



Promoção da Saúde na Atenção Básica: a dimensão da atenção à saúde por meio do PMAQ

Health Promotion in Primary Care: the dimension of health care through the PMAQ

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho¹, Simone Cynamon Cohen²

RESUMO

Com o objetivo de evidenciar a dimensão da atenção à saúde na Promoção da Saúde, por meio da relação entre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e elementos da Política Nacional de Promoção da Saúde, explora-se a referida dimensão neste artigo, assim como o potencial do programa citado para a Promoção da Saúde. Ao focar tal dimensão, bem como as contribuições do setor saúde através da Atenção Básica, sabe-se que faz parte de uma das perspectivas na construção teórica e prática da Promoção da Saúde, não havendo hierarquização. A relevância está em desvelar tal dimensão que não é devidamente explorada a partir de uma compreensão restrita da Promoção da Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado no 2º ciclo do programa relacionado à Atenção Básica. Este tem como elementos da Política Promoção da Saúde os princípios, valores e diretrizes, que foram utilizados para analisar as questões da avaliação externa do Programa com o objetivo de evidenciar a dimensão da Atenção à Saúde e o potencial do programa para a Promoção da Saúde. Conclui-se que, por trazer elementos da Política de Promoção da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica possui grande potencial para a Promoção da Saúde, entendida como uma forma de produzir saúde que não pode prescindir da atenção à saúde, assim como não pode se restringir a ela.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Promoção da Saúde.

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública, Professor de Educação Física. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). E-mail: fabiofbcarvalho@gmail.com.

² Pesquisadora titular, arquiteta. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

ABSTRACT

In order to highlight the dimension of health care in Health Promotion, through the relationship between the National Program for Improvement of Access and Quality in Primary Care and elements of the National Health Promotion Policy, this dimension, as well as the potential of the program quoted for Health Promotion, are explored in this article. By focusing on this aspect, and also on the contributions of the health sector by means of Primary Care, it is known that it is part of one of the perspectives in the theoretical and practical construction of Health Promotion, and there is no hierarchy. It is a qualitative study based on the second cycle of the Program related to Primary Care, elements of the Health Promotion Policy as the principles, values and guidelines were used to analyze the external evaluation issues of the Program aiming to highlight the dimension of Health Care and the potential of the Program for Health Promotion. It was concluded that by bringing elements of the Health Promotion Policy, the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care has great potential for Health Promotion, understood as a way of producing health that cannot do without health care, and cannot be restricted to it.

KEYWORDS: Health Care (Public Health); Health Services Accessibility; Quality Assurance (Health Care); Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Entre os movimentos e iniciativas que vêm discutindo a (re)organização dos sistemas de saúde internacionalmente, dois são fundamentais e têm influência direta no sistema de saúde brasileiro: o movimento moderno da Promoção da Saúde (PS) e a Atenção Básica (AB).¹ A PS, no contexto brasileiro, pode ser definida como “um conjunto de estratégias e formas de *produzir saúde*, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se *pelas articulação e cooperação intra e intersectorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)*, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social”² (grifo nosso). Assim, há uma dimensão da atenção à saúde na PS que será explorada neste artigo.

Destaca-se que a compreensão da PS por parte dos autores se aproxima de sua vertente crítica, referindo-se não só à dimensão citada, mas à sua relação com questões mais amplas, como as condições de trabalho, o emprego, a renda e o acesso a bens sociais. A perspectiva da atenção à saúde e do setor saúde na PS costuma, entretanto, ser relegada a planos menos importantes, devido ao risco de negar ou relativizar um de seus princípios mais importantes, a intersectorialidade, entre outros motivos.

Westphal e Franceschini³ lembram o pressuposto de que a melhoria das

condições de saúde e da qualidade de vida vai além de curar as doenças e requer atuar sobre as condições sociais que são condicionantes e determinantes da saúde. Logo, ao focar a dimensão da atenção à saúde e na AB, conseqüentemente no setor saúde, não há hierarquização com outras perspectivas na construção teórica e prática da PS, por exemplo, com a intersectorialidade. Ou seja, é necessário abordar o processo saúde-doença-cuidado a partir de suas múltiplas perspectivas, na inter-relação entre os condicionantes e determinantes da saúde e a atenção à saúde.

