



ciência plural

INDICADORES DE QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Quality indicators in primary health care in brazil: an integrating review

Juliana Mota Ferreira • Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. E-mail: julianamf04@yahoo.com.br

Pamela Kulbok • University of Virginia – UVA. Estados Unidos da América do Norte. E-mail: pk6c@virginia.edu

Carlos Antonio Bruno da Silva • Universidade de Fortaleza-UNIFOR. E-mail: carlosbruno@unifor.br

Fábia Barbosa de Andrade • Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. E-mail: fabiabarbosabr@gmail.com

Iris do Céu Clara Costa • Professora do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. E-mail: irisdoceu.ufrn@gmail.com

Autora responsável pela correspondência:

Juliana Mota Ferreira. E-mail: julianamf04@yahoo.com.br

Objetivo: Apresentar a síntese dos indicadores de qualidade relacionados a resultados, com foco nas condições de saúde na atenção primária, presentes na literatura internacional e, a partir destes, descrever as intervenções ou estratégias utilizadas no Brasil para alcançar melhores resultados em saúde nos últimos anos.

Métodos: Estudo de revisão integrativa dividido em duas etapas. Primeiro, foi realizada revisão da literatura, buscando identificar quais os indicadores relacionados a resultados utilizados para qualificar a atenção primária, sendo selecionados 6 estudos. Na segunda etapa, realizou-se revisão sistemática nas bases de dados MEDLINE, LILACS e CINAHL, na busca de artigos publicados no período de 2011 a 2017 que descrevessem intervenções realizadas no Brasil. Foram selecionados 25 artigos. **Resultados:** Compilou-se 18 domínios de indicadores de qualidade para atenção primária. Destes, 4 foram selecionados para a etapa posterior: diabetes mellitus, hipertensão arterial, imunização e/ou vacinação, e tabagismo e/ou alcoolismo. As intervenções ou estratégias estudadas foram, em sua maioria, direcionadas para promoção da saúde e prevenção de agravos, e mostraram resultados positivos de forma geral, utilizando educação em saúde, orientação farmacêutica e nutricional, recursos tecnológicos, entre outros. **Conclusão:** Os resultados apresentados fornecem suporte adicional para o monitoramento da qualidade da atenção primária no Brasil, ressaltando quais indicadores são internacionalmente reconhecidos como essenciais para melhoria da prestação do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; qualidade da assistência à saúde; indicadores de qualidade; diabetes mellitus; hipertensão.

ABSTRACT

Aim: To present a summary of quality indicators related to results, focusing on health conditions in primary care, found in the international literature and, from these, describe interventions or strategies used in Brazil to achieve better health outcomes in recent years. **Methods:** An integrative review study divided into two stages. First, a literature review was conducted in order to identify the indicators related to results used to describe primary care; six studies were selected. In the second stage, there was a systematic review in the MEDLINE, LILACS and CINAHL databases, searching for articles published in the period 2011 to 2017 describing interventions in Brazil. Twenty five articles were selected. **Results:** Eighteen domains of quality indicators for primary care were compiled. Of these, four were selected for the subsequent stage: diabetes mellitus, hypertension, immunization and / or vaccination, and smoking and / or alcoholism. The interventions or strategies studied were mostly directed at health promotion and disease prevention and, in general, showed positive results using health education, pharmaceutical and nutritional guidance, and technological resources, among others. **Conclusion:** The results presented herein provide additional support for monitoring the quality of primary care in Brazil, pointing out which indicators are internationally recognized as essential to improving the delivery of health care.

Keywords: primary health care; quality of health care; quality indicators; diabetes mellitus; hypertension.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizada pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde¹.

Uma APS de qualidade tem sido requisito enfatizado em vários países. Esse movimento ganha força a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários². A APS tem demonstrado estar associada ao maior acesso aos serviços de saúde, melhores resultados de saúde, e diminuição da hospitalização e do uso de serviços de emergência³.

A qualidade da assistência tem sido tema relevante nas questões direcionadas à saúde. Os altos custos e a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos têm direcionado os esforços no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde são providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado do paciente⁴.

De acordo com Donabedian⁵, para a avaliação qualitativa do cuidado, são comparadas e analisadas as informações a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado. A avaliação da estrutura baseia-se na existência de recursos físicos, humanos e organizacionais adequados; a avaliação do processo está voltada para as inter-relações de trabalho que envolvem gestão, profissionais e usuários; e a avaliação dos resultados está ligada ao impacto da assistência prestada na situação de saúde. Estas diferentes abordagens estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. A estrutura física e organizacional tem impacto direto na qualidade do processo que, por sua vez, se reflete na melhora dos resultados⁴.

