

Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?

Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing?

Maria Guadalupe Medina¹, Rosana Aquino², Ana Luiza Queiroz Vilasbôas³, Eduardo Mota⁴, Elzo Pereira Pinto Júnior⁵, Leandro Alves da Luz⁶, Davllyn Santos Oliveira dos Anjos⁷, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁸

¹Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. medina@ufba.br

²Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. aquino@ufba.br

³Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. anav@ufba.com

⁴Doutor em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professor associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. emota@ufba.br

⁵Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. elzobr@hotmail.com

RESUMO Este estudo objetiva descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil e cotejar as informações prestadas pelos profissionais de saúde com aquelas obtidas pelos entrevistadores através de comprovação documental. É um estudo transversal com dados secundários obtidos da base de dados do PMAQ-AB. Os resultados demonstraram a incipiência da realização das ações analisadas, especialmente aquelas dirigidas para idosos e para a detecção de problemas entre escolares, além de pouca comprovação das ações realizadas, traduzindo a baixa institucionalização dessas ações no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Promoção da saúde; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT This study aims to describe health promotion and preventive actions against chronic diseases carried out by primary health care teams adherent to the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in Brazil. It is a cross-sectional study using secondary data obtained from that Program database. The results demonstrated the paucity of actions, especially those addressed to the elderly and to the detection of problems among students, besides little evidence of actions implementation, reflecting the low institutionalization of health promotion activities within the Family Health Strategy.

KEYWORDS Health evaluation; Health promotion; Primary Health Care; Chronic disease; Family Health Strategy.

Introdução

O debate internacional em torno da promoção da saúde vem ganhando destaque crescente desde a publicação do Relatório Lalonde (LALONDE, 1974) e da realização da Conferência de Alma Ata (1978), marcos históricos na inflexão de uma perspectiva política de abordagem das intervenções sobre a saúde, que ressalta a articulação da saúde com as condições de vida e a necessidade de intervenções globais sobre seus determinantes.

Assim, ainda que a promoção da saúde tenha sido incorporada como tarefa essencial da medicina ou como nível de prevenção das doenças (LEAVELL; CLARK, 1974; ROSEN, 1979), foi na Carta de Ottawa (WHO, 1986), em 1986, que se firmou como proposição de natureza política a ser incorporada como diretriz na formulação de políticas públicas de saúde de diversos países.

Particularmente em nosso país, pode-se afirmar que a formulação das políticas de Atenção Primária à Saúde (APS), implementadas a partir dos anos 1990, incorporou, em suas diretrizes, princípios emanados da Conferência de Alma-Ata, enfatizando a importância da atuação sobre os territórios pautada em análises de situação de saúde e definição de problemas com protagonismo das populações locais, ações voltadas para as famílias em seus domicílios, enfim, um conjunto de medidas que deveriam orientar o trabalho das equipes de APS na perspectiva de mudança do modelo de atenção vigente até então, um dos aspectos mais relevantes da agenda da Reforma Sanitária Brasileira (AQUINO *ET AL.*, 2014; TEIXEIRA, VILASBÔAS; 2014).

Em que pese o aparente consenso em torno da ideia de incorporação da promoção da saúde no âmbito das políticas, a compreensão do que isso significa e como se traduz em operações concretas no âmbito das práticas de saúde é bastante diversa. As várias conceituações disponíveis podem ser agrupadas em dois blocos: no primeiro, ações de promoção da saúde são reduzidas a atividades voltadas para a mudança de estilos de vida dos indivíduos,

os quais, em uma visão reducionista, estariam sob seu controle. No segundo, ao qual se alinham os autores deste estudo, o fundamento está em uma reflexão sobre a importância dos determinantes gerais das condições de saúde, propondo atividades mais voltadas ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, com destaque para a importância da ação intersetorial e de políticas públicas coerentes (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

A importância que as doenças crônicas não transmissíveis têm assumido na atualidade, com valores crescentes dos indicadores de morbimortalidade e representando 70% da carga atual de doenças no território nacional (SCHMIDT *ET AL.*, 2011), tem moldado, também, o debate sobre a promoção da saúde, passando-se a associá-la a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida, não estando mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias com enfoque biomédico, tal como formulado no modelo da história natural da doença.

De fato, a emergência das doenças crônicas como um importante problema de saúde pública tem colocado na ordem do dia o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes, especialmente na APS, ao que tudo indica, ainda centrado em formas de organização que não se adequam às necessidades de atenção a populações crescentemente assoladas por problemas de natureza crônica.

No que diz respeito às inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, destaca-se a inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva, mediante a realização de ações de educação e comunicação em saúde dirigidas ao incentivo a mudanças comportamentais e a determinados hábitos e estilos de vida de indivíduos mediante a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde.

¶ Mestrando em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. leojluz@gmail.com

7 Mestrando em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. davilyn@hotmail.com

* Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. isabela@ufba.com

As ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde são parte do Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período 2011-2023 (BRASIL, 2011).