Por Atenção à Saúde, refere-se a um conjunto de atividades intra e intersectoriais que inclui a assistência individual, mas não se esgota nela. Desse modo, atinge grupos populacionais com o objetivo de manter ou melhorar as condições de saúde, requerendo ações concomitantes sobre os determinantes e condicionantes da saúde do processo saúde-doença.⁴

Em complemento, Demarzo¹ afirma que a atenção à saúde seria o objeto de atuação dos serviços e o campo de competência do profissional de saúde, dentro do processo saúde-doença, compreendendo-o em sua complexidade e sua multideterminação. A partir daí, são reconhecidas as limitações do setor saúde nesse processo. Assim, já há indícios da proximidade entre PS e a atenção à saúde e, neste texto, buscaremos caracterizar esta como uma dimensão daquela.

Sobre a Promoção da Saúde na Básica, Rocha et al.⁵ reconhecem a relevância da AB para a implementação da PS e afirmam que sua porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) foi a Estratégia de Saúde Família (ESF), com sua proposta de reorientação do modelo de atenção. Para Magalhães,⁶ a nova versão da PNPS, de 2014, sinaliza avanços importantes no reconhecimento do papel prioritário da ESF.

Guerra et al.⁷ veem a PS como um campo teórico-prático-político que se delinea como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e dos projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Os autores afirmam que o processo de institucionalização da PS proporciona, aos gestores, profissionais e usuários, desafios para a construção de um modelo resolutivo e de qualidade de atenção à saúde, voltado à atenção integral.

Além disso, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) objetiva incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos por meio das equipes de Atenção Básica à

Saúde (eABs). Com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, busca-se implementar iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde oferecidos. O programa está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB.⁸ Assim, neste texto, por meio da relação entre aspectos da avaliação externa (AE) do PMAQ e de elementos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), objetiva-se evidenciar a dimensão da atenção à saúde e o potencial deste programa para a PS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e analítico fundamentado nas questões da AE do 2º ciclo do PMAQ que estão disponíveis no *site* do Departamento de Atenção Básica (dab.saude.gov.br). Elementos da PNPS, como princípios, valores, diretrizes, eixos operacionais, temas prioritários, entre outros, foram utilizados para interpretar as questões da AE.

A análise cotejou itens que fazem parte da AE com os já citados elementos da PNPS, buscando evidenciar que a atenção à saúde possui uma importante interface com a PS, quando, em geral, são compreendidas como distintas, ou é PS ou é atenção à saúde. Buscou-se evidenciar, em primeiro lugar, a dimensão da Atenção à Saúde da PS e, em segundo lugar, o PMAQ como um programa com grande potencial para a PS. Isso porque ele estimula as condições ideais, mas não as garante, caracterizando-se um padrão de referência para a qualidade da atenção à saúde na AB.

Optou-se por não realizar análise quantitativa e comparativa dos resultados do PMAQ, como a positiva avaliação dos usuários aos serviços oferecidos ou a disponibilidade de medicamentos e os desafios apresentados pelo pouco funcionamento após o horário comercial ou aos sábados. Isso ampliaria o acesso aos trabalhadores e trabalhadoras, a baixa disponibilidade de insumos e exames como os testes rápidos e a coleta de sangue ou o eletrocardiograma.

Tal opção deve-se ao fato de a epidemiologia (clássica), segundo Potvin e Chabot,⁹ ter provado sua força de compreensão sobre como os comportamentos se transformam em fatores de risco relacionados a doenças. Assim tornou-se a metodologia preferencial para as pesquisas em saúde. Contudo, as necessidades de

saúde não são definidas de forma normativa. São socialmente estabelecidas por meio de pactos entre sujeitos de contextos culturais, sociais e econômicos, envolvendo acesso a vários serviços,¹⁰ entre eles os serviços de atenção à saúde.

Magalhães⁶ destaca que os efeitos de programas de PS levam tempo para serem observados e interpretados. Defende, ainda, que, dificilmente, a análise de tendências de morbidade e mortalidade ou o monitoramento de fatores de risco equacionam todas as questões avaliativas relevantes no campo da PS. Outras publicações realizaram essa e outros tipos de análise, entre eles o volume 38 do periódico Saúde em Debate do Cebes,¹¹ o livro de Gomes, Barbosa e Ferla,¹² mostrando a diversidade de compreensões possíveis a partir do PMAQ.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ é uma das principais estratégias indutoras da qualidade no SUS,⁸ e a AE do PMAQ consiste no levantamento de informações sobre as condições de acesso e de qualidade das eABs participantes do programa. Entre outros aspectos, busca-se: (a) reconhecer e valorizar os esforços e resultados das eABs e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB; (b) reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da AB; e (c) considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS.⁸

A AE traz questões sobre: (a) as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das US; (b) o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado por meio de entrevista com o profissional da equipe de AB e verificação de documentos; (c) a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde.⁸

O 1º ciclo do PMAQ ocorreu em 2011 e 2012; e o 2º ciclo, em 2013 e 2014. Já o 3º ciclo iniciou-se em setembro de 2016; e a AE, a partir de 2017. No 2º ciclo do PMAQ, participaram 5.070 municípios (91%) e 30.522 eABs (88,7%). Em relação ao número de municípios e eABs, isso representou um aumento de 27,8% e 74,5% respectivamente, já que foram 3.965 municípios (71,2%) e 17.482 equipes no 1º ciclo. Destaca-se, ainda, que, para o 3º ciclo, se inscreveram 40.348 eABs, mostrando um crescimento contínuo no número de participantes.¹³ Até 2017, já foram repassados, através do PMAQ, mais

de R\$ 8,5 bilhões de reais (2011 = R\$ 54.741.400,00; 2012 = R\$ 874.833.600,00; 2013 = R\$ 1.304.406.800,00; 2014 = R\$ 1.371.945.461,76; 2015 = R\$ 1.599.809.700,00; 2016 = 1.684.467.569,37; 2017 = 1.620.872.794,50).¹⁴

O PMAQ, para Teixeira et al.,¹⁵ trata-se de uma avaliação orientada para as atividades e ações dos profissionais, na medida em que se propõe a auxiliar na identificação de áreas prioritárias na atenção à saúde voltada para o usuário e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de linhas de ação que melhorem as ações prestadas à população. Complementam afirmando que o PMAQ traz em seu bojo um somatório de esforços para a priorização de processos mais participativos de avaliação e abre canais de comunicação e uma forte indução para a reengenharia nos processos de trabalho, a partir do uso das informações.

Para Medina et al.,¹⁶ o PMAQ é um projeto bastante ambicioso de iniciativa nacional que alia incentivos financeiros e avaliação de processos locais. Significa pôr em operação uma logística complexa com toda uma rede de relações que extrapola, inclusive, a dimensão técnica de mensuração de qualidade do trabalho das eABs.

Para esses autores, como experiência de avaliação, o PMAQ já passou por dois ciclos. Desse modo, espera-se que a análise cuidadosa e o mergulho analítico e crítico nos dados produzidos sirvam para melhorar investigações posteriores e, especialmente, a qualidade das ações desenvolvidas na AB.

Afirmam, ainda, que, apesar dos limites, a AE apresentou um retrato do processo de trabalho de parcela importante das eABs no país e pode ser um bom ponto de partida para análises posteriores. Este registro representa o início de um processo consistente de monitoramento e avaliação da AB e objeto de contínuo aperfeiçoamento metodológico, pelos desafios postos pela complexidade tecnológica da AB. Destaca-se que o PMAQ completou cinco anos recentemente, o que mostra ser um programa novo.

As questões da avaliação externa do PMAQ

São apresentadas, resumidamente, as questões de acordo com os três eixos da AE: unidades de saúde (US), equipes de atenção básica (eABs) e avaliação dos usuários. Participaram do 2º ciclo do programa 30.522 eABs, entre elas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes tradicionais de AB. Destas, após as exclusões, avaliaram-se

29.778 eABs, além de 24.055 US; e 114.615 usuários foram entrevistados.¹³

Salienta-se que, conforme exposto, os dados quantitativos não serão apresentados, mas é uma possibilidade de pesquisa complementar a ser explorada para ampliar a compreensão do fenômeno e cumprir o objetivo principal de evidenciar a dimensão da atenção à saúde da PS e o PMAQ como um programa com grande potencial para a PS. Na avaliação externa do PMAQ (disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo), há algumas questões. Entre elas, ressaltam-se:

