

Qualidade da assistência aos portadores de hipertensão arterial e diabetes no Nordeste após o PMAQ-AB

Monique da Silva Lopes*
Dayane Caroliny Pereira Justino*
Fábia Barbosa de Andrade*

Resumo

Com a finalidade de melhorar as condições de saúde criou-se um programa de melhoria da qualidade da assistência no Brasil que incentiva os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território propondo estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Objetivou-se analisar os indicadores de morbidade e mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na região nordeste do Brasil, após a implantação dos dois primeiros ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo com análise espacial, realizado no nordeste brasileiro com dados coletados do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde dos anos de 2012 e 2014. Observou-se a ocorrência de mudança de áreas na distribuição espacial ao que se refere a taxa de internação e a taxa de mortalidade, e redução de áreas com altos valores de taxas em 2014. Ao correlacionar com a cobertura da Atenção Básica, identificou-se que áreas com alta taxa de internação e de mortalidade também tinham alta cobertura da Atenção Básica. Assim, a eficácia de implantação do programa supracitado, revela a necessidade de um planejamento que envolvam não apenas ações de promoção à saúde, mas também da capacitação profissional sobre como integrar tais ações no seu dia a dia, de forma a garantir uma assistência qualificada e integral.

Palavras-chave: Qualidade. Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Indicadores de Morbimortalidade. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

No mundo, as principais causas de mortes, estão relacionadas às doenças crônicas e estas são responsáveis por 72% das causas da mortalidade, considerando-se assim, de grande magnitude¹. Há estimativas que, no ano de 2020, possivelmente, elas alcançassem 80% da carga de doença dos países desenvolvidos, todavia, dados de mortalidade do ano de 2020 ainda não foram

disponibilizados¹.

O Brasil, em suas respectivas regiões, tem apresentado alterações no panorama da mortalidade geral, e nesse sentido, as mortes segundo as doenças crônicas, têm-se despertado nos gestores necessidades de intervenção com qualidade a fim de melhorar a realidade de saúde nas regiões². Dentre as doenças crônicas Hipertensão Arterial

DOI: 10.15343/0104-7809.202145369378

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN. Natal/RN, Brasil.
E-mail: daycaroliny@hotmail.com

Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), destacam-se como importante causa de morbidade e mortalidade devido a facilidade de complicações e, na maioria dos casos, são em decorrência das condições de vida e hábitos alimentares².

O DM é considerado a quinta maior causa de morte no mundo, as projeções para 2025 dizem que 5,4% da população mundial, ou seja, 300 milhões de pessoas terão DM³. No Brasil, cerca de 8% da população entre 30 e 69 anos, possuem a doença³. Já a HAS afeta cerca de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez².

As complicações em decorrência destas patologias causam limitações, incapacidades, internações e óbitos, tornam-se onerosas para os Sistemas de Saúde, pela presença de um curso prolongado das doenças, a tendência é que os serviços de saúde sejam muito utilizados pelos portadores dessas condições crônicas⁴.

Estas patologias apresentam diferentes distribuição nas regiões do Brasil. Além disso, as desigualdades afetam ambas as doenças transmissíveis e não transmissíveis, e são um problema, mesmo nos países mais ricos e afetam desproporcionalmente a população mais pobre e vulnerável e seu enfrentamento requer diferentes densidades tecnológicas, associadas a estratégias que apoiem a mudança do estilo de vida^{5,6}.

A HAS e o DM são de expressiva importância para o surgimento de iniciativas que venham a acompanhar, monitorar, avaliar e buscar o enfrentamento das doenças crônicas, pois apresentam-se de forma associadas ou não, com os mesmos fatores de risco, e são consideradas de forte impacto para a morbimortalidade por doenças crônicas⁷.

No Brasil o sistema de saúde é dividido

em três níveis de atenção à saúde para melhor atender à necessidade da população. A atenção primária à saúde ou atenção básica, é considerada o centro e a base do sistema de saúde, onde este primeiro nível direciona e encaminha os pacientes para atenção especializada, a qual é o segundo nível de atenção à saúde. Todavia, pacientes com complicações decorrentes de HAS e DM são direcionados ao terceiro nível de atenção à saúde que é o de hospitalização. Um paciente bem assistido no primeiro nível com acompanhamento de um serviço especializado, não precisara utilizar o terceiro nível de atenção à saúde.