A avaliação, segundo critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado, permite, ao final, juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, e mostra a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios⁶.

Muitas organizações sociais e de saúde, tais como a *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD)⁷, *Canadian Institute of Health Information* (CIHI)⁸ e *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁹ têm desenvolvido e implementado sistemas de monitoramento e indicadores de

qualidade para avaliar o desempenho de serviços de saúde prestados a nível regional, nacional e internacional.

No Brasil, com o alcance da cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de APS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as iniciativas centradas na qualificação da APS destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ¹⁰.

O desenvolvimento de intervenções e estratégias, direcionadas para a melhoria dos indicadores de qualidade da APS, apresentam-se como importantes ferramentas para o alcance de resultados positivos relacionados às condições de saúde, a gestão dos recursos, a aos níveis de satisfação, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do sistema.

O presente estudo tem como finalidade mostrar uma síntese de domínios de indicadores de qualidade em saúde para APS, presentes na literatura internacional e, a partir destes, apresentar intervenções ou estratégias utilizadas no Brasil para alcançar melhores resultados na APS nos últimos anos.

Método

Estudo de revisão integrativa, dividido em duas etapas. A primeira etapa consistiu de revisão da literatura internacional, na qual buscou-se identificar quais os indicadores de resultados utilizados para qualificar a APS. Na segunda etapa, realizou-se a revisão sistemática da literatura, na busca de estudos que descreviam intervenções ou estratégias utilizadas no Brasil para ampliar a qualidade dos resultados na APS.

Primeira etapa

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas bases de dados MEDLINE e LILACS, utilizando-se os seguintes descritores: [atenção primária à saúde OU atenção básica] E [indicadores de qualidade]; e [quality indicators] E [primary health care]. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos revisados por pares, com texto completo e resumo disponíveis. Posteriormente, realizou-se busca manual na base de dados Google acadêmico, utilizando-se os mesmos descritores. Os critérios de inclusão foram: artigos originais ou de revisão, estudos não-publicados, e

relatórios técnicos ou documentos governamentais. Para as duas metodologias de busca, não houve delimitação de tempo cronológico de disponibilidade do documento.

Por meio da busca sistemática nas bases MEDLINE e LILACS, foram selecionados 2 estudos que descreviam indicadores relacionados a resultados, com foco nas condições de saúde presentes na APS (Figura 1). A busca manual na base de dados Google Acadêmico selecionou mais 4 estudos.

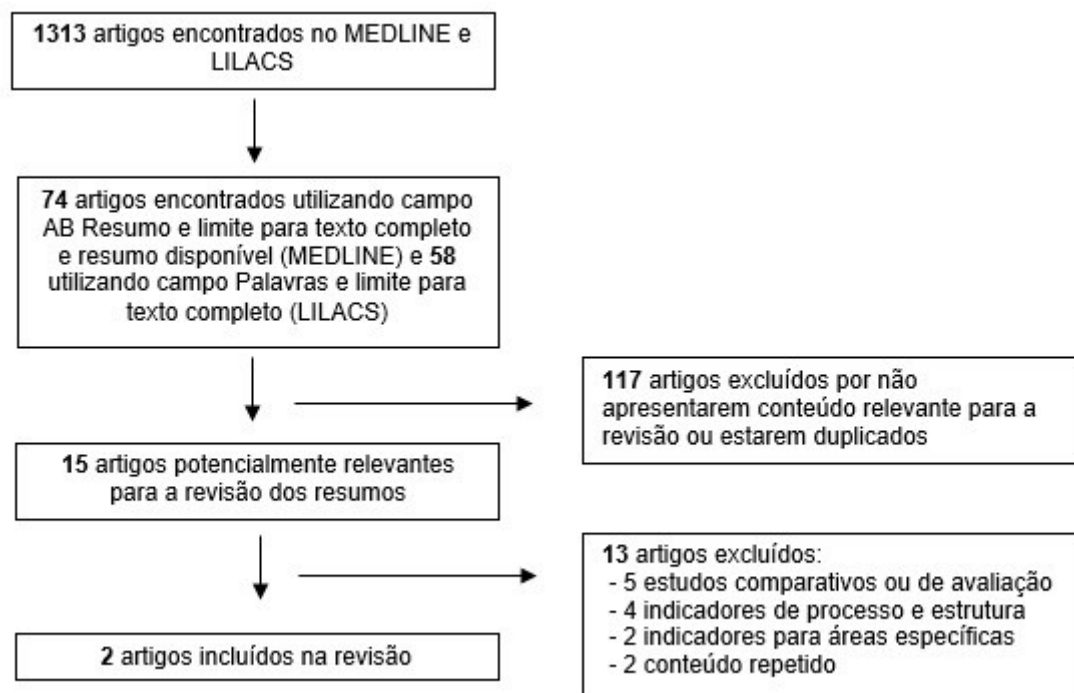


Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão da literatura sobre indicadores de qualidade na APS. Fortaleza-CE, 2017.

Segunda etapa

Após a identificação dos indicadores de qualidade internacionais, voltados para os resultados, foram selecionados os que eram comuns a todos os estudos ou documentos, são eles: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA), imunização/vacinação e tabagismo/alcoolismo. Os quatro indicadores citados foram utilizados para a revisão sistemática da literatura, voltada para experiências no Brasil. Realizou-se a busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e CINAHL, utilizando os termos [primary health care] E [Brazil] combinados com um dos termos a seguir: [diabetes], [hypertension], [immunization], [smoking] e [alcoholism]. Utilizou-se o filtro de textos completos.

O critério de inclusão foram artigos originais, publicados em periódicos revisados por pares, direcionados para intervenções ou estratégias desenvolvidas no âmbito da APS, relacionadas aos quatro indicadores de qualidade selecionados, no período de 2011 a 2017. O ano de 2011 foi utilizado como marco de referência por ter sido o ano em que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foi lançado pelo Ministério da Saúde do Brasil¹⁰. Foram excluídas dissertações, teses, editoriais, revisões, relatórios e anais de congressos, bem como artigos originais relacionados a procedimentos clínicos específicos, estudos comparativos envolvendo diferentes regiões ou outros países, e estudos que descreviam protocolos de intervenção.

A análise final selecionou 25 artigos, que corresponderam aos critérios de inclusão e exclusão deste estudo (Figura 2).

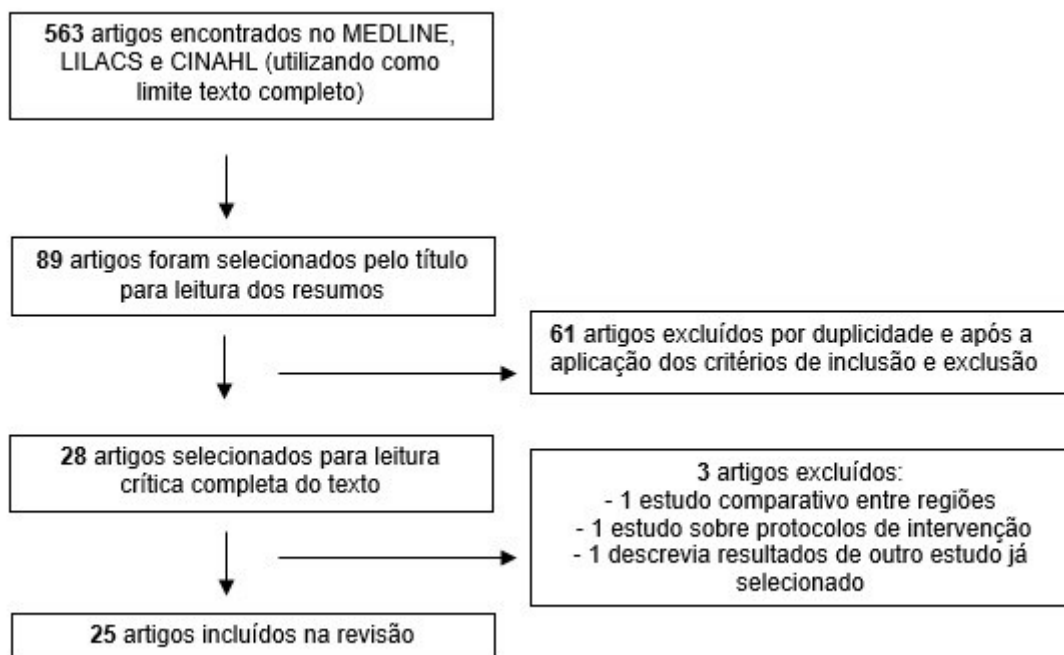


Figura 2: Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura sobre intervenções ou estratégias para APS desenvolvidas no Brasil. Fortaleza-CE, 2017.