Poucos estudos no Brasil problematizaram ou avaliaram a natureza e efetividade das ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da APS. Em um estudo de revisão sistemática de estudos empíricos sobre a realidade brasileira, após aplicação de critérios de qualidade, foram encontrados apenas 13 artigos (CINCURÁ, 2014). A maior parte deles não trazia uma reflexão e conceituação precisa sobre promoção da saúde, achado que reforça nossa hipótese sobre a pouca clareza das equipes de APS na sua operacionalização.

Ademais, esforços em institucionalizar processos avaliativos no âmbito da APS no país especialmente implementados pela gestão federal a partir do ano 2000, têm abordado ainda timidamente atividades relacionadas à promoção da saúde. Iniciativas que enfocam o monitoramento e avaliação da APS têm sido até numerosas, mas tem trabalhado, sobretudo, na perspectiva da avaliação normativa, com indicadores de processo e resultado, especialmente os Pactos de Saúde Interfederativos (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014). Além disso, os sistemas de informação em saúde não contemplam o registro sistemático de ações de promoção, atestando o grande vazio de conhecimento e a pouca expressão concreta das práticas de promoção no cotidiano dos serviços de saúde. Ressalta-se, aqui, a importância das informações produzidas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) criado em 2011 por iniciativa do governo federal com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Básica através de incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, condicionado à pactuação de compromissos e avaliação de indicadores firmados entre as equipes de Atenção Básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Em síntese, pode-se afirmar que estamos diante de um cenário em que, primeiro, há baixa precisão na definição do que seja, de fato, promoção da saúde; segundo, há pouca clareza do que se espera que as equipes de atenção primária desenvolvam quanto à promoção da saúde; e, terceiro, são escassas as iniciativas de avaliação sobre o que se pensa e o que se faz em Atenção Primária à Saúde no que se refere à promoção da saúde.

Nesse cenário, a análise dos resultados do PMAQ-AB se constitui em uma grande oportunidade para problematizar e discutir as ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito das equipes de APS, ainda que o conjunto de variáveis disponíveis para análise não seja suficientemente abrangente para operacionalizar todos os aspectos de uma concepção ampliada de promoção da saúde. Assim, este estudo adotou como objetivos descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde que aderiram ao Programa no Brasil e cotejar as informações prestadas pelos profissionais de saúde com aquelas obtidas pelos entrevistadores através de comprovação documental.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal com dados secundários obtidos da base de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012).

População e amostra

Do total de municípios brasileiros, 3.935 (70,7%) aderiram ao PMAQ-AB. O número de equipes de Saúde da Família no Brasil era de 32.337, das quais 17.432 (53,9%) aderiram ao Programa no ano de 2012, com grande variação por estado: de 6,5% (Maranhão) a

79,5% (Santa Catarina) (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Neste estudo, foram utilizadas informações da base de dados do Ministério da Saúde referentes a 17.202 equipes de Saúde da Família. Dentre estas, cerca de 70% eram equipes de Saúde da Família com saúde bucal, 26%, equipes sem saúde bucal, e menos de 4% equipes de Atenção Básica parametrizadas ou de outro tipo.

Descrição das variáveis

As variáveis escolhidas para análise neste estudo fazem parte do módulo II do instrumento do PMAQ-AB (entrevista estruturada com profissional de nível superior das equipes de Saúde da Família) e foram

extraídas dos subitens ‘Promoção da Saúde’ e ‘Programa Saúde na Escola’. Foram selecionadas apenas as ações relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, excluindo-se aquelas relacionadas especificamente a doenças transmissíveis. No *quadro 1* estão listadas as variáveis que correspondem à realização das ações segundo informação dos profissionais.

Foram criadas três novas variáveis: a primeira, nomeada como ‘dcnt_geral’, representa a realização de pelo menos uma entre o conjunto de nove ações de promoção da saúde selecionadas (variáveis 1 a 9 do *quadro 1*); a segunda, nomeada ‘dcnt_escola’, corresponde à realização pela equipe de atividades nas escolas; a terceira, ‘dcnt_avalia’, corresponde

Quadro 1. Variáveis relacionadas às ações promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, extraídas do instrumento do PMAQ-AB

Nome da variável	Pergunta do instrumento PMAQ-AB
Ações direcionadas para mulheres	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres (câncer do colo de útero e de mama)?
Ações direcionadas para homens	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para homens?
Ações direcionadas para idosos	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para idosos?
Ações direcionadas para alimentação saudável	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para alimentação saudável?
Ações direcionadas para prevenção e tratamento da HAS	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS)?
Ações direcionadas para prevenção e tratamento de DM	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para prevenção e tratamento de <i>Diabetes mellitus</i> (DM)?
Ações de apoio ao autocuidado para DCNT	A equipe realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)?
Ações de incentivo a práticas corporais	A equipe incentiva e desenvolve na UBS ou no território práticas corporais?
Ações de incentivo a atividades físicas	A equipe incentiva e desenvolve na UBS ou no território atividade física?
Atividades na escola	A equipe realiza atividades na escola?
Deteção precoce HAS na escola	A equipe realiza atividades de detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS) nas escolas?
Avaliação antropométrica	A equipe realiza atividades de avaliação antropométrica nas escolas?
Avaliação nutricional	A equipe realiza atividades de avaliação nutricional nas escolas?

Fonte: Elaboração própria

à realização pela equipe de, pelo menos, uma das ações de avaliação de condições clínicas nas escolas, dentre elas: detecção de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), avaliação antropométrica e avaliação nutricional.

Foram, também, selecionadas do instrumento do PMAQ-AB algumas variáveis de confirmação documental das ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de Saúde da Família (*quadro 2*). De acordo com o instrumento de avaliação externa utilizado pelos pesquisadores na coleta dos dados, nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado indicava no referido documento os elementos que comprovavam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação. A variável 'dcnt_geral_conf' corresponde à existência de confirmação documental de, pelo menos, uma das atividades de promoção da saúde listadas no Bloco 'promoção da saúde' do instrumento do PMAQ-AB; a variável 'dcnt_escola_conf' corresponde à confirmação, através de documento, de atividades de promoção da saúde na escola (sem especificação); e a variável 'dcnt_atividade_conf' corresponde à confirmação de, pelo menos, uma dentre as três atividades do bloco que contemplava detecção precoce de HAS, avaliação antropométrica e avaliação nutricional nas escolas.

Todas as variáveis deste estudo são dicotômicas, assumindo valores de 0 (não) e 1 (sim).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e recebeu o Parecer de nº 021-12.

Processamento e análise dos dados

Foi calculado o número e percentual de equipes que realizavam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo o tipo de ação realizada e segundo o número de ações realizadas, calculando-se, neste último caso, a média e a mediana. Foi também estimado o número e percentual de equipes que comprovaram a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT do total de equipes que compuseram o universo do estudo. Para verificar a consistência ou discrepância entre as duas fontes de informação (entrevista e documento) foram estimados coeficientes de correlação (R) e coeficientes de determinação (R²), calculando-se o percentual do que foi confirmado (documento) em relação ao que foi realizado (entrevista). Os dados e as análises estatísticas foram gerados no *Stata*® v.10 e exportados para o *Excel*® para produção dos gráficos e tabelas. Todos os dados foram analisados por unidades da federação e região do país.

Quadro 2. Variáveis de confirmação documental das ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de Saúde da Família

Nome da variável	Pergunta do instrumento PMAQ-AB
dcnt_geral_conf	Existe documento que comprove que a equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde? - refere-se a 15 atividades, entre as quais: ações direcionadas às mulheres, homens, idosos, alimentação, HAS, DM e autocuidado.
dcnt_escola_conf	Existe documento que comprove que a equipe realiza atividades na escola? A equipe possui registro de atividades realizadas na escola?
dcnt_atividade_conf	Existe documento que comprove quais atividades de avaliação clínica a equipe realiza? - refere-se a três atividades, entre as quais detecção precoce de HAS, avaliação antropométrica e avaliação nutricional.

Fonte: Elaboração própria

Resultados

No Brasil, mais de 70% das equipes referiram realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônicas dirigidas a mulheres (82,1%), homens (87,4%), diabetes (89,5%), autocuidado (89,6%), alimentação (71,7%), hipertensão (74,6%) e atividades nas escolas (75,3%); mais de 60% (61,0%) realizavam ações dirigidas ao incentivo a atividades físicas; e menos de 50% realizavam ações dirigidas aos idosos (36,5%), práticas corporais (42,7%), detecção precoce de HAS nas escolas (75,3%), e avaliação antropométrica (26,2%) e nutricional (21,4%) nas escolas (tabela 1).

Analisando-se os percentuais por regiões, percentuais de equipes acima de 70% foram observados, em todas as regiões, para

as atividades dirigidas às mulheres, homens, alimentação, hipertensão, diabetes e atividades nas escolas, exceto na região Sudeste para as atividades dirigidas à alimentação (65,1%) e atividades realizadas na escola (69,4%). As demais ações apresentaram, em geral, percentuais abaixo de 50%: ações dirigidas aos idosos (inferiores a 40%), práticas corporais (inferiores a 40%, exceto Sudeste com 53,4%), detecção precoce de HAS nas escolas (36,7% a 55,6%) e avaliação antropométrica e nutricional nas escolas (inferiores a 30%) (tabela 1).