E, é por isso que a qualidade da assistência em saúde e a segurança do paciente são temas que estão em constante discussão, sempre com a finalidade de atingir o mesmo objetivo, garantir uma assistência à saúde digna e reduzir os indicadores de morbimortalidade existentes. Todavia, o alcance de tal objetivo continua a ser um desafio para os gestores e profissionais envolvidos no processo de trabalho⁸.

Para isso, o processo de trabalho em saúde em 1992 foi formulado por Mendes-Gonçalves, onde o autor diz que tal processo se divide em cinco etapas, sendo elas: 1) o agente executa; 2) existe um objeto de trabalho, onde irá agir a ação de trabalho; 3) é o produto; 4) são os instrumentos ou meios que estão entre o trabalhador e o objeto de trabalho e o 5) é a finalidade da ação⁹.

Além disso, é possível destacar categorias das tecnologias implantadas no processo de trabalho de saúde, as quais são: duras (materiais), leve-duras (imateriais – saberes e conhecimento) e leves (imateriais – relacionamento interpessoal). Atualmente tem se buscado cada vez mais a implantação de tais tecnologias de forma estruturada em Redes de Atenção à Saúde. Onde a tecnologia dura é centrada na doença e as

leves e leves-duras são usadas para resolução de problemas através do trabalho em equipe, com a finalidade de garantir a qualidade da assistência¹⁰.

A cobertura da Atenção Básica, mostra o percentual de pessoas que estão tendo acesso ao serviço de saúde o que em muitos estados é um percentual abaixo do esperado que é de 80% da população. Assim, para melhorar a qualidade da assistência e o acesso na atenção básica foi implantado pelo Ministério da Saúde

o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, através do incentivo aos gestores e equipes de saúde da família, houve 3 ciclos já implantados desse programa, nos anos 2012, 2014 e 2018.

O estudo teve o objetivo de analisar os indicadores de morbidade e mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na região nordeste do Brasil, após a implantação dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo com análise espacial. O local escolhido para estudo foi o nordeste brasileiro, que é composto por 9 estados, sendo eles: Alagoas (AL), Ceará (CE), Bahia (BA), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN) e Sergipe (SE). O motivo de escolha do local de estudo foi intencional, uma vez que o Nordeste foi o primeiro local de implantação do PMAQ-AB.

Participaram do estudo, 5.559 equipes de Atenção Básica no ciclo 1 (2011-2012) e 10.678 equipes no ciclo 2 (2013-2014). Houve um aumento da quantidade de equipes participantes por estado no primeiro e segundo ciclo, a saber: Alagoas 339/698, Bahia 1534/2625, Ceará 910/1626, Maranhão 112/660, Paraíba 625/1211, Pernambuco 1009/1845, Piauí 371/865, Rio Grande do Norte 247/862 e em Sergipe 247/376.

Os anos considerados para análise das taxas de mortalidade e morbidade por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus referem-se aos anos que finalizam os ciclos I (2011-2012) e II (2013-2014) do Programa de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB).

Os dados de morbidade e mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde do Brasil. A classificação das doenças foi definida de acordo com a CID-10. Já os dados coletados referente a cobertura da Atenção Básica, foi coletado do Departamento de Atenção Básica do SUS, sendo esta última nossa variável independente. Os dados foram coletados e analisados no ano de 2017, até o momento da coleta e análise de dados, os dados no ciclo III não haviam sido divulgados. Além disso, os dados foram coletados por local de residência, permitindo uma análise geral da região estudada.

Para o cálculo das taxas de morbidade e mortalidade (as variáveis dependentes) foi utilizado o número de internação e óbito, respectivamente, dividido pela população no mesmo ano considerado e ajustada a taxa para 10.000 habitantes, dos anos 2012 e 2014.

Os dados coletados foram armazenados no Microsoft Excel®, para limpeza e

organização do banco. Em seguida, foram transferidos para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão nº 22, número de série 10101141047, com cálculos de taxas e estatísticas descritivas, em seguida os dados foram transferidos para os softwares de geoprocessamento TerraView e GeoDa, para proceder com análise estatística.

O TerraView é uma ferramenta de Sistemas de Informações Geográficas de código aberto que permite a realização da análise espacial dos dados estudados para verificação de valores dos Clusters, não só como conjunto dos dados, mas também em relação aos vizinhos. Para avaliar a dependência espacial, foi utilizado o coeficiente de autocorrelação global de Moran, em que essa autocorrelação espacial pode ser fraca, média ou forte, a saber: uma autocorrelação fraca apresenta um índice de Moran com valores abaixo de 0,50, uma autocorrelação média apresenta valores do índice de 0,50 a 0,75 e autocorrelação forte tem um índice acima de 0,75¹¹.

As cores foram expressas de acordo com a matriz de proximidade gerada para a região nordeste. Assim, foram geradas figuras e

nessas foi possível analisar a formação dos aglomerados Alto-Alto, Baixo-Baixo, Alto-Baixo e Baixo-Alto, e a significância dessas autocorrelações. A correlação das taxas de morbimortalidade pelas doenças crônicas analisadas e a cobertura da Atenção Básica também foi realizada pelo mesmo sistema.

O GeoDa também é um software de código aberto, desenvolvido por Luc Anselin em 2013. Projetado para facilitar conhecimentos da análise de dados, explorando e modelando padrões espaciais. O programa realiza análise espacial exploratória, autocorrelação espacial e análise básica de regressão espacial (pontos e polígonos). Ainda, pode-se realizar uma correlação bivariada com a apresentação em gráficos de dispersão, além de realizar teste de Moran's: Moran global ou Local, com mapa de Cluster. Com esse software, observou-se a correlação espacial do período entre as variáveis: taxa de mortalidade, taxa de internação e cobertura de Atenção Básica.

No tocante aos aspectos éticos, este estudo se apropriou de dados secundários de domínio público, não necessitando, portanto, de apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa.

RESULTADOS

A figura 1 apresenta a espacialização das taxas de mortalidade e morbidade na região nordeste da HAS nos dois ciclos, sendo possível observar que houve redução no quantitativo tanto de internação quanto de mortalidade. Quanto à espacialização da taxa de internação observa-se redução de áreas com maiores valores de taxas no ano de 2014, quando comparado ao ano de 2012, o mesmo ocorre com as taxas de mortalidade.

Quando avaliado a morbidade hospitalar

e a autocorrelação entre as áreas, obteve-se uma taxa de internação hospitalar por HAS fraca e significativamente estatística em ambos os ciclos estudados. O mesmo pode ser observado na autocorrelação entre áreas da mortalidade por HAS.

No tocante à DM (figura 2), para a taxa de internação a autocorrelação foi fraca e significativa em ambos os ciclos. Observando a mortalidade por DM, também obteve uma autocorrelação fraca e significativa. Ou seja, a autocorrelação, em ambos os

ciclos para ambas as patologias estudadas, mostra que não há significância estatística de dependência espacial entre os municípios da região nordeste, pois a formação de clusters não tem significância forte.

Ainda é possível observar que a distribuição das maiores taxas de internação ocorre em áreas centro-oestes, quando a de mortalidade em regiões litorâneas, mas

quando comparado entre os ciclos I e II, há redução em ambas as taxas.

A figura 3 traz a correlação da taxa de internação e mortalidade por DM com a cobertura da Atenção Básica, onde é possível observar o aumento de áreas com alta correlação quando comparado entre os anos estudados. O mesmo ocorre para a correlação da taxa de internação e mortalidade por HAS.

