfoque principal incluir junto à perspectiva do cuidado à saúde a perspectiva dos DSS. Assim, o foco nas ações intersetoriais é fundamental para o enfrentamento dos problemas complexos de saúde e um aspecto chave diante das atribuições e princípios organizativos da APS – e objeto privilegiado da avaliação em promoção da saúde.

A metodologia do PMAQ-AB traz limitações, já que deixa de fora a dinâmica dos processos de implementação das ações ou práticas de PS. Desenhos qualitativos e estudos de caso seriam particularmente úteis para captar e compreender como, porque e para quem as ações funcionam e produzem efeitos desejados, que são dependentes do contexto em que a APS se insere, bem como da capacidade das ações e estratégias responderem às desigualdades sociais que se manifestam na saúde.

A literatura sobre avaliação em PS tem mostrado a importância de enfoques qualitativos que possam motivar a participação e a reflexão entre diversos profissionais e diferentes setores públicos, nesse caso, na lógica mais ampla da APS. Os questionários do PMAQ-AB aqui utilizados não permitem descrições mais abrangentes, densas e detalhadas da dimensão intersetorial e das iniciativas comunitárias, cujos efeitos e resultados positivos estão relacionados com

círculos virtuosos que incluem acordos tácitos, arranjos formais e informais, iniciativas educativas e participativas de empoderamento e de cooperação, bem como motivação e empenho de gestores e profissionais.

Outro ponto importante é a necessidade de se superar a dicotomia existente entre duas abordagens predominantes no campo de atuação da PS dentro da APS. Uma é dirigida à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando estilos de vida com enfoque em ações educativas, e está relacionada aos fatores de risco comportamentais passíveis de mudança (hábito de fumar, dieta, atividades físicas, por exemplo). E outra que entende a saúde como resultado de um amplo espectro de fatores e determinantes múltiplos que se relacionam com a qualidade de vida e que é influenciada pelos DSS como: saneamento, boas condições de trabalho e moradia, educação, apoio social às famílias e estilo de vida responsável, dentre outros. Nessa abordagem, as ações da PS estão voltadas mais para a coletividade, grupos e ambiente do que focalizadas apenas no indivíduo isoladamente.

O ponto central da discussão, que precisa se observar aqui, diz respeito à convergência entre as duas abordagens. Tal convergência vem da compreensão de que estilos de vida e opções individuais são estruturalmente determinados pelo contexto social em que os indivíduos estão inseridos. Dessa forma, fatores individuais e comportamentais devem ser compreendidos em um quadro conceitual mais amplo, o que vem sendo problematizado no campo das ciências sociais em saúde (BODSTEIN, 2010). Assim, o que é central é compreender as contingências do contexto, ou seja, os processos a partir dos quais a decisões individuais são tomadas. Dessa forma, no caso da PS e, em particular, da educação em saúde, é possível relativizar a hegemonia do discurso biomédico, normativo, higienista e autoritário que responsabiliza e culpa os indivíduos isoladamente por comportamentos de risco. Nesse sentido, tanto o chamado

empoderamento individual como o reforço da ação comunitária ou empoderamento comunitário podem ser vistos como estratégias válidas para problematizar e promover saúde e que precisam ser apropriadas pelos profissionais e incentivadas no âmbito da APS.

Inúmeras são as dificuldades de ampliar as ações conjuntas para além do setor saúde, justificadas, principalmente, pela fragilidade das equipes dos serviços públicos acessíveis às comunidades e pela baixa capacidade dos profissionais da Atenção Básica para o planejamento de ações integradas com outros setores.

Observa-se, pelos resultados aqui apresentados, assim como têm mostrado Sasaki e Ribeiro (2013), que as práticas relacionadas à prevenção realizadas pelas EAB ainda estão

centradas na atenção a grupos de risco biológico. Tais práticas, verticalmente estabelecidas como ‘programas’, são organizadas em pacotes e turnos fechados (‘grupos de hipertensão e diabetes’), objetivando o manejo clínico e, quando muito, a prevenção relacionada ao estilo de vida em um modelo preventivo de educação em saúde muito pouco efetivo, deixando às outras dimensões de promoção um lugar secundário ou pouco expressivo. No entanto, como propõem as várias Declarações de Ottawa, Sundsvall, Adelaide, Bogotá (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), é preciso que haja investimento na APS quanto ao desenvolvimento de ações comunitárias vis-à-vis ao fortalecimento da capacidade da população de participar das decisões que afetam a sua vida. ■

Referências

BODSTEIN, R. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em Promoção da saúde. *B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 7-15, 2009.

_____. BODSTEIN, R. Teoria social e o campo da saúde pública. In: HORTALE, V. et al (Org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E, Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B, Textos B Riscos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde de 2006, 7).

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-142.

CASANOVA, A. et al. O apoio institucional como pilar na co-gestão da Atenção Primária à Saúde: a

experiência do Programa Teias-Escola Manguinhos no Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013 (no prelo). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14911>. Acesso em: 02 set. 2014.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V. (Org.) *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 173-196.

COSTA, I. C. C.; FUSCELLA, M. A. P. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Ação Coletiva*, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p.45-47, 1999.

LACERDA, A.; CASANOVA, A.; TEIXEIRA, M. B. O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj: IMS-LAPS, 2011. p. 205-214

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC; POPULATION COUNCIL, 1999. p.151-162.

PEREIRA, M.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, K. L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: *EVALUATION IN HEALTH PROMOTING: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001. (European series, 92).

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, Londres, v. 382, n. 6, p. 57-64, 2013.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e prática da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-163, 2013.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

TAVARES, M. F. L. et al. Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: UGÁ, M. A. et al. (Org.) *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 333-350.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf>.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve