

PRÁTICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE POR EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL- PMAQ-AB (2017-2018)

HEALTH PROMOTION PRACTICES BY PRIMARY CARE TEAMS IN BRAZIL - PMAQ-AB (2017-2018)

Isabel Cristina BENTO^{1*}  Milena Silva COSTA² 

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – Diamantina-MG, Brasil.

²Universidade Federal do Cariri, Faculdade de Medicina, Barbalha-CE, Brasil.

Autor Correspondente: evmepia@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se verificar a relação entre as ações de promoção da saúde na atenção básica, o oferecimento do serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), a utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde e os fatores sociodemográficos, bem como a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Estudo transversal, de abordagem quantitativa, com dados de acesso aberto com 38.865 equipes de atenção primária que aderiram ao 3º ciclo da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). As ações de promoção a saúde direcionadas ao apoio do autocuidado são as mais frequentes. Os municípios localizados na região Nordeste apresentaram as maiores proporções de oferta de ações de promoção à saúde e de utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira em comparação com as demais regiões. Além disso, municípios com maior porte populacional e desenvolvimento municipal moderado também se destacaram na oferta dessas ações. Maiores coberturas populacionais de ESF e atenção básica foram observadas em municípios com 100% de cobertura. As ações de promoção à saúde na atenção básica estão conectadas aos contextos sociodemográficos e à implementação da Estratégia Saúde da Família. Deve-se enfatizar a importância da avaliação contínua do PMAQ-AB como uma ferramenta valiosa para promover uma saúde mais abrangente e equitativa para a população brasileira.

Palavras-chave: atenção básica à saúde; promoção da saúde; estudos transversais.

ABSTRACT

The objective was to verify the relationship between health promotion actions in primary care, the provision of Integrative and Complementary Practices (PICs) services, the use of the Food Guide for the Brazilian Population by the Ministry of Health, and sociodemographic factors, as well as the coverage of the Family Health Strategy (ESF) in Brazil. This was a cross-sectional study with a quantitative approach, using open-access data from 38,865 primary care teams that participated in the 3rd cycle of the External Evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). Health promotion actions aimed at supporting self-care were the most frequent. Municipalities in the Northeast region had the highest proportions of health promotion actions and the use of the Food Guide for the Brazilian Population compared to other regions. Additionally, municipalities with larger populations and moderate municipal development also stood out in the provision of these actions. Higher ESF and primary care coverage rates were observed in municipalities with 100% coverage. Health promotion actions in primary care are linked to sociodemographic contexts and the implementation of the Family Health Strategy. The continuous evaluation of the PMAQ-AB should be emphasized as a valuable tool for promoting more comprehensive and equitable health for the Brazilian population.

Keywords: primary health care; health promotion; cross-sectional studies

Citar este artigo como:

BENTO, I. C.; COSTA, M. S. Práticas de promoção à saúde por Equipes de Atenção Básica no Brasil- PMAQ-AB (2017-2018). *Nutrivisa Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde*, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. e14686, 2025. DOI: 10.52521/nutrivisa.v12i1.14686. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/nutrivisa/article/view/14686>.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, de acordo com a Política Nacional de Promoção à Saúde, engloba estratégias que visam não apenas tratar doenças, mas também capacitar indivíduos e comunidades para assumirem um papel ativo na busca e manutenção da saúde. Essa abordagem se destaca pela ênfase na colaboração e cooperação entre diversos setores e no alinhamento de políticas e tecnologias já existentes, que tenham como objetivo a equidade, a melhoria da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018A).

No âmbito da atenção e do cuidado pela saúde, as ações de promoção da saúde são adotadas como estratégias fundamentais para manter o bem-estar. Elas consideram as particularidades e potencialidades de cada indivíduo e comunidade, permitindo a elaboração de planos terapêuticos e de vida personalizados. Além disso, essas ações são essenciais para a organização das práticas de saúde, que devem ser integradas, contínuas e adaptadas às realidades locais, promovendo a corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários (CARVALHO; AKERMAN; COHEN, 2023). A Atenção Básica à Saúde desempenha um papel central como alicerce para a implementação eficaz das ações de promoção da saúde. Destaca-se sua função na prevenção de doenças, na identificação precoce de condições de saúde e na gestão integrada de casos. Ao se posicionar como a porta de entrada no sistema de saúde, a Atenção Básica à Saúde se revela como o ponto estratégico para intervenções preventivas e para a promoção de hábitos saudáveis (HUPSEL, 2022).

Ao abordar as ações de promoção da saúde, é importante mencionar a Atenção Básica à Saúde como um ambiente propício para a implementação de práticas de cuidado, uma vez que ela reconhece a complexidade das necessidades de saúde e oferece estratégias que abordam as condições clínicas, os determinantes sociais e ambientais da saúde. Essa abordagem possibilita uma resposta mais eficiente e holística, alinhada com os princípios da promoção da saúde e capaz de atender às demandas variadas das comunidades assistidas (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

No contexto da Atenção Básica à Saúde, a implementação de ações de promoção da saúde ganha ainda mais relevância. A incorporação dessas ações nesse nível de cuidado está associada a diversos benefícios, incluindo a redução da morbidade e mortalidade por doenças crônicas, a melhoria da qualidade de vida e a otimização dos recursos destinados ao atendimento médico. Essa perspectiva destaca a necessidade de abordar não apenas iniciativas individuais, mas também os fatores contextuais e estruturais que impactam a saúde das populações atendidas (GUILHERME *et al.*, 2020; HUPSEL, 2022).