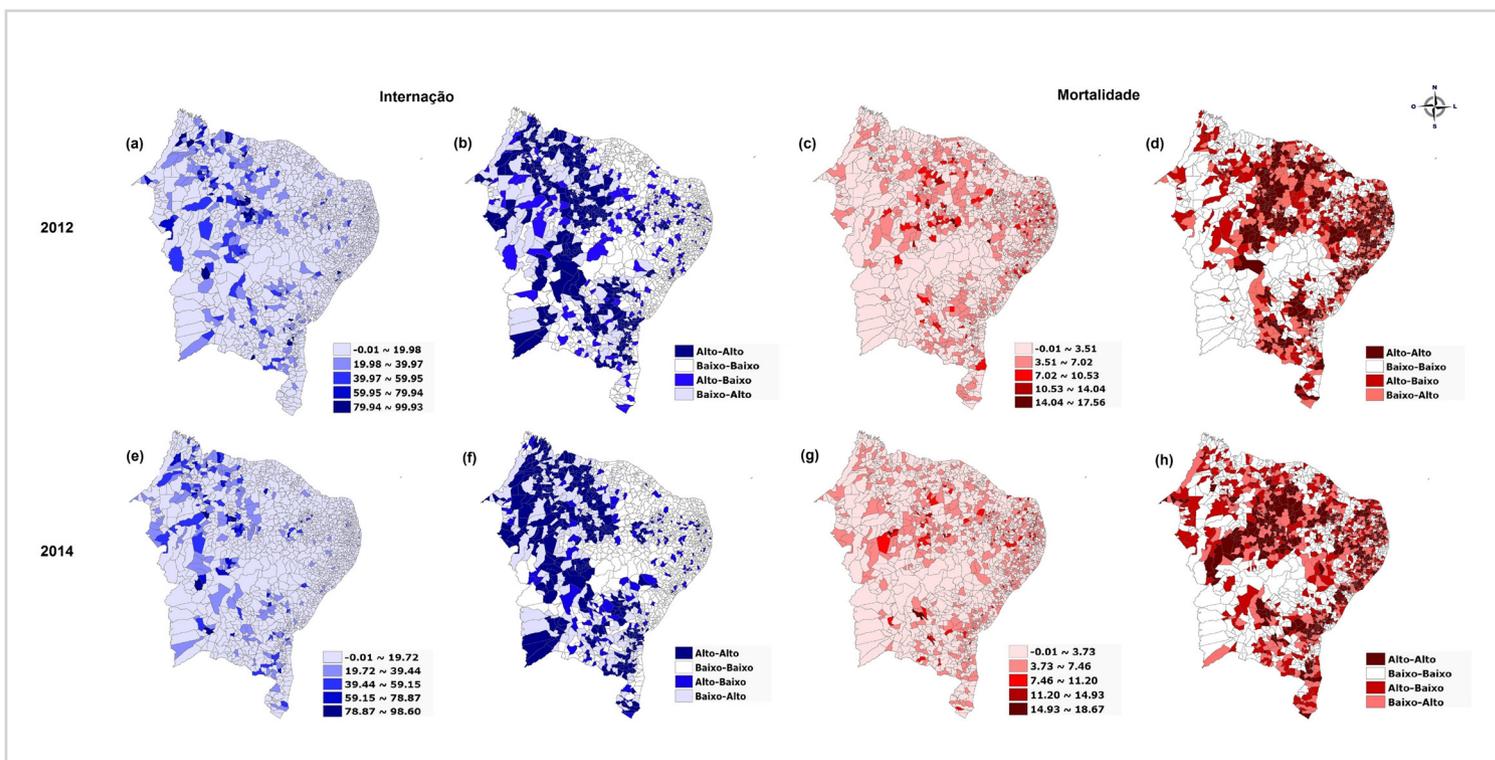


Figura 1- Autocorrelação das taxas de morbimortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica nos anos de 2012 e 2014 no nordeste do Brasil.

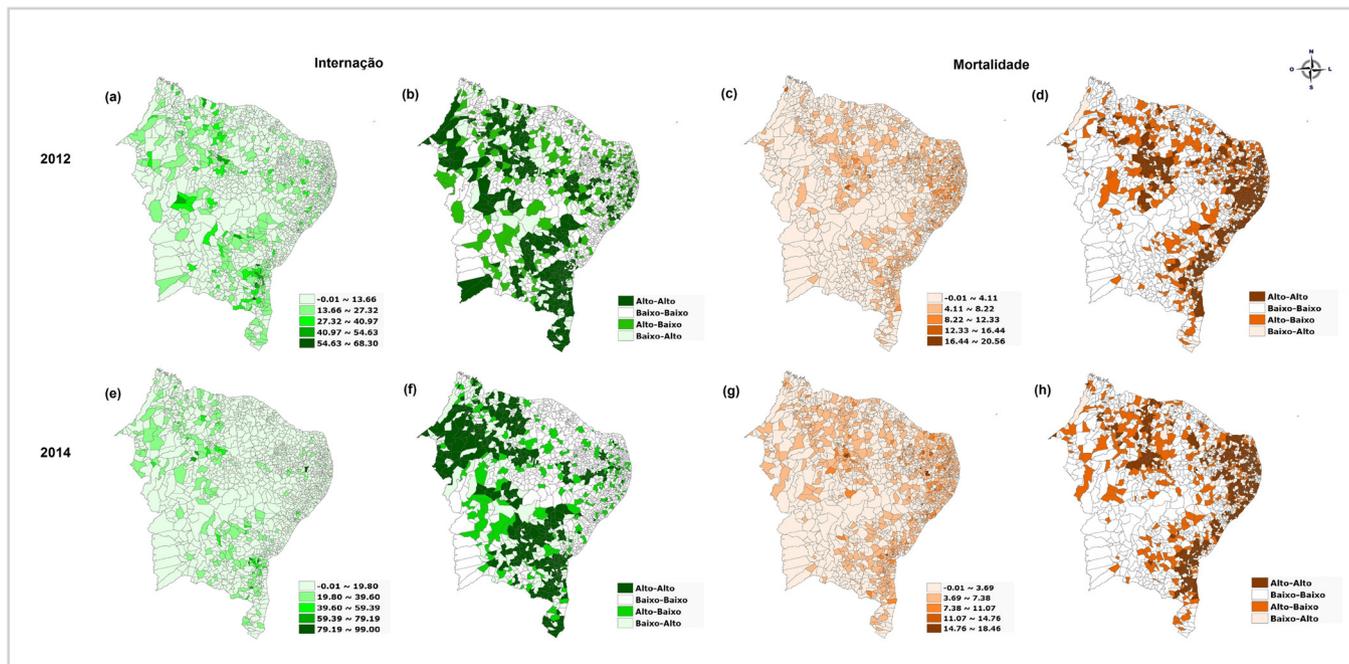


Figura 2- Autocorrelação da morbimortalidade por Diabetes Mellitus nos anos de 2012 e 2014 no nordeste do Brasil.