Em relação ao número de ações realizadas, 1,9% das equipes informaram que não realizavam nenhuma das atividades selecionadas (1,3% no Norte e Nordeste, 2,7% no Sudeste e 1,6% no Sul e Centro-Oeste) e 4,7%

Tabela 1. Número e percentual de equipes de Atenção Básica que realizavam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo tipo de ação e região, Brasil, 2012

Tipo de ações	Brasil		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	n	%	%	%	%	%	%
Direcionadas para Mulheres	14.117	82,1	89,7	88,3	76,3	80,5	82,2
Direcionadas para Homens	15.030	87,4	92,2	91,9	82,9	86,1	89,8
Direcionadas para Idosos	6.269	36,5	39,9	34,3	37,2	37,4	37,2
Direcionadas para Alimentação	12.339	71,7	82,4	76,4	65,1	72,1	76,9
Prevenção e tratamento de HAS*	12.833	74,6	75,5	78,9	70,8	74,8	74,6
Prevenção e tratamento de DM**	15.384	89,5	91,1	90,5	88,0	88,9	92,6
Apoio ao Autocuidado para DCNT***	15.401	89,6	92,1	90,1	88,2	89,6	92,1
Incentivo a Práticas Corporais	7.339	42,7	30,1	33,2	53,4	43,0	37,6
Incentivo a Atividades Físicas	10.500	61,0	46,5	51,1	72,6	60,6	57,0
Atividades na Escola	12.940	75,3	81,1	79,8	69,4	76,7	78,6
Detecção precoce de HAS nas escolas	7.860	45,7	52,6	55,6	36,7	43,4	49,1
Avaliação Antropométrica nas escolas	4.501	26,2	27,2	30,2	22,1	28,3	23,8
Avaliação Nutricional nas escolas	3.677	21,4	19,1	25,4	17,6	22,6	22,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

*HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

**DM - Diabetes Mellitus

***DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

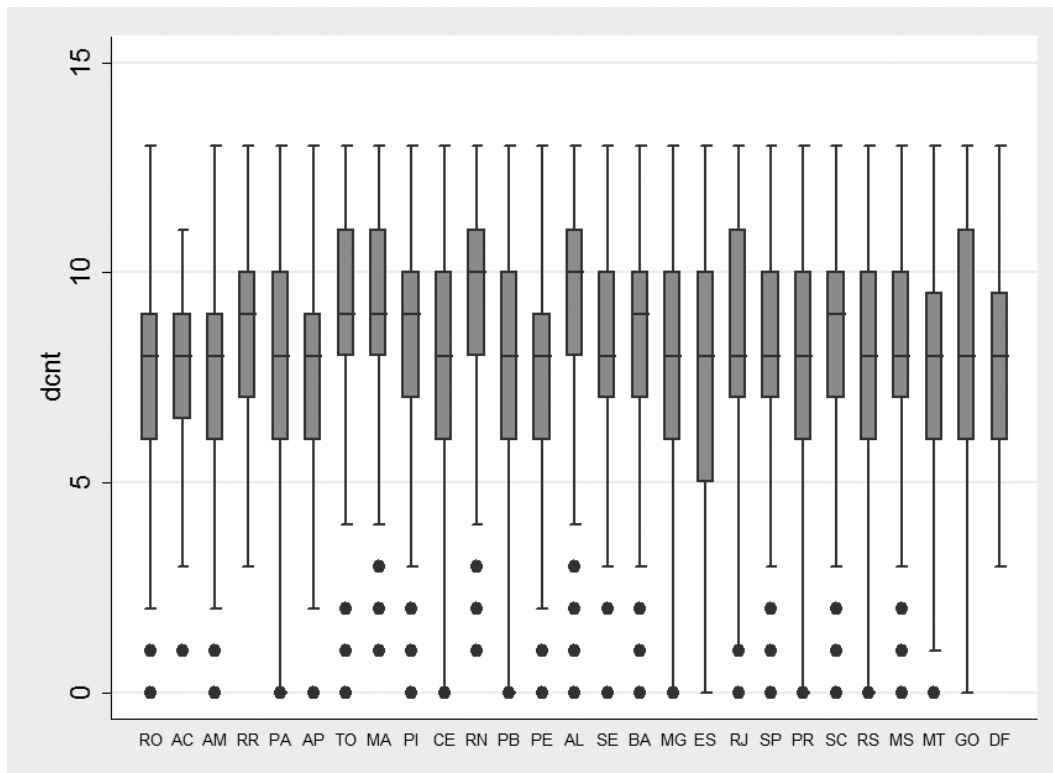
realizavam todas as treze ações. A média e a mediana para o Brasil foram de oito ações por equipe, com pouca variação entre as regiões (médias de 8,2 no Norte e Nordeste, 7,8 no Sudeste, 8,0 no Sul e 8,1 no Centro-Oeste) e os estados (média variando de 7,4 a 9,3 e mediana de oito a dez ações). Chama a atenção o fato de o Acre ter sido o estado a apresentar o menor percentual de equipes que realizaram de dez a treze ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (15,6%) (tabela 2, gráfico 1).

Analisando-se as ações categorizadas em grupos, para permitir cotejar com as informações acerca de confirmação documental das ações realizadas, observa-se que, para o país como um todo, 96,0% das equipes referiram que realizavam pelo menos uma ação (conjunto de nove ações) de promoção da

saúde ou prevenção de doenças crônicas (dcnt_geral), variando de 90,9% (Mato Grosso) a 100,0% (Roraima, Rio Grande do Norte e Distrito Federal). Entretanto, apenas 16,1% apresentaram documento que comprovava tal realização, percentual que foi inferior a 10% das equipes em oito unidades federadas: Acre (0%), Amapá (2,0%), Mato Grosso do Sul (3,8%), Rondônia (4,1%), Amazonas (7,5%), Pará (7,6%), Mato Grosso (8,2%) e Bahia (9,7%) (gráfico 2).