- US – horários e dias de funcionamento das US; quanto à estrutura física, questões sobre privacidade ao usuário nos consultórios e condições de limpeza das salas de espera; sobre a disponibilidade de insumos nas US e entrega medicamentos.
- eABs – utilização de alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade; sobre os serviços que estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da US, entre eles consultas; e acolhimento e vacinação, realização de acolhimento à demanda espontânea na US.
- Usuários – sobre o funcionamento das US, questiona-se aos usuários os dias e turnos de funcionamento. Há questões relacionadas a horário de funcionamento da US e se atenderia às necessidades dos usuários. Sobre a relação entre os profissionais das US, questiona-se quando foram atendidos na US, se acreditam que a eAB buscou resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde etc. Também houve a avaliação do cuidado recebido pela eAB, com a possibilidade de dar nota ao cuidado recebido.⁸

A dimensão da Atenção à Saúde

Cecílio¹⁷ afirma que nossos fazeres e práticas são informadas, de modo mais ou menos explícito, por teorias, conceitos, visões de mundo e projetos ético-políticos que, segundo o autor, delimitam como pensamos o Estado, as políticas públicas e sua operacionalização efetiva. Assim, destacando as teorias e conceitos, que conformam os fazeres e práticas, não debater a dimensão da atenção à saúde da PS pode significar a abordagem de forma incompleta ou mesmo não ampliada, como a vertente crítica da

PS defende, do processo saúde-doença-cuidado. Esta dimensão, em geral, não é reconhecida como componente da PS. Esta seria sinônimo de educação em saúde e atividades coletivas ou práticas que estão na PNPS desde a versão de 2006, como a atividade física e a alimentação saudável.

É possível compreender esta falta de reconhecimento a partir do histórico recente de constituição de tal campo. Aquino et al.¹⁸ afirmam a complexidade da PS e uma superposição histórica e ideológica entre ela e a AB, determinantes e condicionantes da saúde, da educação em saúde e o desenvolvimento sustentável, entre outros. Do mesmo modo, no Brasil, há ainda aproximação e diálogo entre seus princípios e objetivos com os do SUS e da ESF. Isso se dá em função do compromisso com o bem-estar e a qualidade de vida da população, pontos comuns a estas propostas, e pelas fortes relações que os conceitos citados anteriormente estabelecem ao se transformar em práticas.¹⁸

Acredita-se que a quase inexistente abordagem da atenção à saúde na PS ocorre, em parte, pela possibilidade de, com isso, se negar ou relativizar um de seus princípios mais importantes, a intersetorialidade, ou ainda de manter a hegemonia dessa dimensão sobre outras. Westphal e Franceschini³ relembram que, em 1984, a partir da insatisfação com abordagens verticais e normativas que caracterizavam o setor saúde naquela época, foi realizado no Canadá um congresso denominado “Para além da assistência à saúde”.

Nesse evento, segundo as autoras, foram firmados os princípios de uma nova proposta de PS orientada pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade.³ Em 1986, por meio da Carta de Ottawa,¹⁹ formulou-se o conceito moderno de PS, afirmando-se que seu surgimento se deu em função da necessidade de superar o enfoque exclusivo ou predominante da assistência à saúde. Tal fato dialoga com o congresso supracitado.

Neste texto, defende-se que a PS, mesmo com a amplitude e a complexidade de suas propostas, pode ser apreendida e operacionalizada também nos espaços micropolíticos das unidades de saúde²⁰ por meio, inclusive, da atenção à saúde. Westphal²¹ defende que a vertente crítica de PS pode ser aplicada na atenção à saúde em atividades de prevenção, tratamento e reabilitação.

Outro aspecto que contribui para a não consideração da dimensão da atenção à saúde da PS é a especialização exacerbada que marca a assistência à saúde com a perda da visão geral e do contexto no qual as pessoas vivem. Afirma-se que o relatório Flexner culminou em propostas de mudança curricular na medicina. Tal fato sistematizou e formalizou as especificidades próprias à modernização da medicina e, com isso, ocorreu a referida especialização.^{22,23}

É possível afirmar que isso também ocorreu com as demais formações em saúde, e houve o privilégio de sinais e sintomas de doenças e agravos à saúde em detrimento da compreensão do contexto mais geral de vida das pessoas. Desse modo, destaca-se, como pretendemos discutir por meio da dimensão da atenção à saúde, também ser necessário atuar sobre eles. Assim, a formação em saúde foi concentrada no saber especializado e na hegemonia na perspectiva biologicista, tecnicista e hospitalocêntrica, amplamente criticada pela vertente crítica da PS.