Resultados

Primeira etapa

Foram selecionados 4 estudos realizados em diferentes países: Brasil¹⁰, Estados Unidos⁹, Canadá⁸ e Nova Zelândia¹¹; e mais 2 estudos de âmbito internacional, um desenvolvido pela OECD⁷, e um que

envolvia países da região do Mar Báltico (Lituânia, Letônia, Estônia e Bielorrússia)¹². Os indicadores de qualidade relacionados às condições de saúde foram compilados e geraram 18 domínios de indicadores de qualidade para resultados na APS (Tabela 1).

Tabela 1: Domínios dos indicadores de qualidade dos estudos selecionados. Fortaleza-CE, 2017

Domínios dos indicadores de qualidade	Nova Zelândia ¹¹	Países da OECD ⁷	Estados Unidos ⁹	Letônia, Lituânia, Estônia e Bielorrússia ¹²	Brasil ¹⁰	Canadá ⁸
Diabetes Mellitus *	X	X	X	X	X	X
Hipertensão/ Pressão arterial *	X	X	X	X	X	X
Doença Cardiovascular	X	X	X	X		X
Triagem para Câncer			X	X		X
Imunização/ Vacinação *	X	X	X	X	X	X
Doenças infecciosas			X	X	X	
Doenças do trato respiratório	X		X	X		
Saúde da Mulher/ Gravidez	X	X		X	X	
Saúde da Criança				X	X	X
Saúde Mental			X		X	X
Tabagismo/Alcoolismo *	X	X	X	X	X	X
Nutrição/Obesidade		X	X			X
Dislipidemia						X
Saúde Bucal					X	
Atividade física		X				
Medicação/ Prescrição	X		X			X
Auto-gestão de doenças crônicas						X
Hospitalização por condições sensíveis à atenção ambulatorial		X				

Legenda: OECD = *Organization for Economic Co-operation and Development*.

(*) Domínios de indicadores de qualidade comuns a todos os estudos selecionados.

Os domínios comuns a todos os estudos selecionados foram: DM, HA, imunização e/ou vacinação, e tabagismo e/ou alcoolismo. Estes foram usados como referência para a etapa posterior.

Segunda etapa

A busca por estudos relacionados aos indicadores de qualidade para resultados no Brasil gerou 25 artigos (Tabela 2). Destes, treze foram desenvolvidos na região sudeste, sete no nordeste, três no sul e dois no centro-oeste.

Tabela 2: Análise dos estudos realizados no Brasil relacionados aos indicadores de qualidade selecionados. Fortaleza-CE, 2017

Autor/ Ano	Local/ Objetivo	Método/ Amostra	Indicador/ Estratégia	Resultados
Giffoni et al, 2011 ³⁶ .	Local: Ceará Identificar potencialidades da terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool.	Abordagem qualitativa de cunho etnográfico, utilizando entrevista semiestruturada e observação participante. Amostra contou com 1 participante.	Alcoolismo Terapia comunitária	1. Ressignificação da problemática e redirecionamento de itinerários terapêuticos, no sentido da gestão da própria vida e busca da cidadania.
Ribeiro et al, 2011 ²³ .	Local: Minas Gerais Comparar duas estratégias de intervenção em relação à adesão a alterações dietéticas recomendadas para o tratamento da HÁ.	Estudo controlado randomizado de uma amostra composta por 28 mulheres com HA.	Hipertensão arterial Aconselhamento nutricional	1. A estratégia de orientação domiciliar promoveu maior adesão a mudanças na dieta, levando a uma melhoria nos parâmetros clínicos, antropométricos, bioquímicos e nutricionais.
Torres et al, 2011 ¹³ .	Local: Minas Gerais Descrever a estratégia de visita domiciliar na educação para o autocuidado no DM tipo 2.	Estudo descritivo, mediante a observação sistematizada e a intervenção orientada/ participativa. Participaram do estudo 63 clientes com DM tipo 2.	Diabetes mellitus Educação em saúde na visita domiciliar	1. As orientações propostas mostraram-se eficazes e com boa aceitação. 3. A visita domiciliar propiciou o estabelecimento do vínculo profissional-indivíduo.