Em relação ao conjunto de ações nas escolas, 75,3% das equipes referiram realizar alguma dessas atividades, percentual que foi inferior em apenas seis unidades federadas (Pará, Amapá, Pernambuco, Minas Gerais, São Paulo e Distrito Federal). Para essas ações, o percentual nacional confirmado de realização por meio de documento foi

Gráfico 1. Box plots da distribuição das equipes de Atenção Básica segundo número de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT e por unidade federada. Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

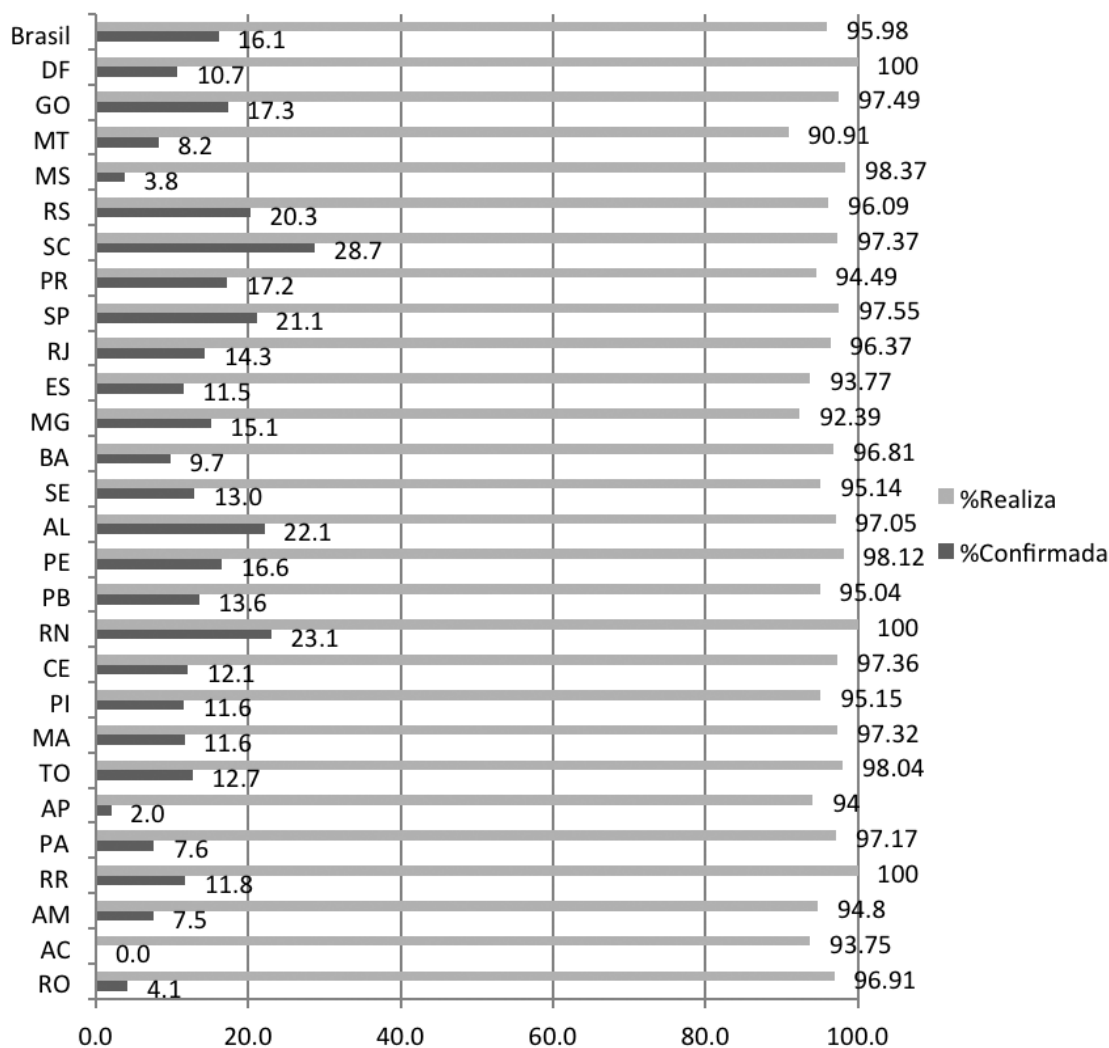
Tabela 2. Percentual* de equipes que realizavam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo número de ações, Unidades Federadas e regiões, Brasil, 2012