Tão problemática quanto a superespecialização na formação e na capacitação é a insuficiência de conhecimentos em determinadas áreas, como na PS,²⁴ o que denotando a importância da discussão da dimensão da atenção à saúde. A Carta de Ottawa afirmou a Reorientação dos Serviços de Saúde como um dos campos de ação da PS.¹⁹ Assim, este é mais um indício, desde a gênese do conceito moderno de PS, da consideração da dimensão da atenção à saúde.

Afirma-se que é necessária uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que se abordem as necessidades globais das pessoas. Além disso, assegura-se que os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, respeitando as peculiaridades culturais e apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, como também suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência.¹⁹

A forma como a assistência à saúde vem sendo operacionalizada hegemonicamente ainda é um importante entrave para a consideração da dimensão da atenção à saúde na PS. Aquino et al.¹⁸ afirmam que há o reconhecimento dos determinantes e condicionantes e a necessidade de atuação sobre eles por parte dos profissionais de saúde que atuam na AB já superou o enfoque exclusivamente na doença. Contudo, as ações desenvolvidas, apesar de alguns avanços, ainda são fortemente focadas na mudança de comportamento dos indivíduos a partir de uma

relação profissional-usuário verticalizada.¹⁸ Aqui, também é possível identificar uma aproximação com a vertente conservadora da PS.

Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Júnior²⁵ reconhecem que o SUS atende a diversos preceitos da PS, mas ainda acreditam que é um desafio sua consolidação, com a necessidade de maior expansão de suas práticas. Os autores afirmam ser um desafio à tradução da PS de modo que os gestores a compreendam em sua perspectiva ampliada, não restringindo suas ações apenas ao controle dos fatores de risco.

Destaca-se a defesa da PS como uma forma de produzir saúde, mas se ressalta o desafio existente de não supervalorizar o risco epidemiológico, em especial para as DCNTs, sem desconsiderá-lo, o que é hegemônico na atenção à saúde atualmente. Guerra et al.⁷ lembram ser possível trabalhar com os fatores de risco na perspectiva ampliada, aproximando-se dos determinantes e condicionantes da saúde, por meio de ações intersetoriais e com metodologias participativas. Carvalho et al.¹⁰ afirmam que a PS redefine e amplia a abordagem tradicional dos problemas de saúde ao buscar transcender a abordagem do risco.

Cincurá²⁶ afirma que o campo da saúde ainda não elaborou um saber específico que oriente a forma pela qual as eABs devem operacionalizar a PS. É necessário destacar que apenas a indução de estratégias restritas à mudança do comportamento individual subestima questões referentes aos determinantes e condicionantes da saúde que influenciam o processo saúde-doença e os conflitos e diferenças de classes sociais e grupos étnicos, religiosos e de gênero, entre outros.²⁵

Tal indução costuma ser a partir da lógica na qual os comportamentos e o estilo de vida são fenômenos individuais adotados independentemente do contexto, desconsiderando emoções, desejos e sensações, entre outros, elementos fundamentais no processo de adoção de comportamentos. Isso gera abordagens fragmentárias do processo saúde-doença dos sujeitos.²⁷ No Quadro 1, utilizando a PNPS como fonte de análise para evidenciar o potencial do PMAQ para a PS, a partir de sua dimensão da atenção à saúde, apresentam-se os elementos que permitiram tal aproximação.