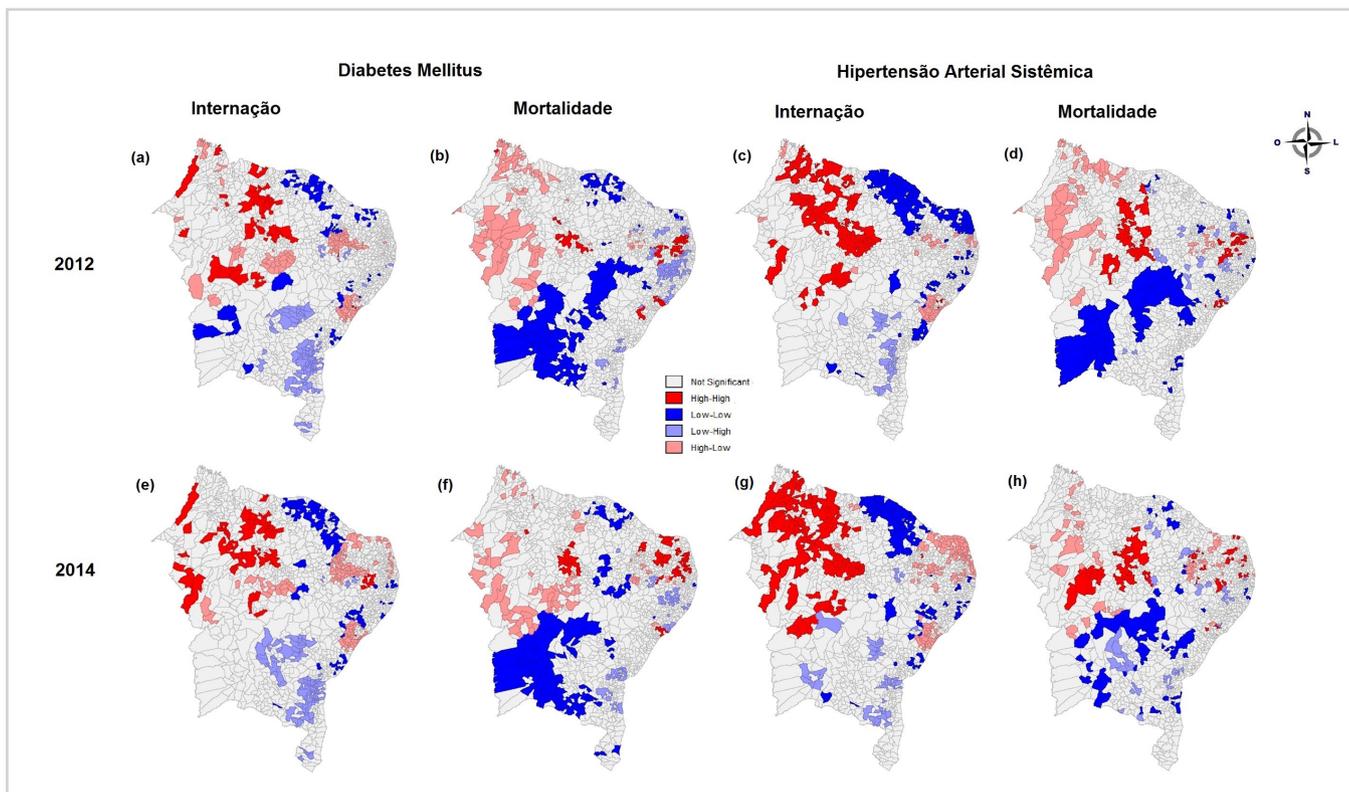


Figura 3- Correlação das taxas de morbimortalidade por Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus com a cobertura de Atenção Básica nos anos de 2012 e 2014 no nordeste do Brasil.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível observar que após a implantação do PMAQ, ocorreu uma redução na internação e mortalidade por HAS e DM, quando comparado os dois ciclos implantados, o que pode ser visto nas figuras 1 e 2. Além disso, é importante destacar que houve modificação do padrão de especialização da taxa de internação.

Estudo de série temporal em relação à mortalidade por HAS e DM, refere que essa mortalidade se apresentou maior no nordeste, todavia houve diminuindo em todas as outras regiões entre 1996 e 2007, com destaque para as regiões sul e sudeste, e as regiões norte e o nordeste (as regiões mais pobres do Brasil) com a mortalidade mais alta por estas patologias em 2007¹².

O estudo supracitado corrobora com os achados deste estudo tendo em vista que a ocorrência de altos índices de morbimortalidade por HAS e DM tem uma evolução de alta ocorrência, e que após a implantação do PMAQ-AB, este programa tem contribuído para redução desses indicadores, ressaltando ainda mais a importância da Atenção Primária à Saúde como centro e base do sistema de saúde brasileiro.

Dentre as diversas políticas de saúde existentes no Brasil, existe uma agenda de iniciativas relacionada HAS e DM com destaque para a aprovação da Política Nacional de Promoção à Saúde, em 2006, em que sua revisão em 2014, reiterou o compromisso com a equidade, a melhoria das condições e dos modos de viver e a afirmação do direito à vida e à saúde¹³. O Plano de Enfrentamento a HAS e DM elaborado para 2011-2022 com metas para a redução de fatores de risco, definiu um conjunto de ações no campo da promoção da saúde, prevenção, vigilância e assistência, o Guia de Alimentação saudável em 2014, também reiterou a mensagem da alimentação

saudável na melhoria da qualidade de vida¹³. Reforçam ainda mais a importância da melhoria da qualidade de acesso ao serviço saúde, tendo em vista que quanto mais acesso a um serviço de prevenção menos pessoas internam e menos pessoas morrem. O que em cascata reduz os gastos com serviços de hospitalização.