UF/Região	Quantidade de Ações em DCNT				Número de Equipes Participantes do PMAQ-AB
	0	1 a 5	6 a 9	10 a 13	n
RO	1,0	10,3	65,0	23,8	97
AC	0,0	12,4	71,9	15,6	32
AM	1,2	12,1	61,8	24,9	173
RR	0,0	11,7	50,0	38,2	34
PA	2,0	17,0	52,8	28,0	353
AP	4,0	10,0	64,0	22,0	50
TO	0,3	5,3	46,0	48,4	298
Região Norte	1,3	11,6	54,6	32,6	1.037
MA	0,0	6,3	45,9	47,7	111
PI	2,4	10,6	53,6	33,4	371
CE	0,7	18,6	53,2	27,6	910
RN	0,0	4,8	39,1	56,1	412
PB	2,7	16,1	52,9	28,1	624
PE	0,7	15,5	61,2	22,8	1.009
AL	2,1	6,2	39,9	51,9	339
SE	2,8	13,0	51,1	33,1	247
BA	1,4	11,9	50,2	36,6	1.532
Região Nordeste	1,3	13,0	51,7	33,9	5.555
MG	4,4	19,4	48,5	27,7	2.916
ES	2,2	24,2	46,0	27,5	321
RJ	1,2	15,2	48,2	35,2	1.047
SP	1,4	15,1	54,6	29,0	2.285
Região Sudeste	2,7	17,5	50,5	29,4	6.569
PR	2,2	21,8	43,6	32,2	998
SC	1,0	14,9	45,0	39,2	1.103
RS	1,6	16,6	49,4	32,2	818
Região Sul	1,6	17,8	45,8	34,9	2.919
MS	0,5	7,7	61,4	30,5	184
MT	4,5	15,4	54,9	25,0	220
GO	1,0	16,0	46,2	36,7	673
DF	0,0	21,4	53,5	25,0	28
Região Centro Oeste	1,6	14,7	50,7	33,1	1.105
Brasil	1,9	15,6	50,4	32,1	17.185

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

* As proporções foram calculadas do total por estado e somam 100%

Gráfico 2. Percentual de equipes que referiram (% 'realiza') e que comprovaram com documentos (% 'confirmada') a realização de pelo menos uma ação de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (dcnt_geral), segundo unidade da federação, Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

de 53,9%, bem maior que as ações do grupo anterior, e variou de 22,0% (Amapá) a 69,8% (Ceará) (gráfico 3).

Observou-se uma relação direta (positiva) entre os percentuais relacionados à referência de realização de ações por profissionais nas escolas – de detecção de HAS e avaliação antropométrica e nutricional (dcnt_aval) – e respectivas confirmações, através de documentação. Para o Brasil, o valor do

coeficiente de correlação (R) foi igual a 0,57, que indica uma forte correlação entre ações realizadas e confirmação das ações. Além disso, para essa correlação, obteve-se um coeficiente de determinação (R^2) = 32,0%, ou seja, 32% da variação no percentual de realização das ações é explicado pela confirmação de tais ações. Para o país, o percentual de realização de ações confirmadas através de documentação alcançou 53,9%. Embora

com a mesma relação positiva entre realiza e confirma, a correlação entre os dois valores variou entre as regiões. No Centro-Oeste, que teve a menor proporção de confirmado (46,2%), ocorreu maior homogeneidade entre os valores de realiza e confirma (maior $R^2=0,979$); o Nordeste teve a maior proporção de confirma (58,3%), mas o menor valor de R^2 (0,381), isto é, com maior dispersão (ou menor homogeneidade). Situação semelhante ao Nordeste se observou para a região Norte. As regiões Sul e Sudeste apresentaram coeficientes de determinação elevados. Ressalvado o fato que há diferenças no número de valores em cada série por região, menor homogeneidade entre os valores indica maior variação na qualidade do registro em relação ao que é efetivamente realizado.

Analisando-se, especificamente, ações realizadas nas escolas para detecção precoce de HAS, avaliação antropométrica e avaliação nutricional, que compreendem avaliações de caráter clínico, o percentual de equipes que referiram realizar pelo menos uma dessas ações, no Brasil, caiu para 49,1%, sendo menor em São Paulo (30,6%), Distrito Federal (32,1%), Pernambuco (37,1%), Rondônia (40,2%), Minas Gerais (43,1%), Paraná (45,3%), Pará (47,3%) e Rio Grande do Sul (48,3%). Chama a atenção o fato que