Ademais, é relevante ressaltar a importância de um olhar crítico sobre as práticas existentes, visando à melhoria constante e ao aprimoramento das ações de promoção da saúde. Isso implica o fortalecimento de políticas públicas, a capacitação e o apoio às equipes de Atenção Básica à Saúde, de modo a adotar abordagens mais eficazes e inovadoras. A incorporação de tecnologias sociais e a utilização de indicadores de desempenho podem contribuir para o monitoramento e a avaliação contínuos dessas ações (BODENHEIMER; CHRISTINE, 2014). Acredita-se que, ao considerar esses aspectos e ao aprofundar a análise das ações de promoção da saúde na Atenção Básica à Saúde, será possível avançar na melhoria do atendimento, buscando uma atenção mais humanizada, integral e alinhada às reais necessidades das comunidades, fortalecendo, assim, o papel estratégico das equipes de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a relação entre as ações de promoção da saúde na Atenção Básica, o oferecimento do serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), a utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde e os fatores sociodemográficos, bem como a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Por meio dessa análise, espera-se obter informações que possam subsidiar políticas de saúde e práticas de atendimento que promovam maior bem-estar e qualidade de vida para a população brasileira.

A escolha de trabalhar com dados sobre as PICs e o Guia Alimentar para a População Brasileira fundamenta-se em seu papel essencial na promoção da saúde na Atenção Básica. As PICs complementam os tratamentos convencionais, ampliando as possibilidades de

cuidado e prevenção de doenças. O Guia Alimentar, por sua vez, orienta práticas alimentares saudáveis, impactando diretamente a qualidade de vida e a prevenção de agravos nutricionais. Investigar a relação entre essas estratégias e os fatores sociodemográficos permite evidenciar sua relevância no contexto das políticas públicas e no fortalecimento do cuidado integral à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, fundamentado na análise de dados de acesso aberto, disponíveis no portal do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, referentes ao 3º ciclo da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), conduzido no período entre 2017 e 2019.

O PMAQ-AB foi uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, implementada em 2011, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e qualificar a Atenção Básica no país. O programa buscava incentivar as equipes de saúde a aprimorarem continuamente suas práticas por meio da avaliação de indicadores de desempenho, do monitoramento dos serviços oferecidos e da implementação de melhorias baseadas em padrões de qualidade previamente definidos. Além disso, buscava motivar os gestores e as equipes a aprimorarem a excelência dos serviços de saúde disponibilizados à população. Com esse propósito, são sugeridas diversas estratégias para qualificação, monitoramento e avaliação do desempenho das equipes de saúde (BRASIL, 2019).

A coleta de dados da avaliação externa ocorreu entre agosto e dezembro de 2017, assim como de maio a agosto de 2018, sendo realizada pelo DAB do Ministério da Saúde em colaboração com nove Instituições de Ensino e Pesquisa Brasileiras (BRASIL, 2018). Este processo envolveu 5.324 municípios, totalizando 30.346 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 38.865 Equipes de Atenção Básica (Eqs-AB) e 4.110 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs-AB), que aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB (BRASIL, 2019).

O instrumento de coleta de dados da avaliação do PMAQ-AB compreendeu quatro módulos: Módulo I - observação da Unidade Básica de Saúde (UBS);

Módulo II - entrevista com profissionais das Equipes de Atenção Básica; Módulo III - entrevistas com quatro usuários por equipe (dados não utilizados neste estudo); Módulo IV - entrevistas com profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2018B). A coleta de dados foi efetuada por meio de tablets com formulários eletrônicos, os quais transmitiam automaticamente as informações para um servidor central.

No presente estudo, os desfechos de interesse (variáveis dependentes) para responder o objetivo proposto foram as ações voltadas à promoção à saúde desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica à Saúde, bem como a oferta do serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e a utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, em que utilizou-se as seguintes perguntas do módulo II: 1) a equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde? ; 2) quais as ações de promoção à saúde são desenvolvidas?: 2.1- ações de apoio ao autocuidado; promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos ; 2.2- promoção do Desenvolvimento Sustentável; 2.3- mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade; 2.4- articulação intersetorial com outros serviços públicos; 2.5- organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território; 3) a equipe oferece o serviço de PICs para os usuários do território?; 4) a equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde? . Todas essas questões foram categorizadas como “não” e “sim”.

As variáveis independentes ou exploratórias foram: a região geopolítica, considerando os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); porte populacional, por habitantes no município no ano de 2017 (muito pequeno - até 10.000, pequeno - 10.001 a 30.000, médio - 30.001 a 100.000, grande - 100.001 a 300.000, muito grande - mais de 300.000)¹⁷; Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal do ano de 2016 (IFDM), que avalia o desenvolvimento municipal nas áreas de saúde, educação, emprego e renda, e foi classificado como baixo estágio de desenvolvimento (IFDM entre 0,0 e 0,4), desenvolvimento regular (IFDM entre 0,4 e 0,6), desenvolvimento moderado (IFDM entre 0,6 e

0,8), alto estágio de desenvolvimento (IFDM entre 0,8 e 1,0) (IFDM, 2016); cobertura populacional da ESF no ano de 2017 ($\leq 50\%$, 50,1 a 75,0%, 75,1 a 99,9%, 100%) (BRASIL, 2017B); cobertura populacional da Atenção Básica no ano de 2017 ($\leq 50\%$, 50,1 a 75,0%, 75,1 a 99,9%, 100%) (BRASIL, 2017B).

Os dados se encontravam em planilhas do Microsoft Office Excel® (MICROSOFT CORP, ESTADOS UNIDOS) e foram transferidos para o Software Stata® (StataCorp LLP, College Station, TX) versão 16.0, onde efetuou-se análises estatísticas. Foi realizada análise descritiva das variáveis incluídas no estudo.

Para análise da relação entre as variáveis independentes e o desfecho de interesse, utilizou-se a análise de regressão de Poisson com variância robusta e o p-valor foi obtido utilizando-se o teste de Wald. Essa técnica estatística é muito utilizada em estudos transversais, e fornece intervalos de confiança mais precisos e melhores estimativas para as variâncias dos coeficientes de regressão (ZOU, 2004).

Após a escolha das variáveis com p-valor $< 0,20$ na análise bivariada, foram ajustados dois modelos com entrada sequencial das variáveis para cada desfecho: modelo 1 (fatores sociodemográficos e o índice Firjan de desenvolvimento) e o modelo 2 (cobertura da ESF e a cobertura AB).

Uma vez que este estudo utilizou dados secundários de acesso livre e domínio público, não foi necessário registro ou aprovação em um Comitê de Ética e Pesquisa, estando em conformidade com a Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que, 98,8% (n=38.865) das Equipes de Atenção Básica à Saúde desenvolveram ações voltadas à promoção à saúde.

A tabela 1 apresenta a distribuição de frequência das equipes avaliadas segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Observou-se maior proporção de equipes provenientes região Nordeste. O maior grupo de equipes está relacionado aos municípios de porte pequeno, que provém de municípios com desenvolvimento moderado. A maior proporção de equipes está

em municípios com 100% de cobertura da ESF e com 100% de cobertura da Atenção Básica.

A Figura 1, mostra a Proporção de Equipes de Atenção Básica à Saúde que ofertaram ações de promoção da saúde, segundo eixos temáticos no Brasil. Observou-se maior proporção de ações de promoção à saúde direcionadas ao apoio ao autocuidado, seguida da utilização do Guia Alimentar para a população brasileira. Uma baixa proporção de ações é percebida no que se refere a oferta do serviço de PICs.

A Tabela 2 apresenta as Proporções e Razões de Prevalência ajustadas das Equipes de Atenção Básica que ofertaram ações educativas, Serviço de Práticas Integrativas e utilizaram o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Observou-se que os municípios localizados na região nordeste apresentaram maiores proporções de oferta de ações de promoção à saúde e utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira em comparação com as demais regiões. As equipes da região nordeste apresentaram probabilidades de oferecerem ações voltadas para promoção da cultura de Paz e dos Direitos Humanos, promoção do Desenvolvimento sustentável e mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade, articulação intersetorial com outros serviços públicos, organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território, sendo 19%, 24%, 11%, 12%, 17% e 23% maior, respectivamente, ao se comparar com a região norte. No entanto, oferecimento dos serviços de PICs foi 84% maior na região sudeste e 52% na região sul.

No que se refere ao porte populacional, os municípios de porte pequeno apresentaram maiores proporções de equipes que utilizaram o guia alimentar, com exceção das PICs, cuja proporção é maior em municípios de muito grande porte. Vale destacar que a probabilidade das equipes de atenção básica oferecerem o serviço de PICs foi 45% maior em municípios de grande porte e 2,16 vezes maior em municípios de muito grande porte se comparado aos municípios de muito pequeno porte.

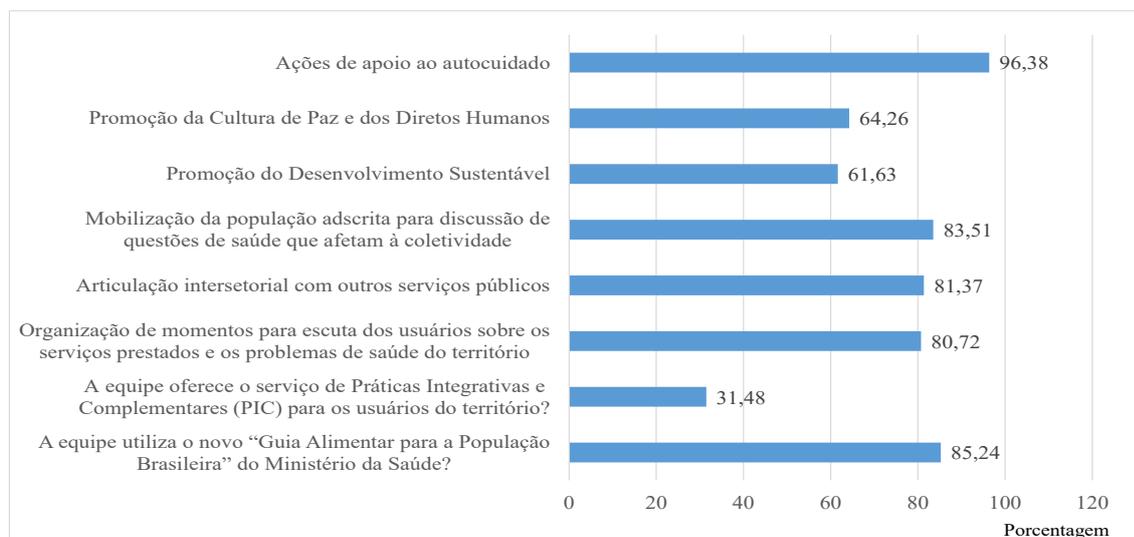
Quanto ao IFDM, notou-se maiores proporções das ações de promoção da saúde, oferecimento do serviço de PICs e utilização do guia alimentar em municípios com desenvolvimento moderado. A probabilidade das

Tabela 1 - Distribuição de frequência das equipes avaliadas segundo variáveis demográficas e de saúde, Brasil, 2017-2018