A elaboração de ações desse tipo irá contribuir ainda mais com a redução de ocorrência de agravamento de saúde, fortalecendo ainda mais a imunidade e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida não só da população nordestina, mas de populações de áreas, regiões, e de até mesmo outros países onde a população tem condições de vida parecidas ou iguais a estuda aqui.

Na figura 3, quando correlacionado com a cobertura da Atenção Básica ocorreu aumento de áreas com alta correlação espacial quando comparados entre os anos estudados. A cobertura da Atenção Básica no Nordeste é a maior do país, e mesmo apresentando altos valores, ainda é consideravelmente baixo quantitativo de equipes participantes dos ciclos de melhoria do PMAQ-AB no primeiro ciclo. Porém o que chama atenção em especial na figura 3, é que os mesmos locais que apresentaram altos valores de taxas de internação e mortalidade, também apresentaram altos valores de cobertura da Atenção Básica.

Há, por tanto, um grande desafio para o enfrentamento dessas doenças uma vez que são apresentados aumentos de prevalência da HAS em 14,2% e 61,8% para DM, considerando o intervalo temporal de 2006 a 2016^{9,13}.

Quanto aos inquéritos populacionais que são aplicados, os avaliados no presente estudo revelam distribuição desigual de HAS e DM¹⁴.

Assim, o perfil saúde-doença da população que depende de um sistema público de saúde e esse sistema deve incorporar intervenções efetivas de promoção de equidade. A redução das desigualdades sociais na prevalência de condições crônicas é dependente da ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde, o que pode propiciar melhoria nos diagnósticos, no controle e no tratamento das doenças⁵.

No Brasil, tem sido implementadas políticas públicas de saúde com foco em HAS e DM, e com isso, o aumento dos portadores dessas doenças passou a ser prioridade mostrando a necessidade de uma preocupação com o modo tradicional com o cuidado médico para um cuidado voltado para a prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde e ação intersetorial.

Dentre as iniciativas de realizar a implantação de políticas públicas de saúde com ações de redução dos agravos relacionados a HAS e DM no Brasil, pode ser destacado a política de promoção da saúde, o controle do tabagismo, as academias da saúde, atuação da Atenção Básica cada vez mais com equipes de Saúde da Família, porém, mesmo com tantas ações ainda encontram-se lacunas especificamente ao que se refere a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde no cuidado com os portadores de doenças crônicas¹².

Por isso, somente a presença de uma alta cobertura de serviços por si só não revela soluções para os problemas de saúde. Há que considerar outros aspectos que podem estar envolvidos. O próprio acesso aos serviços demanda outras dimensões específicas como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade^{15,16}.

A limitação no acesso que precisa ser considerada, como a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica,

a desintegração entre a Estratégia de Saúde da Família e os demais níveis de complexidade do sistema e a pouca competência da Atenção Básica em suas relações com outros setores da sociedade e do governo¹⁷.

O modelo das Redes de Atenção e o próprio modelo apresentado para as condições crônicas, elaborado por Mendes¹⁹, no Brasil, revela a necessidade de se aprimorar um modelo de atenção que leve em conta os Determinantes Sociais da Saúde e a atuação de serviços articulados que possam reverter a realidade ainda fragmentada de serviços de saúde^{18,19}.

As instituições de saúde, assim como os órgãos reguladores têm almejado a qualidade da assistência através da qualificação dos profissionais atuantes. Até os próprios profissionais tem buscado estar capacitado para um atender melhor a população. A busca de melhoria da qualidade assistencial tem sido incorporada diariamente no processo de trabalho na saúde, um grande exemplo disso é a implantação do PMAQ-AB e pode ser vista sua efetividade nos resultados apresentados.