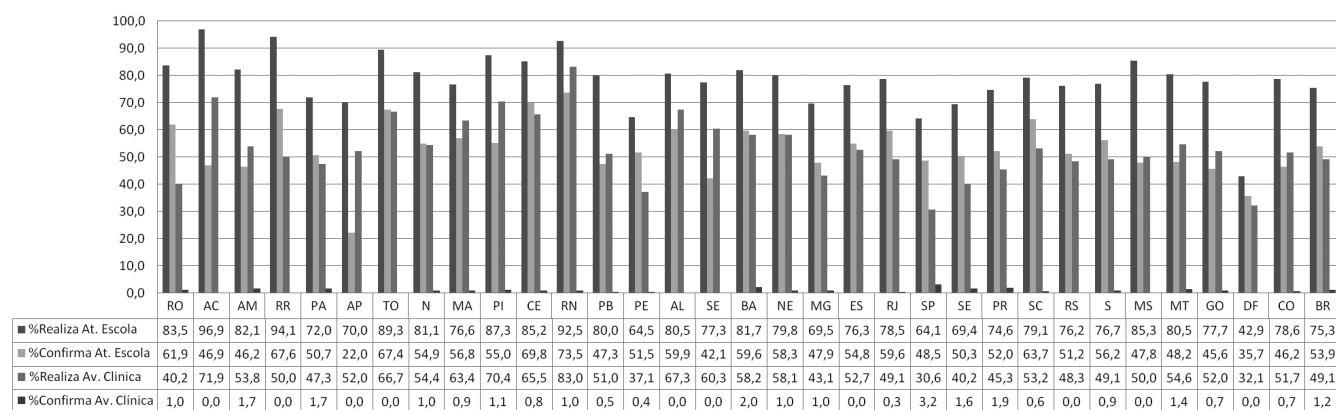
apenas 1,2% das equipes do país e nenhuma equipe em dez unidades federadas apresentou documento de comprovação da realização dessas ações (gráfico 3).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país. Embora tenha havido menção da realização de ações de promoção da saúde voltadas para mulheres, homens, alimentação, hipertensão, diabetes e autocuidado em frequências acima de 70%, os valores percentuais das taxas de comprovação (ao menos um documento comprobatório) foram muito baixos. Diferenças estaduais e regionais existiram, mas não foram tão expressivas quanto se poderia supor, face aos indicadores de desigualdades existentes no país.

Considerando-se que estamos tratando de equipes e municípios que manifestaram explicitamente adesão ao PMAQ-AB e, portanto, se submeteram voluntariamente a um processo avaliativo com o intuito de receber incentivos financeiros adicionais, o cenário em relação ao universo das equipes de APS

Gráfico 3. Percentual de equipes que referiram e comprovaram a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nas escolas e de ações clínicas nas escolas (detecção de HAS ou avaliação antropométrica ou nutricional), segundo unidade federada e regiões, Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

no país deve ser, muito provavelmente, pior do que o que se apresentou nesta análise.

Chama a atenção, especialmente, a escassez de ações específicas dirigidas aos idosos e à detecção de problemas entre escolares. Ambos, grupos de grande interesse em relação às doenças crônicas não transmissíveis: de um lado, pela vulnerabilidade biológica e social (idoso), de outro, pela oportunidade perdida de uma intervenção precoce entre crianças e jovens, grupos que vêm apresentando, nos últimos anos, expressivo aumento de indicadores de obesidade e inatividade física (GUEDES ET AL., 2011).

O cotejamento dos nossos resultados com o de outros países é limitado, uma vez que os estudos comparáveis são escassos na literatura internacional. Uma pesquisa que objetivou descrever atividades comunitárias de promoção da saúde na atenção primária em comunidades autônomas na Espanha observou que mais da metade das equipes investigadas desenvolvia atividades comunitárias, e que 80% destas implementava ações intersectoriais (MARCH ET AL., 2014). Neste estudo, não foi possível averiguar tais aspectos, mas, pelos resultados aqui encontrados, tudo leva a crer que estamos distantes da situação observada naquele país, cujo processo de reforma da APS se encontra bem consolidado.

É fato que a ESF representa uma inovação mundial em termos de política universal de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, para que a APS maximize sua contribuição para a prevenção e controle de doenças crônicas, uma série de condições é imprescindível, dentre as quais uma forte atuação nos territórios e entre as populações saudáveis ou de não-doentes. A prevenção primária dos fatores de risco, através da promoção da atividade física, desencorajamento do tabagismo, estímulo a práticas de alimentação saudáveis, dentre outras mudanças em fatores comportamentais, exige um compromisso sustentado ao longo do tempo e baseia-se em escolhas individuais que são determinadas pela organização social, como

a disponibilidade de alimentos saudáveis, a existência de locais para realizar atividades físicas, o preço e disponibilidade de cigarros etc. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Há, contudo, evidências de que o contato regular com um prestador de serviços de APS está associado com o aumento do compromisso dos indivíduos de aderir a planos de mudança de comportamento (COLEMAN ET AL., 2009; FORREST ET AL., 2002). Nesse sentido, parece-nos pertinente a recomendação de Poland, Frohlich e Cargo (2008) de que as intervenções de promoção da saúde assumam como objetivo uma mudança no estilo de vida coletivo, cujas ações devem ser direcionadas mais para os contextos ou *settings*, como nas escolas e comunidades em que os indivíduos se situam.

Atividades com escolares foram referidas por 75% das equipes no Brasil. Entretanto, ações específicas de detecção precoce de hipertensão ou atividades como avaliação antropométrica e nutricional foram informadas por poucas equipes e comprovadas por quase nenhuma delas. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluem educador físico e nutricionista, foram incorporados desde 2008 à APS (BRASIL, 2008) e deveriam oferecer um suporte especial às equipes na promoção de práticas de alimentação saudável e atividade física.