Variável	Categoria	n (%)
Região	Norte	3.218 (8,3)
	Nordeste	14.469 (37,4)
	Centro-Oeste	2.526 (6,5)
	Sudeste	12.856 (33,2)
	Sul	5.651 (14,6)
Porte Populacional	Muito Pequeno	5.322 (13,6)
	Pequeno	10.476 (26,8)
	Médio	9.111 (23,3)
	Grande	5.001 (12,8)
	Muito Grande	9.130 (23,5)
Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDH)	Baixo Estágio de Desenvolvimento	39 (0,1)
	Desenvolvimento Regular	7.177 (18,5)
	Desenvolvimento Moderado	24.296 (62,6)
	Alto Estágio de Desenvolvimento	7.327 (18,8)
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	≤ 50%	6.573 (16,8)
	50,1% a 75%	7.908 (20,2)
	75,1% a 99,9%	8.089 (20,7)
Cobertura da Atenção Básica	≤ 50%	2.574 (6,6)
	50,1% a 75%	8.563 (21,9)
	75,1% a 99,9%	9.351 (23,9)

Fonte: Brasil (2018)

Figura 1 - Proporção de Equipes de Atenção Básica que ofertaram ações de promoção da saúde, segundo eixos temáticos, Brasil (2017-2018)



Fonte: Brasil (2018)

Tabela 2 – Proporções e Razões de Prevalência ajustadas das Equipes de Atenção básica que ofertaram ações educativas Serviço de Prática Integrativas e utilizaram o Guia Alimentar para a População Brasileira - PMAQ- 3º ciclo, Brasil, 2017-2018

Variável	Ações de apoio ao autocuidado		Promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos		Promoção do Desenvolvimento Sustentável		Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade	
	%	RP (IC 95%)# Ajustada	%	RP (IC 95%)# Ajustada	%	RP (IC 95%)# Ajustada	%	RP (IC 95%)# Ajustada
Região Geográfica	<i>P < 0,001*</i>		<i>P < 0,001*</i>		<i>P < 0,001*</i>		<i>P < 0,001*</i>	
Norte	8,02	1,00	7,43	1,00	7,05	1,00	7,58	1,00
Nordeste	37,60	1,02 (1,01-1,03)	41,59	1,19 (1,15-1,23)	41,44	1,24 (1,20-1,29)	39,34	1,11 (1,09-1,13)
Centro-oeste	6,64	1,00 (0,99-1,02)	6,20	0,99 (0,95-1,04)	60,10	1,02 (0,97-1,07)	6,30	0,99 (0,97-1,03)
Sudeste	33,11	1,01 (1,00-1,02)	32,19	1,03 (0,99-1,07)	32,50	1,09 (1,05-1,14)	32,97	1,05 (1,02-1,07)
Sul	14,62	1,01 (1,00-1,02)	12,59	0,92 (0,86-0,96)	13,01	1,01 (0,97-1,05)	13,82	1,00 (0,98-1,03)
Porte Populacional (em habitantes)								
Muito pequeno	13,63	1,00	13,95	1,00	13,61	1,00	13,73	1,00
Pequeno	27,62	1,00 (0,99-1,01)	27,99	0,96 (0,94-0,99)	27,88	0,99 (0,96-1,02)	27,51	0,98 (0,97-0,99)
Médio	23,68	1,01 (1,00-1,02)	23,31	0,98 (0,96-1,01)	23,33	1,02 (0,99-1,05)	23,44	1,00 (0,99-1,02)
Grande	13,18	1,02 (1,01-1,03)	12,67	1,01 (0,98-1,05)	12,79	1,06 (1,02-1,10)	12,97	1,04 (1,01-1,06)
Muito grande	21,89	1,01 (0,99-1,02)	22,09	1,06 (1,03-1,10)	22,39	1,11 (1,07-1,15)	22,35	1,08 (1,06-1,11)
Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)								
Baixo estágio de desenvolvimento	0,15	-	0,12	1,00	0,16	-	0,15	-
Desenvolvimento regular	19,00	-	20,17	1,27 (0,98-1,64)	20,05	-	19,28	-
Desenvolvimento moderado	62,14	-	61,92	1,28 (0,99-1,65)	61,07	-	61,75	-
Alto estágio de desenvolvimento	18,71	-	17,79	1,29 (0,99-1,66)	18,73	-	18,82	-
Cobertura populacional da ESF ⁽¹⁾								
≤ 50%	16,10	1,00	15,66	1,00	15,99	1,00	15,74	1,00
50,1 a 75,0%	19,32	0,99 (0,98-1,00)	18,49	0,97 (0,93-1,00)	18,46	0,92 (0,89-0,95)	19,07	0,99 (0,98-1,02)
75,1 a 99,9%	20,57	0,99 (0,98-1,01)	19,27	0,98 (0,93-1,04)	19,21	0,91 (0,87-0,96)	20,20	1,00 (0,98-1,04)
100%;	44,01	0,99 (0,98-1,01)	46,58	1,09 (1,02-1,16)	46,34	1,02 (0,95-1,09)	45,00	1,02 (0,99-1,06)
Cobertura populacional da Atenção Básica								
≤ 50%	5,85	1,00	5,48	1,00	5,37	1,00	5,56	1,00
50,1 a 75,0%	21,00	1,01 (1,00-1,02)	20,99	1,13 (1,08-1,18)	21,19	1,19 (1,13-1,24)	20,95	1,07 (1,05-1,10)
75,1 a 99,9%	23,91	1,00 (0,98-1,02)	22,22	1,05 (0,99-1,11)	22,34	1,14 (1,07-1,21)	23,33	1,05 (1,02-1,09)
100%;	49,24	1,01 (0,99-1,03)	51,32	1,07 (0,99-1,15)	51,11	1,17 (1,08-1,25)	50,17	1,10 (1,05-1,14)

