

Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil*

doi: 10.5123/S1679-49742018000200019

Health education and promotion actions among teams of the National Primary Care Access and Quality Improvement Program, Rio Grande do Sul state, Brazil

Acciones educativas y de promoción de la salud en equipos del Programa Nacional de Mejoría del Acceso y Calidad de la Atención Básica, Rio Grande do Sul, Brasil

Marciane Kessler¹ –  orcid.org/0000-0002-4778-8224

Elaine Thumé¹

Suele Manjourany Silva Duro¹

Elaine Tomasi²

Fernando Carlos Vinholes Siqueira³

Denise Silva Silveira²

Bruno Pereira Nunes¹

Pâmela Moraes Volz¹

Amanda Amaral dos Santos¹

Sandra Mattos França¹

Janaina Duarte Bender¹

Tamires Piccinini⁴

Luiz Augusto Facchini²

¹Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Pelotas, RS, Brasil

²Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, RS, Brasil

³Universidade Federal de Pelotas, Escola Superior de Educação Física, Pelotas, RS, Brasil

⁴Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Pelotas, RS, Brasil

Resumo

Objetivo: investigar a oferta de ações educativas e de promoção da saúde na atenção básica e sua associação com fatores demográficos e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** estudo transversal realizado com 816 equipes que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2012. **Resultados:** as ações mais frequentes eram direcionadas aos diabéticos (91,2%), hipertensos (90,8%) e ao pré-natal e puerpério (84,6%). As menos frequentes, aos dependentes de *crack*, álcool e outras drogas (32,4%), ansiolíticos e benzodiazepínicos (20,3%), assim como aos portadores de tuberculose (31,4%) e hanseníase (21,0%). As maiores ofertas de ações educativas e de promoção da saúde ocorreram nos municípios de menor porte e com maior cobertura de saúde da família. **Conclusão:** ações voltadas ao período reprodutivo e a morbididades crônicas eram o foco da atenção básica. A implementação da ESF fortalece a promoção da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Avaliação em Saúde; Estudos Transversais.

*Estudo financiado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde. Convênio Fundação Nacional de Saúde/Universidade Federal de Pelotas nº 151/2011.

Endereço para correspondência:

Marciane Kessler – Av. Duque de Caxias, 250, 3º andar, Fragata, Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96030-002
E-mail: marciane.kessler@hotmail.com



Introdução

A promoção da saúde ocorre quando a comunidade se apropria dos conhecimentos necessários para melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação dos indivíduos no controle deste processo.¹ O conceito de promoção da saúde engloba os determinantes relacionados aos aspectos comportamentais e de estilo de vida, e também às condições sociais e ambientais em que as pessoas vivem e trabalham.²

Entre os principais marcos referenciais na temática da promoção da saúde se destacam o Relatório Lalonde, publicado em 1974 no Canadá, e a Carta de Ottawa, em 1986, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,¹ firmando-a como proposta a ser incorporada como diretriz na formulação de políticas públicas de saúde.³ Estes movimentos influenciaram a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que tem adotado a Atenção Básica à Saúde (ABS) para implementar ações intersectoriais de promoção da saúde e prevenção de agravos.^{2,4}

A promoção da saúde ocorre quando a comunidade se apropria dos conhecimentos necessários para melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação dos indivíduos no controle deste processo.

No Brasil, a expansão da ABS ocorre prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que apresenta desempenho positivo em relação ao modelo tradicional,^{4,5} pois atua em território delimitado, com adscrição e acompanhamento longitudinal da população,² permitindo oferecer acesso universal às orientações sobre estilos de vida saudáveis, e estimulando a prevenção de doenças crônicas e transmissíveis.

No entanto, independentemente do modelo de atenção à saúde, as prerrogativas da Política Nacional da Atenção Básica devem prevalecer na organização da rede de atenção e processo assistencial, considerando os princípios e objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2014. Estudo populacional realizado com indivíduos adultos em 100 municípios brasileiros em 2008 e 2009^{6,7} e outro realizado com equipes da atenção básica do país em 2012⁸ identificaram prevalências baixas e/ou não satisfatórias de

práticas direcionadas à promoção da saúde. Além disso, há escassez de estudos brasileiros que avaliam as ações de promoção da saúde conforme modelo assistencial ou cobertura de ESF.

O objetivo deste estudo é investigar a oferta de ações educativas e de promoção da saúde na atenção básica e sua associação com fatores demográficos e de cobertura da estratégia saúde da família, no Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em serviços de saúde que empregou o banco de dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Rio Grande do Sul. Em 2010, o estado possuía 497 municípios e uma população estimada em 11.247.972 habitantes.⁹ Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2.686 Equipes de Atenção Básica (EAB) estavam cadastradas, em 2012. A avaliação foi realizada por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), de junho a outubro de 2012.

O instrumento utilizado na avaliação externa possuía quatro módulos: Módulo I (infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde-UBS); Módulo II (processo de trabalho da equipe e da organização do cuidado com o usuário); Módulo III (satisfação e percepção dos usuários quanto ao acesso e à qualidade do serviço de saúde); e Módulo IV (informações complementares aos outros módulos respondidas *on-line* pela gestão local).¹⁰

O desfecho “ações educativas e de promoção da saúde” foi investigado por meio de perguntas independentes (Figura 1) e respostas dicotômicas (sim/não). A pergunta *A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde?* foi direcionada a cada ação específica detalhada na Figura 1. Estas fazem parte do Módulo II,¹⁰ juntamente com as características do perfil dos profissionais e das EAB e as ações por eles desenvolvidas nas unidades avaliadas (Figura 1).

As variáveis de exposição utilizadas para associação à oferta de ações educativas e de promoção da saúde foram as seguintes: porte do município⁹ (até 10.000 habitantes; de 10.001 a 30.000; de 30.001 a 100.000;

Eixo	Variáveis	Perguntas do questionário do PMAQ-AB ^b
Informações sobre o entrevistado	Profissão	Qual sua profissão? Médico(a) Enfermeiro(a) Cirurgião (ã)-dentista
	Coordenação ^a	O(a) Senhor(a) é coordenador da equipe?
	Atuação na equipe	Há quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta Equipe de Atenção Básica? Menos de 1 ano Anos Não sabe/não respondeu
Modalidades que compõem a Equipe de Atenção Básica	Equipe de Atenção Básica	Qual o tipo desta equipe? Equipe de saúde da família – com saúde bucal Equipe de saúde da família – sem saúde bucal Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal
Formação complementar dos profissionais da Equipe de Atenção Básica	Formação complementar ^a	O senhor(a) possui ou está em formação complementar?
Promoção da Saúde	Ações educativas e de promoção da saúde ^a	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde?
		Se sim, são direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e da mama); Planejamento familiar; Gestantes e puérperas (aleitamento materno); Homens; Idosos; Alimentação saudável; Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica; Prevenção e tratamento da diabetes <i>mellitus</i> ; Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas; Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; Tuberculose; Hanseníase; Realiza grupos com enfoque de orientação sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, vírus da imunodeficiência humana, tracoma), conforme necessidade do território; Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas; Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos;
		A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território práticas corporais e de atividade física? Práticas corporais? Atividade física?

a) Variáveis dicotômicas.

b) PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

Figura 1 – Operacionalização das variáveis relacionadas às características do coordenador da UBS ou seu representante, dos profissionais de saúde e da equipe de atenção básica, assim como às ações educativas e de promoção da saúde ofertadas, PMAQ, 2012

100.001 ou mais habitantes); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM),¹¹ classificado em percentil 50 (0,666 a 0,802; 0,803 a 0,870) devido à pequena variação na amplitude de IDH entre os municípios do estado; e cobertura populacional da ESF¹² (até 30%; de 30% a 64,9%; e 65% ou mais).

O questionário foi aplicado nas dependências da UBS, em data acordada com a gestão municipal, e

respondido por um profissional médico, enfermeiro ou dentista, não sendo obrigatório o exercício, pelo respondente, de papel de coordenador da equipe. Os dados foram coletados em formulários eletrônicos por meio de *tablets* e transferidos automaticamente para banco de dados nacional do Ministério da Saúde.

Foram realizadas análises descritivas, sendo as variáveis expressas com frequências absolutas e relativas.

Verificou-se associação entre as ações educativas e de promoção da saúde com as variáveis de exposição. A análise dos fatores associados foi realizada pelo cálculo da razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), por meio da regressão de Poisson. O programa Stata versão 12.0 foi utilizado para análise dos dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel, mediante protocolo nº 38/2012, seguindo os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Para o uso do banco de dados, foi solicitada a autorização do coordenador do estudo na UFPel. Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação ao tema de estudo.

Resultados

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados em 816 equipes, em 336 municípios, e respondidos majoritariamente por enfermeiros (89,7%), seguidos de médicos (7,4%) e dentistas (2,9%). Os coordenadores da equipe responderam por 82,4% do total das entrevistas. Praticamente dois terços dos respondentes (62,8%) atuavam no serviço há menos de três anos e somente 11,4% possuíam tempo igual ou superior a dez anos. Entre os modelos de atenção, houve predomínio da ESF com saúde bucal (66,5%), seguido de ESF sem saúde bucal (31,0%); 83,9% dos profissionais já possuíam ou estavam em alguma formação complementar. Houve a seguinte distribuição de frequência das equipes avaliadas, segundo porte populacional do município: 33,9% até 10.000 habitantes; 21,0% entre 10.001 a 30.000 habitantes; 21,6% entre 30.001 e 100.000 habitantes; e 23,5% com 100.001 ou mais habitantes. De acordo com o IDHM, 50,1% dos municípios tiveram índice entre 0,666 e 0,8020, e 47,7% tinham cobertura de ESF igual ou superior a 65,0%.

Na Figura 2, verifica-se a proporção de equipes que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde. Frequências maiores foram encontradas para ações direcionadas à prevenção e tratamento de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, ao pré-natal e puerpério – aleitamento materno e prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Em contrapartida, as menores frequências eram direcionadas à prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes de *crack*, álcool e outras drogas e ansiolíticos/benzodiazepínicos, tuberculose e hanseníase.

A proporção e a RP de EAB que ofertaram ações de saúde, estratificadas por porte populacional, IDHM e cobertura de ESF, são apresentadas nas Tabelas 1, 2 e 3.

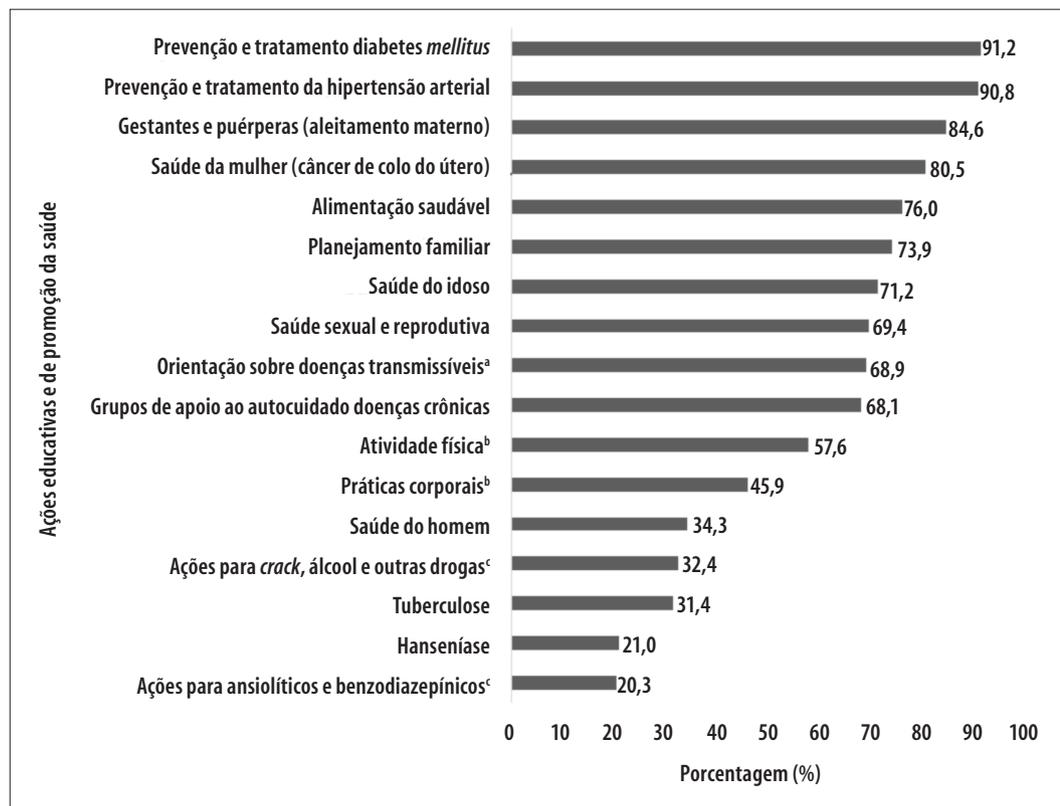
A análise mostrou que, conforme aumenta o porte populacional dos municípios, diminui a proporção de EAB que organizam ações direcionadas para a saúde do homem, para o uso, abuso e dependência de *crack*, álcool e outras drogas e de ansiolíticos/benzodiazepínicos, assim como para a prevenção da hanseníase. A proporção de equipes que ofertaram as demais ações de saúde não apresentou diferença significativa conforme o porte populacional dos municípios (Tabelas 1, 2 e 3).

Os municípios com maiores IDHM apresentaram menor probabilidade de as equipes realizarem ações direcionadas para uso, abuso e dependência de *crack*, álcool e outras drogas, em comparação aos municípios de menor IDHM. No entanto, a probabilidade de as equipes oferecerem ações voltadas à prevenção da tuberculose é 23% maior nos municípios de maior IDHM; e com valor muito próximo da significância, estes municípios também apresentam maior probabilidade de ações para alimentação saudável (Tabela 1 e 3).

Residir em municípios com cobertura de ESF de 65% ou mais, em comparação aos municípios com cobertura de ESF inferior a 30%, aumentou 1,6 (IC_{95%} 1,24;2,08) vez a proporção de equipes que ofertam ações para a saúde do homem; 2,1 e 2,3 vezes para o uso, abuso e dependência de *crack*, álcool e outras drogas, e para ansiolíticos e benzodiazepínicos, respectivamente; e 2,9 vezes para prevenção da hanseníase. A proporção de equipes que referiram ofertar as demais ações de saúde não apresentou diferença significativa conforme a cobertura de ESF (Tabelas 2 e 3).

Discussão

A oferta de ações educativas e de promoção da saúde mais frequentes eram voltadas à prevenção de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, ao acompanhamento do pré-natal e puerpério – aleitamento materno e prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Há necessidade de aumento da proporção de equipes que realizem ações direcionadas para uso e dependência de drogas lícitas, ilícitas e ansiolíticos/benzodiazepínicos, e prevenção da tuberculose e hanseníase. A oferta de ações foi maior nos municípios de menor porte populacional e com maior cobertura de ESF.



a) Dengue, vírus da imunodeficiência humana, tuberculose, hanseníase, tracoma.

b) 29 perdas.

c) Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência.

Figura 2 – Proporção de Equipes de Atenção Básica que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde, segundo eixos temáticos, Rio Grande do Sul, 2012 (n=816)

Segundo as equipes, as ações mais ofertadas foram as direcionadas à prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes, com 90,8% e 91,2%, respectivamente. As condições crônicas são cada vez mais prevalentes entre a população brasileira. No Sul do país, a prevalência de portadores de hipertensão arterial foi de 22,9% em 2013, maior que a média nacional (21,4%), enquanto a proporção de portadores de diabetes foi de 6,2% na região Sul e no país.¹³ O manejo requer um cuidado contínuo e integral para prevenção de complicações, como a oferta e adesão ao tratamento, orientações sobre hábitos de vida saudáveis, incentivo ao autocuidado, exames periódicos, visitas domiciliares, construção de vínculo entre profissional e usuário, atividades educativas em grupo,¹⁴ além de exame físico minucioso e suporte psicológico.

Uma das principais estratégias desenvolvidas pelas EAB a fim de promover a saúde das pessoas com doenças crônicas são os grupos de apoio ao autocuidado.

Desenvolvidos por 68,9% das equipes pesquisadas, estas ações tornaram-se uma prática rotineira na atenção básica e podem intensificar processos de educação em saúde, facilitar a construção de vínculos e promover o autocuidado e a adesão ao tratamento.¹⁵ No entanto, a participação nesta atividade é por vezes colocada pelos profissionais como uma exigência ou uma barreira para acesso a determinados serviços,¹⁵ como o acesso à medicação para hipertensão e diabetes. Além disso, quando tradicionais, repetitivas e direcionadas à doença, as atividades em grupo podem desestimular a participação dos usuários.¹⁶

Considerando-se que estilos de vida inadequados estão associados ao surgimento de doenças crônicas,³ cabe aos profissionais desenvolverem ações de promoção da saúde, incentivando hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, prática de atividade física e práticas corporais. No entanto, embora 76% das equipes realizassem ações de esclarecimento sobre a

Tabela 1 – Proporção (%) de Equipes de Atenção Básica que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde: avaliação externa do PMAQ-AB, Rio Grande do Sul, 2012

Ações de saúde	Saúde da mulher (câncer do colo do útero e da mama)		Gestantes e puérperas (aleitamento materno)		Planejamento familiar		Saúde sexual e reprodutiva		Práticas corporais ^b		Atividade física ^b		Alimentação saudável	
	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})
Porte populacional														
Até 10.000	80,1	1,00	88,8	1,00	72,2	1,00	71,1	1,00	44,5	1,00	53,2	1,00	76,5	1,00
10.001 a 30.000	82,5	1,03 (0,94;1,13)	79,5	0,89 (0,72;0,98)	72,5	1,00 (0,89;1,13)	62,6	0,88 (0,77;1,01)	47,6	1,07 (0,87;1,32)	57,9	1,09 (0,92;1,29)	79,5	1,04 (0,94;1,15)
30.001 a 100.000	77,3	0,96 (0,87;1,06)	84,1	0,95 (0,88;1,02)	73,9	1,02 (0,91;1,15)	70,5	0,99 (0,88;1,11)	52,4	1,18 (0,97;1,43)	66,5	1,25 (1,07;1,46)	75,6	0,99 (0,89;1,10)
100.001 ou mais	82,3	1,03 (0,94;1,12)	83,3	0,94 (0,87;1,01)	77,6	1,07 (0,97;1,19)	71,9	1,01 (0,90;1,14)	40,4	0,91 (0,73;1,13)	55,3	1,04 (0,88;1,23)	72,4	0,95 (0,85;1,05)
P-valor ^a	0,871		0,141		0,194		0,659		0,719		0,266		0,274	
IDHM^c														
0,666 a 0,8020	81,2	1,00	85,6	1,00	75,1	1,00	69,2	1,00	46,7	1,00	55,4	1,00	73,1	1,00
0,8030 a 0,8700	79,9	0,98 (0,92;1,05)	83,5	0,98 (0,92;1,04)	72,7	0,97 (0,89;1,05)	69,5	1,00 (0,92;1,10)	45,1	0,97 (0,83;1,12)	59,7	1,08 (0,96;1,22)	78,9	1,08 (0,99;1,17)
P-valor ^a	0,634		0,421		0,448		0,916		0,657		0,222		0,055	
Cobertura da ESF														
Até 30%	79,3	1,00	82,1	1,00	75,9	1,00	70,8	1,00	38,2	1,00	52,0	1,00	72,2	1,00
30 a 64,9%	79,1	1,00 (0,91;1,10)	81,9	1,00 (0,91;1,09)	69,8	0,92 (0,82;1,03)	68,4	0,97 (0,85;1,10)	50,7	1,33 (1,06;1,65)	64,3	1,24 (1,05;1,46)	76,7	1,06 (0,95;1,19)
65% ou mais	82,0	1,03 (0,95;1,12)	87,4	1,06 (0,99;1,15)	75,1	0,99 (0,90;1,09)	69,2	0,98 (0,88;1,09)	47,3	1,24 (1,00;1,52)	56,9	1,10 (0,93;1,28)	77,6	1,08 (0,97;1,19)
Valor de p ^a	0,369		0,060		0,984		0,728		0,071		0,441		0,163	

a) Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear.

b) 29 Perdas.

c) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

RP: Razão de prevalência.

IC_{95%}: Intervalo de confiança.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

importância da alimentação saudável, apenas metade desenvolvia ações voltadas à prática de atividades físicas e corporais.

Estes resultados sugerem que a oferta de ações de saúde está focada em indivíduos com problemas crônicos e mudanças de hábitos de vida inadequados, e não na promoção da saúde em população saudável.¹⁷ Estudos realizados no Brasil^{6,7} verificaram que indivíduos adultos com doenças crônicas (hipertensão e diabetes) e com excesso de peso receberam mais orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física do que os indivíduos sem doenças crônicas ou excesso de peso.

Neste estudo, 71,2% das equipes ofereciam ações à população idosa, prática que merece investimentos. Ressalta-se que o índice de envelhecimento no Rio Grande do Sul – relação entre número de idosos de 60 anos ou mais e de pessoas com até 15 anos – foi de

65,4 em 2012, enquanto no país foi de 44,7.¹⁸ O envelhecimento populacional vem aumentando a prevalência de doenças crônicas e de incapacidades, gerando desafios para o setor da saúde, como a promoção do envelhecimento ativo e a garantia da atenção à saúde do idoso.¹⁹ Assim, são necessárias ações de promoção da saúde orientadas ao envelhecimento saudável, e não resumidas ao acompanhamento das cronicidades.

Identificou-se baixa proporção de equipes que ofertaram ações direcionadas à saúde do homem. O atendimento de atenção básica tem privilegiado ações programáticas voltadas à saúde da mulher, da criança e do idoso, pouco favorecendo a atenção à saúde do homem.²⁰ E, embora os homens sejam vulneráveis ao adoecimento, eles não buscam os serviços de atenção básica como as mulheres²⁰, o que pode contribuir para a maior taxa de mortalidade e menor expectativa de vida dos homens em comparação às mulheres, no estado

Tabela 2 – Proporção (%) de Equipes de Atenção Básica que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde: avaliação externa do PMAQ-AB, Rio Grande do Sul, 2012

Ações de saúde	Apoio ao autocuidado para doenças crônicas		Hipertensão arterial		Diabetes mellitus		Saúde do idoso		Saúde do homem		Ações para crack, álcool e outras drogas	
	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})
Porte populacional												
Até 10.000	63,9	1,00	88,5	1,00	89,2	1,00	71,1	1,00	42,2	1,00	39,4	1,00
10.001 a 30.000	73,1	1,14 (1,01;1,30)	94,7	1,07 (1,01;1,13)	94,2	1,06 (1,00;1,12)	72,5	1,01 (0,91;1,15)	36,3	0,86 (0,67;1,09)	34,5	0,88 (0,68;1,13)
30.001 a 100.000	65,3	1,02 (0,89;1,18)	90,9	1,03 (0,96;1,09)	92,1	1,03 (0,97;1,10)	70,5	0,99 (0,88;1,12)	26,1	0,62 (0,47;0,82)	27,8	0,71 (0,53;0,94)
100.001 ou mais	72,4	1,13 (1,00;1,28)	90,6	1,02 (0,96;1,09)	90,7	1,02 (0,96;1,08)	70,8	0,99 (0,89;1,12)	28,7	0,68 (0,52;0,88)	24,5	0,62 (0,47;0,83)
P-valor ^a		0,137		0,555		0,619		0,870		<0,001		<0,001
IDHM^b												
0,666 a 0,8020	65,8	1,00	90,7	1,00	91,0	1,00	71,9	1,00	34,7	1,00	35,7	1,00
0,8030 a 0,8700	70,5	1,07 (0,98;1,18)	90,9	1,00 (0,96;1,05)	91,4	1,00 (0,96;1,05)	70,5	0,98 (0,90;1,07)	33,9	0,97 (0,81;1,18)	29,0	0,81 (0,66;0,99)
P-valor ^a		0,147		0,921		0,822		0,667		0,807		0,042
Cobertura da ESF												
Até 30%	67,9	1,00	88,2	1,00	88,7	1,00	68,9	1,00	25,5	1,00	19,3	1,00
30 a 64,9%	74,0	1,09 (0,96;1,23)	94,0	1,07 (1,00;1,13)	94,4	1,06 (1,00;1,13)	71,2	1,03 (0,91;1,17)	31,2	1,22 (0,90;1,66)	30,2	1,56 (1,11;2,20)
65% ou mais	65,0	0,96 (0,85;1,08)	90,5	1,03 (0,97;1,09)	90,8	1,02 (0,97;1,08)	72,5	1,05 (0,94;1,17)	40,9	1,60 (1,24;2,08)	40,6	2,10 (1,55;2,85)
P-valor ^a		0,298		0,562		0,617		0,359		<0,001		<0,001

a) Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear.

b) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

RP: Razão de prevalência.

IC_{95%}: Intervalo de confiança.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

e no país.¹⁸ Assim, em 2008 foi criada uma política de saúde para esta população, porém, envolvê-los em abordagens educativas ainda é um desafio, embora seja uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde.⁸

Os resultados demonstraram que é alta a proporção de equipes que referiram a realização de ações direcionadas ao pré-natal e ao puerpério, assim como à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. No Rio Grande do Sul, a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal foi de 71,1% em 2012, ao passo que as proporções de mulheres que realizaram exame preventivo do câncer do colo do útero e de mama foi de 80,4 e 58,6%, respectivamente, revelando-se maiores do que a média nacional.¹⁸

Cabe destacar que, embora existam políticas de saúde estruturadas, como o pré-natal, com ampliação da cobertura, ainda há comprometimento da qualidade.

Além disso, a atenção puerperal não está consolidada, uma vez que a primeira visita das mulheres aos serviços de saúde após o parto, na grande maioria, tem como objetivo a saúde do recém-nascido, especialmente avaliação e vacinação.²¹ A proporção de consultas de pré-natal e exames preventivos do câncer de colo de útero e de mama pode ter contribuído para os coeficientes de mortalidade infantil e materna do estado, em 2014, que foram menores que o resultados alcançados pelo país.^{22,23} Entretanto, não foram atingidas as Metas do Milênio estabelecidas até o fim de 2015 para a mortalidade materna e câncer de mama,^{22,23} o que está exigindo maiores investimentos em ações de saúde educativas e de promoção da saúde.

Saliente-se que a proporção de equipes que ofertaram ações voltadas ao planejamento familiar e à saúde sexual e reprodutiva é menor em relação às

Tabela 3 – Proporção (%) de Equipes de Atenção Básica que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde: avaliação externa do PMAQ-AB, Rio Grande do Sul, 2012

Ações de saúde	Ações para ansiolíticos e benzodiazepínicos		Tuberculose		Hanseníase		Doenças transmissíveis	
	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})	%	RP (IC _{95%})
Porte populacional								
Até 10.000	23,8	1,00	32,1	1,00	29,6	1,00	71,1	1,00
10.001 a 30.000	21,1	0,88 (0,62;1,26)	28,1	0,87 (0,65;1,17)	23,4	0,79 (0,57;1,10)	66,1	0,93 (0,82;1,02)
30.001 a 100.000	20,5	0,86 (0,60;1,23)	26,1	0,81 (0,60;1,10)	17,1	0,58 (0,40;0,84)	69,3	0,97 (0,86;1,10)
100.001 ou mais	14,6	0,61 (0,41;0,92)	38,0	1,18 (0,92;1,52)	9,9	0,33 (0,21;0,53)	67,7	0,95 (0,84;1,08)
P-valor ^a		0,019		0,371		<0,001		0,522
IDHM^b								
0,666 a 0,8020	22,0	1,00	28,1	1,00	21,5	1,00	68,2	1,00
0,8030 a 0,8700	18,7	0,85 (0,65;1,11)	34,6	1,23 (1,00;1,51)	20,4	0,95 (0,73;1,24)	69,5	1,02 (0,93;1,12)
P-valor ^a		0,238		0,046		0,694		0,685
Cobertura da ESF								
Até 30%	11,3	1,00	34,0	1,00	10,4	1,00	64,6	1,00
30 a 64,9%	18,6	1,64 (1,03;2,63)	28,4	0,84 (0,63;1,11)	14,9	1,43 (0,86;2,39)	70,7	1,09 (0,96;1,25)
65% ou mais	26,2	2,32 (1,53;3,50)	31,6	0,93 (0,73;1,18)	30,1	2,90 (1,90;4,43)	70,2	1,09 (0,96;1,22)
P-valor ^a		<0,001		0,683		<0,001		0,209

a) Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear.

b) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

RP: Razão de prevalência.

IC_{95%}: Intervalo de confiança.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

que desenvolviam as ações referidas anteriormente. No Rio Grande do Sul, a integralidade da atenção está aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que a prática dos profissionais da atenção básica se destina à assistência ao ciclo gravídico-puerperal e a doenças. A atenção básica tem um papel fundamental nestas ações; no entanto, o planejamento familiar frequentemente resume-se aos métodos anticoncepcionais, e os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, como informações sobre a sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e concepção são negligenciados.²⁴

A realização de grupos de orientação sobre doenças transmissíveis foi referido por 68,9% das equipes, abrangendo dengue, vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose, hanseníase e tracoma. No entanto, somente 31,4% das equipes realizavam ações para prevenção da tuberculose e 21,0% para hanseníase.

O Brasil apresentou avanços em relação à tuberculose, com redução do coeficiente de incidência para 36,7/100 mil hab. em 2014.²⁵ No entanto, no Rio Grande do Sul, a incidência se manteve em 43,6 casos/100mil hab. nos últimos anos e não foi atingida a meta de 85% de cura dos casos novos.²³ Ressalta-se que há uma dificuldade de organização dos serviços de saúde, principalmente em relação ao seguimento destes casos e implantação do método do Tratamento Diretamente Observado (TDO) nos municípios.²³ Este resultado pode também ser reflexo da pouca oferta de ações educativas e de promoção da saúde pelas EAB do estado.

Destaca-se que a maior prevalência de ações voltadas à tuberculose em municípios de maior IDH pode estar relacionada ao encaminhamento dos indivíduos infectados a serviços especializados, que em sua maioria se localizam em municípios de grande porte populacional.

Estes, por sua vez, têm apresentado melhores condições econômicas, com maior capacidade de investimento em serviços, tecnologias e recursos humanos.²⁶

No Brasil, o coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase é de 15,32/100 mil hab. O Rio Grande do Sul apresenta níveis de eliminação da doença como problema de saúde pública, com coeficiente de 1,25 caso/100mil hab.; entretanto, tem o maior percentual de casos diagnosticados tardiamente.²³ O baixo nível endêmico pode ser motivo para pouca mobilização e vigilância, o que é percebido com a baixa proporção de equipes que ofereceram ações para prevenção da tuberculose. Estudo brasileiro⁸ mostra que as ações educativas e de promoção da saúde dirigidas para tuberculose e hanseníase possuem maior prevalência de oferta no país em comparação ao estado do Rio Grande do Sul.

Em relação ao HIV e à aids, o Brasil avançou e foi destaque internacional ao promover a testagem rápida e o tratamento com a terapia antirretroviral, reduzindo em 10,9% a mortalidade no país e no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2003 a 2014.²⁷ O Rio Grande do Sul é o segundo estado com maior taxa de detecção de aids no Brasil (38,3/100 mil hab.), o dobro do coeficiente nacional (19,7/100 mil hab.).²³ No entanto, é necessário evitar a disseminação da doença, priorizando-se medidas de prevenção, principalmente a sexual.

A dengue apresentou alta incidência entre 2002 e 2012 no país, sendo que a região Sul teve a menor incidência comparada às demais, com destaque para o Rio Grande do Sul.²⁸ O perfil epidemiológico das doenças transmissíveis mostra a necessidade de ações mais efetivas para o controle, reestruturação da vigilância epidemiológica, revisão das políticas, inclusão das realidades locais e integração das ações da saúde com outros setores dos governos e da sociedade.²⁸

Destaca-se ainda baixa proporção de equipes que ofertaram ações de prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de *crack*, álcool e outras drogas (32,4%). O consumo de substâncias lícitas e ilícitas tem se tornado um problema de saúde pública, devido ao aumento do consumo e dos consequentes danos à saúde. Estudo nacional, em 2013, demonstrou que 15,0% da população brasileira é usuária de produtos derivados do tabaco, enquanto 24% consome bebida alcoólica uma vez ou mais por semana; no Rio Grande do Sul, a prevalência destes foi de 16,1 e 28,4%, res-

pectivamente.¹³ Este cenário demonstra que é preciso um olhar mais acurado sobre a configuração atual do cenário das drogas no país e que é indispensável responder às demandas no campo da prevenção. Considera-se necessário um envolvimento conjunto de diferentes setores da sociedade e de instituições, como a escola, a saúde e a segurança.²⁹

A baixa proporção de equipes que realizaram ações com vista à redução do consumo de ansiolíticos e benzodiazepínicos (20,3%) denuncia a necessidade de maior atenção à saúde mental. O consumo de medicamentos sem indicação ou sem se seguir a prescrição médica pode acarretar vários danos à saúde. Os benzodiazepínicos promovem tolerância e dependência e, portanto, seu uso deve ser criterioso e seguro, sendo prioridade desenvolver estratégias de intervenção, uma vez que a gravidade advinda do uso inadequado é elevada.³⁰

Ao realizar uma análise geral das equipes que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde na atenção básica, precisamos considerar que são equipes e municípios que manifestaram adesão ao PMAQ e se submeteram voluntariamente a um processo avaliativo. Portanto, a frequência de ações oferecidas no universo das EAB no estado é provavelmente menor do que constatarem os dados desta análise.³ Além disso, há evidências na literatura de que as equipes podem superestimar a realização de ações em saúde,³ daí a importância de avaliar a existência de documentos comprobatórios das respectivas ações, o que não foi possível neste estudo, devido a inconsistências encontradas no banco de dados.

Na estratificação das equipes que referiram realizar ações por porte populacional, observou-se que, conforme o aumento do porte do município, houve diminuição da proporção de equipes que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde. Frequentemente os municípios de pequeno porte concentram as maiores coberturas da ESF,¹² o que pode favorecer resultados positivos, apesar de tais localidades, em sua maioria, não possuírem as melhores condições econômicas. Destaca-se que a implantação e a organização da ESF nos grandes municípios acontecem em um contexto complexo, que pode dificultar sua execução e efetivação.²⁶

O aumento da proporção de equipes que ofertaram ações educativas e de promoção da saúde em municípios com maior cobertura de ESF reforça seu papel

reorganizador da atenção básica,² apesar de a maioria das ofertas não apresentarem associação com cobertura da ESF. Ressalta-se que, caso a cobertura da ESF atingisse 100% da população dos municípios, independentemente do seu porte populacional e nível de IDHM, a oferta destas ações se elevaria a níveis mais satisfatórios,³ o que demonstra a necessidade de expansão da ESF no país.

O PMAQ-AB é uma iniciativa do governo federal, responsável pelo repasse de incentivos financeiros que possibilitam a melhoria da qualidade da estrutura e da assistência nos serviços. Assim, análises posteriores devem ser realizadas incluindo os dados coletados em 2014 no Brasil, com o intuito de avaliar se houve aumento da prevalência de oferta das ações educativas e de promoção da saúde. Além disso, são necessárias pesquisas que avaliem a efetividade e o impacto destas ações na saúde da população.

Com este estudo, podemos concluir que a oferta de ações de promoção da saúde ainda está predominantemente voltada àquelas tradicionalmente desenvolvidas desde a implantação da ABS no Brasil, como as direcionadas à saúde da mulher, ao período reprodutivo e a grupos específicos de doenças crônicas. É premente a necessidade de repensar o processo de cuidado das EAB, que ainda sofre influência do

modelo biomédico de assistência à saúde. É preciso ter em vista o perfil epidemiológico, as necessidades de saúde da população local e uma atenção integral ao ofertar ações educativas e de promoção da saúde; para melhor desempenho e resolutividade, atividades intersetoriais são indispensáveis. Destaca-se ainda que essas ações não devem ser impositivas e/ou punitivas, e sim desenvolvidas numa relação de vínculo entre profissional e usuário, permitindo a conscientização e o empoderamento para o autocuidado.