É possível que alguns dos problemas observados estejam relacionados às imperfeições do instrumento utilizado na captura das informações desejadas. É possível, também, que a discrepância verificada entre as ações de promoção da saúde informadas e comprovadas pelas equipes respondentes indique um problema meramente de insuficiência de instrumentos ou formas de registro. Mas, ainda assim, traduz a baixa institucionalização de ações de promoção da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Ressalve-se o fato de que, nas análises de correlação, foram observadas diferenças no número de valores em cada série por região, com menor homogeneidade nas regiões Norte e Nordeste, sendo lícito

supor que nessas regiões havia maior inconsistência na informação sobre ações realizadas, talvez, em consequência de maior deficiência nos registros.

O instrumento aplicado apresenta alguns limites quanto à sua validade interna (validade de construto) na medida em que as perguntas não caracterizam nem discriminam as práticas de promoção. Ressalta-se, ainda, o fato de que no bloco de promoção à saúde, não existem questões específicas sobre intersetorialidade. A temática da ação intersetorial é abordada de maneira bastante superficial em um tópico que trata de questões referentes à reunião da equipe de Atenção Básica, sem nenhuma informação mais consistentes sobre a natureza da ação realizada. Ademais, ainda que cada instituição de pesquisa tenha produzido seu protocolo para calibrar os procedimentos de coleta dos dados nos estados sob sua responsabilidade, o treinamento dos entrevistadores e o controle do trabalho de campo não foram objeto de uma padronização sistemática entre as distintas instituições que realizaram a avaliação externa, o que pode comprometer a confiabilidade dos instrumentos de investigação, sobretudo em questões onde não há formulações consensualmente aceitas, como é o caso da promoção da saúde.

Finalmente, há que considerar que o PMAQ-AB é um projeto bastante ambicioso de iniciativa nacional que alia incentivos financeiros e avaliação de processos locais, o que significa por em operação uma logística complexa com toda uma rede de relações que extrapolam, inclusive, a dimensão técnica de uma mensuração de qualidade do trabalho das equipes de APS. Como experiência de avaliação, o PMAQ-AB inaugurou seu primeiro ciclo. Sendo assim, espera-se que a análise cuidadosa dessa primeira investida, inclusive o mergulho analítico e crítico nos dados produzidos, sirva para melhorar investigações posteriores e, especialmente, a qualidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Conclusões

Os resultados deste estudo demonstraram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país. Isto, por si só, é suficiente para colocar como necessidade premente a adoção de medidas, pelos gestores, que visem a alterar essa realidade, ademais do estímulo, pelos organismos financiadores, a processos investigativos que explorem as razões pelas quais ainda estejamos neste patamar, depois de quase 25 anos de SUS, quase 20 anos de implantação do Programa Saúde da Família / Estratégia Saúde da Família e sete anos de publicação oficial de uma política nacional de Promoção da Saúde.

Este artigo objetivou descrever as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família utilizando como fonte os dados produzidos pelo PMAQ-AB. Nesse sentido, a caracterização quanto à natureza de tais práticas está limitada pelas informações disponíveis no próprio instrumento que, como comentado anteriormente, não explorou questões relativas às ações intersetoriais. Por outro lado, não foi temática específica deste estudo o controle social ou a participação comunitária, que podem estar relacionados à promoção da saúde (especialmente quando se trata do empoderamento dos sujeitos individuais e coletivos para definir questões relacionadas à sua própria saúde), mas que dizem, também, respeito a outros aspectos (relacionados à organização de serviços de saúde, prestação do cuidado ofertado etc.) que requerem um tratamento específico e que fogem ao escopo deste trabalho.

Apesar dos limites, esta avaliação externa apresentou um retrato do processo de trabalho de parcela importante das equipes de Saúde da Família existentes no país e pode ser um bom ponto de partida para análises posteriores. Este registro pode ser o início de um processo consistente de monitoramento

e avaliação da Atenção Básica e objeto de contínuo aperfeiçoamento metodológico, dados os desafios postos pela complexidade tecnológica da Atenção Primária à Saúde, o que exigirá dos interessados um debate permanente sobre o conteúdo e as formas de organização das práticas nesse âmbito do sistema de saúde brasileiro. ■

Referências

- AQUINO, R. *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 353-371.
- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, V. M. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p.893-932.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CINCURÁ, R. N. S. *Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil*. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- COLEMAN, K. *et al.* Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff*, Bethesda, v. 28, n. 1, p. 75-85, 2009.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- FORREST, C. B. *et al.* Managed care, primary care, and the patient-practitioner relationship. *J Gen Intern Med*, Alexandria, v. 17, n. 4, p. 270-277, 2002..

- GUEDES, D. P. *et al.* Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian schoolchildren from a developing region. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 30, n. 4, p. 295–302, 2011.
- LALONDE M. *A new perspective of health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: Mc-Graw-Hill Inc., 1976.
- MARCH, S. *et al.* ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit.*, Barcelona, v. 28, n. 4, p. 267–273, 2014..
- PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. p. 305-326.
- PINTO, H.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>>. Acesso em: 10 apr. 2014.
- POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (Org.). *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer, 2008. p. 299-317.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 287-302.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion*, Ottawa, 21 November 1986. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, sob processo nº 25.000.182672/2011-16.