⁽¹⁾ESF: Estratégia de saúde da Família; * P: P-valor do Teste de Wald (P < 0,05); # RP: Razão de Prevalência; (Intervalo de Confiança de 95%) : Intervalo de confiança de 95%; modelo 1: região geográfica, porte populacional e IFDM (o mesmo para todos os desfechos) e modelo 2: cobertura da ESF e a cobertura AB

Fonte: Brasil (2018)

Tabela 2 – Proporções e Razões de Prevalência ajustadas de Equipes de Atenção básica que ofertaram ações educativas Serviço de Prática Integrativas e utilizaram o Guia Alimentar para a População Brasileira - PMAQ- 3º ciclo, Brasil, 2017-2018 - Continuação

Variável	Articulação intersetorial com outros serviços públicos		Organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território		A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para os usuários do território?		A equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde?	
	%	RP (IC 95%)# Ajustada	%	RP (IC 95%)# Ajustada	%	RP (IC 95%)# Ajustada	%	RP (IC 95%)# Ajustada
Região Geográfica	<i>P < 0,001*</i>		<i>P < 0,001*</i>		<i>P < 0,001*</i>		<i>P < 0,001*</i>	
Norte	7,35	1,00	7,16	1,00	3,66	1,00	6,60	1,00
Nordeste	38,54	1,12 (1,01-1,15)	39,53	1,17 (1,15-1,20)	34,95	1,98 (1,80-2,17)	37,88	1,23 (1,20-1,26)
Centro-oeste	6,40	1,02 (0,99-1,05)	6,06	1,02 (0,98-1,05)	4,53	1,12 (0,99-1,27)	6,72	1,18 (1,14-1,21)
Sudeste	33,06	1,07 (1,04-1,10)	33,08	1,10 (1,07-1,13)	42,29	1,84 (1,68-2,02)	34,58	1,22 (1,19-1,25)
Sul	14,65	1,06 (1,03-1,09)	17,17	1,08 (1,05-1,11)	14,27	1,52 (1,37-1,68)	14,22	1,12 (1,09-1,15)
Porte Populacional (em habitantes)								
Muito pequeno	14,10	1,00	13,50	1,00	10,60	1,00	13,55	1,00
Pequeno	27,72	0,97 (0,95-0,98)	27,35	0,99 (0,98-1,01)	19,24	0,92 (0,87-0,98)	27,12	1,00 (0,99-1,02)
Médio	23,68	0,97 (0,95-0,99)	23,38	1,03 (1,01-1,05)	19,06	1,07 (1,01-1,15)	23,52	1,02 (1,01-1,04)
Grande	13,04	0,97 (0,95-0,99)	13,08	1,08 (1,05-1,10)	14,19	1,45 (1,35-1,56)	13,38	1,07 (1,05-1,09)
Muito grande	21,46	0,95 (0,93-0,97)	22,70	1,14 (1,12-1,17)	36,92	2,16 (2,01-2,32)	22,43	1,07 (1,05-1,09)
Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)								
Baixo estágio de desenvolvimento	0,13	1,00	0,14	-	0,05	1,00	0,12	1,00
Desenvolvimento regular	18,90		19,17	-	10,88	1,43 (0,67-3,05)	17,54	1,07 (0,9-1,26)
Desenvolvimento moderado	61,90	1,13 (0,96-1,33)	61,53	-	59,30	2,10 (0,99-4,48)	62,68	1,18 (1,00-1,38)
Alto estágio de desenvolvimento	19,07	1,20 (1,02-1,42)	19,16	-	29,77	2,99 (1,40-6,37)	19,66	1,27 (1,08-1,49)
Cobertura populacional da ESF⁽¹⁾								
≤ 50%	15,50	1,00	15,75	1,00	22,13	1,00	15,58	1,00
50,1 a 75,0%	19,26	1,01 (0,98-1,03)	19,19	0,99 (0,97-1,01)	21,81	1,02 (0,97-1,08)	19,52	1,07 (1,05-1,09)
75,1 a 99,9%	20,25	0,99 (0,97-1,03)	20,02	0,98 (0,95-1,01)	19,87	1,17 (1,08-1,26)	20,60	1,10 (1,07-1,13)
100%;	44,99	1,03 (0,99-1,07)	45,03	1,04 (0,99-1,08)	36,20	1,21 (1,09-1,35)	44,30	1,16 (1,12-1,20)
Cobertura populacional da Atenção Básica								
≤ 50%	5,27	1,00	5,46	1,00	5,72	1,00	5,56	1,00
50,1 a 75,0%	21,00	1,11 (1,07-1,14)	21,02	1,09 (1,07-1,13)	29,48	1,35 (1,26-1,45)	20,92	1,01 (0,98-1,03)
75,1 a 99,9%	23,63	1,08 (1,04-1,12)	23,43	1,10 (1,06-1,14)	23,29	1,18 (1,08-1,30)	24,01	0,99 (0,96-1,02)
100%;	50,10	1,08 (1,03-1,13)	50,10	1,13 (1,08-1,18)	41,52	1,43 (1,27-1,60)	49,52	0,99 (0,96-1,03)

⁽¹⁾ESF: Estratégia de saúde da Família; * P: P-valor do Teste de Wald (P < 0,05); # RP: Razão de Prevalência; (Intervalo de Confinança de 95%): Intervalo de confiança de 95%; modelo 1: região geográfica, porte populacional e IFDM (o mesmo para todos os desfechos) e modelo 2: cobertura da ESF e a cobertura AB

Fonte: Brasil (2018)

equipes fazerem articulação intersetorial com outros serviços públicos foi 20% maior, e de oferecerem serviço de PICs foi 2,99 vezes maior em municípios em alto estágio de desenvolvimento, e 27% maior em municípios que utilizaram o guia alimentar, também em municípios em alto estágio de desenvolvimento.