Contribuição dos autores

Kessler M, Thumé E e Piccinini T contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e redação do manuscrito. Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, Nunes BP, Volz PM, Santos AA dos, França SM, Bender JD, Piccinini T, Facchini LA contribuíram na análise e interpretação dos resultados e na redação do manuscrito. Todos os autores participaram de revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovaram sua versão final e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2018 mar 6]. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
2. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013 set;66(esp):158-64.
3. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. *Saúde Debate*. 2014 out;38(esp):69-82.
4. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2006 jul-set;11(3):669-81.
5. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. 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 Saúde Matern Infant*. 2015 abr-jun;15(2):171-80.
6. Silva SM, Facchini LA, Tomasi E, Piccini R, Thumé E, Silveira DS, et al. Advice for salt, sugar and fat intake habits among adults: a national-based study. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Dec;16(4):995-1004.
7. Duro SM, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Facchini LA. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a national urban population survey. *J Phys Act Health*. 2015 Aug;12(8):1177-83.
8. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. 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. *Saúde Debate*. 2014 out;38(esp.):52-68.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Rio Grande do Sul [Internet]. População 2010 [citado 2017 mar 10]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2018 mar 6]. 61 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de desenvolvimento humano municipal [Internet]. 2010 [citado 2014 maio 07]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios.
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família [Internet]. 2013 [citado 2017 fev 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 mar 6]. 181 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
14. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2016 jan-mar;26(1):113-35.
15. Giovanela 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*. 2010 abr-jun;34(85):248-64.
16. Alves LHS, Boehs AE, Heidemann ITSB. Family health strategy professionals and users' perception on health promotion groups. *Texto Contexto Enferm*. 2012 abr-jun;21(2):401-8.
17. Sasaki AK, Ribeiro MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013 jul-set;8(28):155-63.
18. Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos [Internet]. 2012 [citado 21 dez 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>
19. Lima-Costa ME. The Bambuí cohort study of aging (1997-2008). *Cad Saúde Pública*. 2011;27(Supl 3):S324-25.
20. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012 set;16(3): 561-8.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2018 mar 6]. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento [Internet]. Brasília: Ipea; MP, SPI; 2014 [citado 2018 mar 6]. 208 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf
23. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019 [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde; 2016 [citado 2018 mar 6]. 228 p. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>
24. Pierre LAS, Clapis MJ. Family planning in a family health unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 Nov-Dec;18(6):1161-8.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 mar 6]. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf
26. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MH. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):577-606.

27. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV/AIDS. Bol Epidemiológico [Internet]. 2015 jan-jun [citado 2018 mar 6];4(1):1-95. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2015>
28. Böhm AW, Costa CS, Neves RG, Flores TR, Nunes BP. Tendência da incidência de dengue no Brasil, 2002-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 out-dez;25(4):725-33.
29. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol Cienc Prof*. 2013;33(3):580-95.
30. Telles Filho PCP, Chagas AR, Pinheiro MLP, Lima AMJ, Durão AMS. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011 jul-set;15(3):581-6.

Abstract

Objective: this study aims to investigate the provision of health education and promotion actions in primary care, and their association with demographic characteristics and Family Health Strategy (FHS) coverage in Rio Grande do Sul state, Brazil. **Methods:** this is a cross-sectional study conducted with 816 teams that adhered to the 2012 Primary Care Access and Quality Improvement Program. **Results:** the most frequent actions were directed towards people with diabetes (91.2%), hypertension (90.8%) as well as antenatal and postnatal care (84.6%). The least frequent were directed towards crack, alcohol and other drug users (32.4%), anxiolytic/benzodiazepine users (20.3%), people with tuberculosis (31.4%) and leprosy (21.0%). The greatest provision of health promotion and education actions occurred in smaller municipalities and with greater Family Health coverage. **Conclusion:** actions aimed at the reproductive period and chronic morbidities were the focus of primary care. FHS Implementation strengthens health promotion.

Keywords: Primary Health Care; Health Promotion; Health Education; Health Evaluation; Cross-Sectional Studies.

Resumen

Objetivo: investigar la oferta de acciones educativas y promoción de la salud en la atención básica y su asociación con factores demográficos y la cobertura de la estrategia de salud de la familia, en Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** estudio transversal con 816 equipos que adhirieron al Programa de Mejora del Acceso y Calidad en la atención básica, 2012. **Resultados:** las acciones más frecuentes eran dirigidas a diabéticos (91,2%), hipertensos (90,8%), prenatal y puerperio (84,6%). Las menos frecuentes, dependientes de crack, alcohol, otras drogas (32,4%), ansiolíticos/benzodiazepinas (20,3%), portadores de tuberculosis (31,4%) y lepra (21,0%). La mayor oferta de acciones educativas y de promoción ocurrió en municipios de menor porte y con mayor cobertura de salud de la familia. **Conclusión:** acciones dirigidas al período reproductivo y morbilidades crónicas eran el foco de la atención básica. La implementación de la estrategia de salud de la familia fortalece la promoción de la salud.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Evaluación en Salud; Estudios Transversales.

Recebido em 26/10/2017
Aprovado em 26/01/2018