Quadro 1

PNPS		PMAQ
Objetivo específico	Integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Serviços disponíveis e adequados em quantidade e qualidade Processo de trabalho da equipe Disponibilidade de insumos e medicamentos Usuários respeitados pelos profissionais em relação a seus hábitos culturais, costumes e religião
	Adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando a reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis	<ul style="list-style-type: none"> Ações para comunidades tradicionais/ assentados/população rural
Eixos operacionais	Gestão	<ul style="list-style-type: none"> Horário de funcionamento Ambientes Disponibilidade de insumos e medicamentos Processo de trabalho da equipe Serviços disponíveis Consideração de resultados alcançados no 1º ciclo do PMAQ na organização do processo de trabalho da equipe
Temas prioritários	Formação e educação permanente	<ul style="list-style-type: none"> Atividades na escola Formação, EP e qualificação das ações desenvolvidas
	Alimentação adequada e saudável	<ul style="list-style-type: none"> Atividades na escola
	Práticas corporais e atividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> Serviços disponíveis Atividades na escola
	Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados	<ul style="list-style-type: none"> Serviços disponíveis Atividades na escola
Princípios	Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> Atividades na escola
	Intrasetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> Articulação com outros pontos da RAS Apoio de outros profissionais da rede
	Participação social	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos usuários sobre o cuidado recebido pela equipe de saúde Usuários que não mudariam de US se tivessem oportunidade Recomendação pelos usuários da US a um amigo ou familiar

(Conclusão)

PNPS		PMAQ
Temas transversais	Determinantes Sociais da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços disponíveis • Horário de funcionamento • Tempo de espera para o acolhimento e consulta
Valores	Respeito às diversidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ações para comunidades tradicionais/ assentados/população rural • Usuários sentem-se respeitados pelos profissionais em relação a seus hábitos culturais, costumes e religião
	Humanização	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações. • Profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida, além da queixa principal • Usuários acham que o tempo de consulta é suficiente • Atendimento pelo mesmo profissional
	Corresponsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Busca pela resolução das necessidades/problemas • Usuários acreditam que, durante as consultas, os profissionais sugerem soluções possíveis de serem realizadas

Fonte: Brasil.^{2,8}

Conforme Quadro 1, destacam-se alguns elementos da PNPS presentes no PMAQ:

- A intrassetorialidade, que remete ao desafio da desfragmentação das ações e dos serviços com o objetivo de formação de redes cooperativas e resolutivas;
- A Rede de Atenção à Saúde, que busca transversalizar a PS nos diferentes serviços e ações das redes assistencial e de proteção social;
- A educação, a formação e a educação permanente, atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos para gestores e trabalhadores;
- A gestão e a priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação;

- Determinantes sociais da saúde, em busca da equidade e respeito à diversidade por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares;
- A integralidade: intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, da potencialidade e da singularidade de indivíduos, grupos e coletivos;
- A corresponsabilidade: responsabilidades partilhadas de obrigações e/ou compromissos.²

CONCLUSÃO

Buscamos evidenciar a dimensão da atenção à saúde e o potencial do PMAQ para a PS, por meio de elementos do cotidiano dos serviços de saúde retratados na AE, com a clareza de que a análise proposta se limitou a fazer uma comparação no plano ideal, mas não trouxe dados empíricos, os resultados da AE do PMAQ, para comprovação. Destacam-se os desafios para a efetivação de tal dimensão e da PS ainda que os profissionais de saúde da AB concordem com o que foi discutido neste texto, pois não possuem governabilidade total e restrita nas ações de saúde.

O PMAQ, em alguns momentos, reproduz a dicotomia entre PS e a atenção à saúde, ainda que alguns estudos já evidenciem seu potencial como um dispositivo de os.^{15,16} Contudo, nestes estudos, assim como o próprio instrumento de AE do programa, há a compreensão de que a PS se restringiria a atividades de educação em saúde, práticas corporais e atividades físicas, entre outros, classicamente relacionados ao conceito de PS. Assim, não abarca questões relacionadas à atenção à saúde e a aspectos relacionados como o acesso e a resolutividade na AB, por exemplo.

A partir da defesa da existência da dimensão da atenção à saúde na PS, como ela deve ser operacionalizada? Tal questionamento é importante, já que classicamente os apontamentos, quando existem, são referentes a como não deve ser. Referindo-se à AB, por ser o foco deste artigo, destaca-se que é essencial buscar a resolução ou a atenuação das necessidades/problemas de saúde a partir de soluções possíveis de serem realizadas pelos usuários.