É importante destacar que, estudos realizados a partir de dados secundários, revelam o cenário assistencial do local estudado e os indicadores de saúde mostram a real situação de saúde da população. Além de mostrarem onde e por que intervir em determinada área. Esse tipo de estudo também permite que gestores e profissionais de saúde possam rever seus planos de ação e refazer seu planejamento em saúde.

Indicadores de qualidade são valiosos instrumentos de base para o planejamento do gestor de serviço de saúde e as equipes de Atenção Básica posam organizar e/ou reorganizar as ações executadas²⁰.

As limitações desse estudo podem estar ligadas às informações em saúde sobre os dados de internações e óbitos advindas dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

Com os resultados apresentados foi possível observar que a implantação do PMAQ-AB com objetivo de melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde, foi efetivo quando avaliado a redução dos indicadores de morbimortalidade por HAS e DM. Todavia, um fator a ser pensado foram os altos índices de correlação entre os indicadores supracitados a cobertura assistencial na Atenção Primária à Saúde, uma vez que o esperado era que o posto ocorresse.

Porém, esse estudo revela a necessidade de um planejamento que envolva não apenas ações de promoção à saúde, mas também da capacitação profissional sobre como integrar tais ações no seu dia a dia. Dessa forma, garantindo a prevenção dos agravos ocasionados em decorrência da presença de HAS e DM, através dos profissionais de saúde que integram a Atenção Básica e da linha de cuidado da rede de atenção dos níveis secundário e terciário, bem como nas propostas da cobertura da Atenção Básica nas diferentes regiões do Brasil. Nesse ínterim, deve-se ter uma

maior atenção para a região nordeste por possuir fatores socioeconômicos peculiares.

Metas nacionais e regionais devem ser pensadas, bem como a implementação de ações e políticas que reconheçam as singularidades locais, tendo em vista a distribuição heterogênea e desigualdades nas regiões brasileiras. Nesse sentido, a implementação de políticas de acordo com a realidade local pode ser mais efetiva quando comparado a um plano de estratégias nacionais aplicado a distintas realidades. Outrossim, precisa ser considerado o elemento de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil por meio do aumento da cobertura assistencial no Brasil.

Além dos olhares voltados para aquisição de equipamentos, alta densidade tecnológica para tratamentos clínicos, há que destinar recursos e condições voltadas para as políticas que atuam na promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas, bem como fortalecer a Atenção Básica como nível de atenção que atua sobre condições sensíveis.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília/DF: Organização Pan-americana da Saúde – Opas, 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
2. Lopes WMA, Coutinho DJG, Marinho GA, Lima, JL, Lopes WA. Atuação do nutricionista na prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus. *Braz J Hea Rev.* 2020; 3;308-324.
3. Souza CL, Oliveira MV. Fatores associados ao des controle glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(1):153-164.
4. Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS, Costa LA, Canani LH, Santos KG, et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(3): 263-267.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013. Indicadores de saúde e mercado de trabalho. 2016. 60p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
7. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, Silva RS, Schramm JMA. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. 2021. *Cad de Saúde Pública* [online]. 37(5): e00076120.
8. Balbino AC, Silva, ANS, Queiroz MVO. O impacto das tecnologias educacionais no ensino de profissionais para o cuidado neonatal. *Rev. CUIDARTE* [internet]. 2020; 11(2): e954.
9. Mendes-Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história.* São Paulo: Hucitec; 2017. p. 298-374.
10. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab Educ Saúde.* 2019; 17(2): e0019424.
11. Queiroz GR, Ferreira KR. Banco de Dados Geográficos. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INEP. 2006.
12. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil:

- burden and current challenges. *The Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
13. Malta DC, Silva MMA. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(5):1350.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: 2017.
15. Rosário CA, Baptista TWF, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde debate* [online]. 2020; 44(124): 17-31.
16. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011,101(10):1963-70.
17. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012;17(11): 2865-2875.
18. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2020. 549 p.
19. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al . 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. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018; 27(2): e2017389.
20. Almeida HOC, Santos NF, Sampaio WKS. Aplicabilidade das ferramentas de gestão da qualidade no âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *RAHIS*. 2020; 17(4): 1-12.

Recebido em julho 2020.
Aceito em agosto 2021.