Quanto à cobertura populacional da ESF, maiores proporções foram observadas em municípios com 100% de cobertura, que apresentaram uma probabilidade 21% maior no oferecimento de serviços de PICs e 16% maior na utilização do guia alimentar se comparado aos municípios com cobertura populacional da ESF menor ou igual a 50%.

Por fim, acerca da cobertura populacional de atenção básica maiores proporções foram verificadas em municípios que apresentavam 100% de cobertura. Sendo que, a promoção da cultura da paz, e a promoção do desenvolvimento sustentável foram, respectivamente, 13% e 19% maior em municípios com cobertura entre 50 a 75%. A mobilização da população adstrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade foi de 10% maior, a organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território 13% maior, e o oferecimento de serviços de PICs 43% maior em municípios com cobertura populacional da atenção básica de 100%. Chama atenção o fato de municípios com cobertura da atenção básica entre 50,1 a 75% terem apresentado probabilidade 11% maior no que se refere à articulação intersetorial com outros serviços públicos.

Diante dos achados deste estudo, percebeu-se que as ações de promoção à saúde direcionadas ao apoio do autocuidado são as mais frequentes. Essa constatação destaca a importância de capacitar as pessoas a serem protagonistas de sua própria saúde, promovendo a prevenção de doenças e incentivando hábitos saudáveis. As ações de apoio ao autocuidado fortalecem os processos educativos e contribuem para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, sendo aplicadas na atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2010).

A utilização do guia alimentar para a população brasileira, merece destaque, evidenciando a importância atribuída à alimentação como um pilar essencial para o bem-estar. Essa abordagem centrada na nutrição, específica para a realidade brasileira, reflete uma compreensão aprofundada das necessidades da

população, reconhecendo a significativa influência dos hábitos alimentares na saúde geral. O guia alimentar serve como um instrumento de educação nutricional e tem sido empregado na organização do cuidado para pessoas com sobrepeso, obesidade e diversas doenças crônicas não transmissíveis, sendo uma estratégia de cuidado que merece fortalecimento (GUILHERME *et al.*, 2020; BELO *et al.*, 2023).

A destacada presença de equipes de atenção básica na região nordeste pode ser explicada pela expansão dos serviços de Atenção Básica à Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e pela melhoria dos serviços de atenção à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; FIORATI *et al.*, 2018). Entende-se que a priorização de ações voltadas à promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, indica uma abordagem inclusiva para enfrentar desigualdades sociais. Além disso, percebe-se a preocupação com a interdependência entre saúde e meio ambiente, evidenciada pelo foco no desenvolvimento sustentável (CARVALHO; AKERMAN; COHEN, 2023).

A mobilização ativa da população em discussões sobre questões de saúde destaca uma participação comunitária enraizada em tradições locais. A articulação intersetorial e a organização de momentos para a escuta dos usuários refletem uma abordagem integrada e centrada no paciente, promovendo uma relação colaborativa entre profissionais de saúde e a comunidade (BODENHEIMER; CHRISTINE, 2014).

É plausível inferir que a maior oferta de serviços de práticas integrativas complementares nas regiões sudeste e sul possa estar relacionada ao maior desenvolvimento econômico e estrutural dessas áreas. Em regiões mais desenvolvidas, é frequente encontrar mais recursos financeiros e uma infraestrutura de saúde mais robusta, o que poderia viabilizar a implementação e manutenção desses serviços (ROCHA; ANDREASSI, 2020).

O desenvolvimento socioeconômico dessas regiões também pode ter influenciado a maior abertura e/ou disposição da população e dos profissionais de saúde, promovendo uma maior receptividade e interesse em abordagens de cuidado mais abrangentes, como as PICs. Ademais, em contextos mais desenvolvidos, a diversificação de opções terapêuticas pode ser vista como um componente importante para a

promoção do bem-estar e da saúde integral (ROCHA; ANDREASSI, 2020).

A concentração de serviços de PICs em municípios de grande porte, com IFDM moderado a alto, cobertura de 100% da ESF e Atenção Básica à Saúde poderia ser explicada pela presença de recursos, tanto financeiros quanto estruturais. Essa disponibilidade pode estar associada a uma maior sensibilização da população e a políticas públicas que priorizam a diversificação e acessibilidade dos serviços de saúde. Os serviços de PICs demandam profissionais qualificados e um "sistema de monitoramento e avaliação do serviço, educação permanente", bem como "recursos humanos e maior investimento em mecanismos de financiamento" (Rocha *et al.*, 2023, p.121), o que também justifica a necessidade de condições favoráveis no município para sua implementação.

Por outro lado, os municípios de pequeno porte, e aqueles de desenvolvimento moderado apresentaram maiores proporções de equipes que utilizaram o Guia Alimentar para a População Brasileira. Municípios com alto estágio de desenvolvimento também apresentaram maiores proporções de utilização do guia alimentar pelas equipes, além de evidenciarem uma maior articulação intersetorial com outros serviços públicos em comparação com municípios de muito pequeno porte. Essas descobertas ressaltam a importância de considerar o contexto local, o tamanho e o estágio de desenvolvimento dos municípios ao implementar estratégias relacionadas à promoção da alimentação saudável, frequentemente associadas a doenças crônicas não transmissíveis (LIMA, 2023).