Em uma complexa conjunção, desde os serviços disponíveis, o processo de trabalho da equipe, a disponibilidade de insumos e medicamentos, a necessária

articulação com outros pontos da RAS e o respeito aos hábitos culturais e costumes dos usuários, assim como a participação destes na avaliação do cuidado, permitirão reformulações para alcançar o objetivo de garantir acesso com qualidade e resolutividade às ações e serviços de saúde. A PS necessita ser multiestratégica e, ao focar a dimensão da atenção à saúde, não se advoga que ela é suficiente, mas também é necessária, pois se trata de um determinante e um condicionante da saúde. A análise empreendida permite inferir o potencial do PMAQ para a PS, sendo que sua efetivação se dará na realidade dos territórios, no trabalho cotidiano das eABs, a partir dos elementos, princípios e diretrizes da PS.

Reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes e condicionantes da saúde é um objetivo geral da PNPS, em complemento à promoção da equidade e à busca de melhorias das condições e modos de viver, buscando-se ampliar a potencialidade da saúde individual e coletiva. Há ainda o estímulo à PS como parte da integralidade do cuidado na RAS, como objetivo específico da PNPS. Assim, a dimensão da atenção à saúde é essencial para a construção teórico-prática da PS.

Além disso, afirma-se que o PMAQ, ao buscar garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das eABs, se torna uma importante ferramenta para o alcance do objetivo principal da PNPS. Logo, ao induzir melhorias de acesso e qualidade, abordar questões ligadas a coordenação do cuidado, estruturas físicas, gestão, resolutividade e processos de trabalho e evidenciar como a AB vem sendo operacionalizada, mostra-se com grande potencial para a PS,²⁸ sendo necessárias pesquisas nos territórios para confirmar tal hipótese.

Desse modo, defende-se a PS como uma forma de produzir saúde que não pode prescindir da atenção à saúde, assim como não pode se restringir a ela. A atenção à saúde é um importante componente da PS, e negar ou não focar também essa dimensão abre a possibilidade de a PS se tornar apenas uma visão idealista, discursiva, qualitativamente desejada, mas distante do materializado na AB através de acesso, acolhimento e resolutividade, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde. Acervo de recursos educacionais em saúde. UNA-SUS. 2013. [citado 2016 jul 20]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/167>
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.446/GM/MS de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
3. Westphal MF, Franceschini MCT. A contribuição do Cepedoc para a construção da Política de Promoção da Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1819-1828.
4. Narvai PC, Pedro PFS. Práticas de saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H. (Org.) *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008, p. 269-297.
5. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, Franco de Sá R. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(11): 4313-4322.
6. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21 (6):1767-1775.
7. Guerra VA, Rezende R, Rocha DG, Silva KR, Akerman M. Oficina como um exercício de aprendizagem e de escuta colaborativa: o caso da revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3): 352-359.
8. Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília; 2013.
9. Potvin L, Chabot P. O esplendor e a miséria da epidemiologia na avaliação da promoção da saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e a Cacic da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: Conass; 2014. p. 23-37.
10. Carvalho AI, Bodstein RCA, Hartz Z, Matida AH. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e a Cacic da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: Conass; 2014. p. 38-50.
11. Cebes. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. 2014;38(esp).
12. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. Organizadores. *Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB)*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
13. Brasil. Departamento de Atenção Básica. *Dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e da gestão da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

14. Brasil. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. [citado 2019 fev 12]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>.
15. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom 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. *Rev Centro Bras Estudos Saúde*. :2014; 38(esp): 52-68.
16. 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? *Rev Centro Bras Estudos Saúde*. 2014; 38(esp): 69-82.
17. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde Soc*. 2012; (21)2: 280-289.
18. Aquino R, Medina MG, Abdon C, Sousa MF. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-371.
19. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Sperandio AM, Carvalho FFB, Nogueira JD, Zancan L, Akerman, M. 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: trajetórias e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6): 1681.
21. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 635-667.
22. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é saúde coletiva? In: Paim JS, Almeida-filho N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p.3-12.
23. Pettres AA, Da Ros MA. Determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arq Catarin Med*. 2018; 47(3): 183-196.
24. Netto L, Silva KL. Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Rev Esc. Enferm USP*. 2018; 52: 1-9.
25. Albuquerque TIP, Franco de Sá RMP, Araújo Júnior JLAC. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6): 1695-1705.
26. Cincurá RNS. Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil. [Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
27. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

28. Carvalho FFB. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ-AB – como dispositivo de promoção da saúde e equidade na atenção básica. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Rev Saúde Redes. 2016; 2 (Supl 1).

Submissão: setembro de 2016.

Aprovação: fevereiro de 2019.