É importante destacar que, para expandir a adoção do Guia em municípios com menor adesão, desenvolver estratégias que consideram as particularidades de cada localidade, como o fortalecimento das políticas públicas locais, a capacitação contínua dos profissionais de saúde e o incentivo à integração das práticas recomendadas no cotidiano das equipes de saúde. Além disso, é primordial promover a sensibilização das gestões municipais sobre a relevância de implementar políticas de saúde alimentares, visando não apenas a educação nutricional, mas também a inclusão de recursos adequados para a implementação das recomendações do Guia.

Observou-se que, os municípios com 100% de cobertura da ESF apresentaram maior probabilidade

de oferecer PICs e de as equipes utilizarem o Guia Alimentar para a População Brasileira. Esses achados sugerem que a ESF desempenha um papel crucial na oferta de serviços alinhados às necessidades específicas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É plausível que as ações mais prevalentes estejam ligadas às demandas e particularidades da população de cada localidade, evidenciando a capacidade do modelo em se adaptar e atender efetivamente às necessidades locais. Essa flexibilidade e adaptabilidade da ESF reforçam sua importância como modelo preponderante de atenção básica no SUS, contribuindo para resultados bem-sucedidos ao longo do tempo (MORAES; CORVINO; MORAES, 2023). Segundo Giovanella *et al.* (2021), a ESF tem se destacado no SUS devido à sua abordagem comunitária e ênfase na equidade.

Já os municípios que apresentavam 100% de cobertura populacional de atenção básica registraram maiores proporções de ações de mobilização da população local para discussões de questões de saúde que afetam à coletividade, bem como a organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território.

Este achado pode ser explicado pelo fato dos municípios com 100% de cobertura populacional, possivelmente, disporem de mais recursos e uma infraestrutura mais robusta. Além disso, pode indicar que a equipe de atenção básica planeja e implementa abordagens que vão de encontro às necessidades da população adstrita (GONZAGA, 2021).

A realização de momentos para escuta dos usuários e a discussão de problemas de saúde do território em municípios com 100% de cobertura indicam um compromisso com a transparência e responsabilidade na atenção básica a saúde. Esse engajamento ativo da população na avaliação e no aprimoramento dos serviços reflete uma abordagem centrada no usuário, considerando suas necessidades e promovendo uma gestão mais participativa, o que pode resultar em maior adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2021).

Um aspecto relevante é o fato de que municípios com cobertura da Atenção Básica à Saúde entre 50,1% e 75% apresentaram uma probabilidade 11% maior de articulação intersetorial com outros serviços públicos. Isso pode indicar que, nesses municípios, a atenção está mais voltada para as demandas internas do sistema de saúde, com recursos concentrados na

expansão e melhoria dos serviços locais. A incorporação da intersectorialidade permite a articulação de diferentes saberes, promove a integração de especialistas, enriquece a tomada de decisões e fortalece a colaboração entre diversos setores. Assim, a ausência de articulação intersectorial nesses municípios pode revelar uma lacuna que requer maior aplicação dessa abordagem (NASCIMENTO, 2010).

O presente estudo possui algumas limitações a serem consideradas. Uma delas é a natureza transversal do estudo, que impede o estabelecimento de uma relação temporal entre as variáveis. Para superar essa limitação, seria recomendável a realização de estudos longitudinais, que permitissem observar as mudanças ao longo do tempo e identificar possíveis relações causais entre as variáveis analisadas.

Outra limitação relevante é a possível influência de um viés de seleção, uma vez que a participação das equipes no PMAQ é uma decisão voluntária (NEVES *et al.*, 2021). Para minimizar esse viés, seria importante considerar a inclusão de amostras mais representativas de equipes de diferentes contextos, tanto no que se refere à participação no PMAQ quanto à variedade de características das equipes e dos municípios.

Por outro lado, o estudo tem aspectos positivos a serem destacados, como a abrangência nacional dos dados, a condução do estudo por instituições de ensino renomadas, o uso de instrumentos padronizados e entrevistadores devidamente treinados (TOMASI *et al.*, 2017). Ademais, a avaliação do PMAQ-AB contribuiu para elevar a qualidade da atenção fornecida pelas equipes (BRASIL, 2018), representando um benefício significativo para a saúde da população. Dessa forma, a continuidade do programa necessita ser apoiada, e pesquisas com os dados de seus ciclos I, II e III realizadas (NEVES *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Concluiu-se que as ações de promoção à saúde na Atenção Básica à Saúde estão conectadas aos contextos sociodemográficos e à implementação da Estratégia Saúde da Família. A predominância de iniciativas voltadas ao apoio do autocuidado sugere um alinhamento estratégico com a prevenção de doenças e o estímulo a hábitos saudáveis. A ênfase no Guia Alimentar para a

População Brasileira reforça a compreensão das necessidades da população, estabelecida por meio da análise das condições de saúde, dos hábitos alimentares e dos fatores socioeconômicos que influenciam o comportamento alimentar.

A distribuição regional das ações destaca desigualdades, com a região nordeste liderando em diversas áreas, enquanto outras regiões se destacam em serviços específicos. As PICSs têm uma presença mais expressiva em regiões economicamente mais desenvolvidas, sugerindo uma relação entre recursos financeiros e oferta desses serviços.

Por fim, a análise desses resultados enfatiza a importância da avaliação contínua do PMAQ-AB como uma ferramenta valiosa para promover uma saúde mais abrangente e equitativa para a população brasileira. Seu impacto positivo transcende a simples avaliação de desempenho, penetrando na promoção ativa da saúde da população e no combate às desigualdades.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P.; FUSARO, E.R.; IOZZI, F.L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Coletiva*, v. 22, n. 4, p.1055-1064, 2017.
- BELO, C.E. DA C.; GOMES ROSA, L.C.; DAMIÃO, J. DE J.; LOBATO, E.; BURLANDY, L.; CASTRO, L.M.C.. Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 17, p. e69119, 2023.
- BODENHEIMER, T.; CHRISTINE S. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, v. 12, n.6, p. 573-6, 2014.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 24 maio 2016. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-Gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatórios de Acesso Público - Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados, Brasília, DF: MS; 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Construindo os próximos passos do PMAQ-AB, Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de melhoria do acesso e da qualidade - PMAQ. Brasília,DF: MS; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)-Relatórios de Acesso Público – Estado Nutricional, Brasília,DF: MS; 2021.

CARVALHO, F. F. B. de; AKERMAN, M.; COHEN, S. C. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. *Promoção da Saúde*, v.37, n. 109, p. 89–104, 2023.

FIORATI, R.C.; SOUZA, L.B.; CÂNDIDO, F.C.A.; SILVA, L.N.F.; FINZETO, L.C.; ALVES, L.S.; BERRA, T.Z.; ARCÊNCIO, R.A. Iniquidades sociais e intersetorialidade: desafio à atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFPE*, v. 12, n. 6, p. 1705-1716, 2018.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, MORAES SME, ALMEIDA PF, FAUSTO MCR, SENNA MCM, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde Debate*. v. 34, n. 85, p. 248-64, 2010.

GONZAGA, A.C.M. Motivação do enfermeiro na prática assistencial à luz da teoria da autodeterminação. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências Empresariais, Belo Horizonte, 2021. 87 f.

GUILHERME, L.Di A.; REIS, P.C. dos; RODRIGUES, A.M.; FARIA, A.L. de; FIGUEIREDO, M.C.D.; CALISTO, A.N.N.; SONATI, J.G. Utilização do

Guia Alimentar para a População Brasileira como instrumento de intervenção nutricional para promoção da qualidade de vida em grupo de adultos. *Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*| Vol, v. 12, n. 3, p. 2, 2020.

HUPSEL, A.C.DE O.L.P. Estratégia de educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários da UBS José Araújo Silva. 2023. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022.

ÍNDICE FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL (IFDM). IFDM – Anos Anteriores. *Evolução do IFDM Geral*, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA , F. G. . The importance of controlling and treating systemic arterial hypertension in the family health strategy. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 4, p. e25612440944, 2023.

MORAES, R.C.F.; CORVINO, M.P.F.; MORAES, A.S. Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência. *Rev Pró-UniversUS*. , v. 14, n 2, p.59-66, 2023.

NASCIMENTO, S.do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas. *Serv. Soc. Soc.*, n. 101, p. 95-120, 2010.

NEVES, R.G.; SILVA DURO, S.M.; NUNES, B.P.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014.*Epidemiol. Serv. Saude*, v. 30, n 3, p.e2020419, 2021.

OLIVEIRA, L. G. F.; FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. M. C. de L.; GRYSCHKEK, A. L. de F. P. L.; PINA-OLIVEIRA, A. . A.; DA SILVA, L. A.; DOS SANTOS, J. C.; LICO , F. M. de C.; CAMPOS , D. S.; GERALDO , D. C. LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPLORANDO A CONTINUIDADE DO CUIDADO AO LONGO DO TEMPO. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 7, p. 3385–3395, 2023.

ROCHA, B.G.; ANDREASSI, T. Experiência empreendedora no Brasil e nos EUA: aspectos culturais e financeiros sob o ponto de vista de empreendedores brasileiros. *Revista de Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas*, v. 9, n. 3, p. 361-383, 2020.

ROCHA, I.R.; SENNA, M.I.B.; OLIVEIRA, J.S.de; SIMPSON de PAULA, J. Práticas Integrativas e

Complementares em saúde: a construção (in)completa da política em um município de grande porte no Brasil. *Saúde em debate*, v.47, n.136, p.110-125, 2023.

SILVA, L.A.L.B.de; MELO, R.C.de; ARAÚJO, C. de; LUQUINE JÚNIOR, C.D.; MILHOMENS, L. de M.; BORTOLI, M.C.de; TOMA, T.S.; BARRETO, J.O.M. Barreiras e facilitadores na APS para adesão ao tratamento em adultos com hipertensão arterial ou diabetes mellitus tipo 2 .Fiocruz Brasília; Instituto de Saúde de São Paulo; 23 fev. 2021. 23 p.

TOMASI, E.; CESAR, M.A.; NEVES, R.G.; SCHMIDT, P.R.; THUMÉ, E.; DA SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.C.; NUNES, B.P.; FASSA, A.G.; SAES, M.O.; DURO, S.M.; VOLZ, P.M.; FACCHINI, L.A. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality-PMAQ. *J Ambul Care Manage*, v. 40 (Suppl 2), p.S12-S23, 2017.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T.O.; FERNANDES, P.A.A.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.; SIQUEIRA, F.; DURO, S.; SAES, M.; NUNES, B.; FASSA, A.; FACCHINI, L. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

ZOU, G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol.*, v. 159, n. 7, p. 702-706, 2004.

SUBMETIDO:21.12.2024

ACEITO: 26.2.2025

PUBLICADO: 28.2.2025