Obreli Neto et al, 2011 ³² .	Local: São Paulo Avaliar um programa de assistência farmacêutica para pacientes diabéticos e hipertensos com risco de doença cardíaca coronariana.	Ensaio clínico prospectivo controlado randomizado, com 194 pacientes.	Diabetes mellitus e Hipertensão arterial Assistência farmacêutica	1. Reduções significativas nos parâmetros clínicos no grupo de intervenção. 2. A predição de risco médio no grupo de intervenção diminuiu após 36 meses.
Nascimento et al, 2012 ²⁴ .	Local: Piauí Conhecer os efeitos do Lian Gong em pacientes hipertensos usuários da Unidade de Saúde da Família.	Estudo qualitativo descritivo. Amostra envolvendo 20 voluntários.	Hipertensão arterial Atividade Física	1. Melhora dos sintomas físicos e emocionais, nas relações sociais e familiares, bem como na dificuldade de mudanças de hábitos.
Sereno et al, 2012 ³⁴ .	Local: Rio de Janeiro Determinar se profissionais DOTS poderiam ser treinados para realizar aconselhamento sobre a cessação do tabagismo.	Estudo piloto, com 16 profissionais do DOTS e médicos de supervisão, treinados em métodos de cessação do tabagismo. Amostra de 28 fumantes para intervenção.	Tabagismo Aconselhamento para cessação do tabagismo - treinamento de profissionais.	1. Melhoria na competência pessoal dos profissionais para o aconselhamento. 2. O conhecimento dos profissionais sobre cessação do tabagismo não melhorou após o treinamento.
Lima et al, 2013 ²⁵ .	Local: Maranhão Avaliar o impacto de uma abordagem dietética brasileira para HÁ.	Ensaio randomizado. Amostra de 206 hipertensos, divididos em grupo experimental e grupo-controle.	Hipertensão arterial Aconselhamento nutricional	1. Redução da PA sistólica e diastólica, e da excreção urinária de sódio. 2. A ingestão de alimentos foi modificada durante a intervenção.
Lucchese et al, 2013 ³⁵ .	Local: Goiás Discutir o uso da tecnologia de grupo operativo como	Estudo de natureza mista, do tipo descritivo e exploratório. Amostra composta por 9 fumantes.	Tabagismo Grupo operativo	1. Significativa mudança do padrão de consumo. 2. Estimou-se 78% de abandono do uso do tabaco.

	estratégia de enfrentamento do uso do tabaco.			
Chagas et al, 2013 ¹⁴ .	Local: São Paulo Descrever as características clínicas, e analisar o conhecimento de pacientes com DM após programa educativo.	Estudo transversal. A amostra foi constituída por 40 pacientes.	Diabetes Mellitus Programa educativo	1. Incorporados conhecimentos em relação a conceito, fisiopatologia e tratamento da doença, atividade física, cuidado com os pés, automonitorização e complicações crônicas.
Faria et al, 2013 ¹⁵ .	Local: São Paulo Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com DM, antes e após participação em um programa educativo.	Estudo quase experimental, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois. A amostra foi constituída por 51 pacientes.	Diabetes Mellitus Programa educativo	1. Melhora na qualidade de vida em quatro domínios: Capacidade funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Dor.
Torres et al, 2013 ¹⁶ .	Local: Minas Gerais Descrever a experiência do monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado da pessoa com DM.	Trata-se de um estudo descritivo, realizado com 115 usuários com DM tipo 2.	Diabetes Mellitus Monitoramento telefônico	1. Potencializou-se as orientações para a autocuidado. 2. Maior disponibilidade para o acesso à comunicação, fortalecimento do vínculo, manejo da doença, de forma rápida e efetiva.
Santos et al, 2013 ²⁶ .	Local: Pernambuco Descrever e analisar uma estratégia de telessaúde destinada a aumentar a aderência para o tratamento da HA.	Estudo de intervenção, utilizando a abordagem antes e depois, com participação de 21 profissionais e 502 hipertensos.	Hipertensão Arterial Telessaúde	1. Maior compreensão crítica dos resultados e metas estabelecidas para a equipe. 3. Melhora na adesão aos medicamentos anti-hipertensivos e dieta com baixo teor de sal.

Martins et al, 2013 ²⁷ .	Local: Goiás Analisar um modelo de Atenção Farmacêutica a pacientes com HA.	Estudo longitudinal com 14 pacientes hipertensos.	Hipertensão Arterial Assistência farmacêutica	1. A falta de efetividade do tratamento foi o problema mais frequente. 2. Redução do risco cardiovascular em 3 pacientes e redução da glicemia de jejum em 6.
Mourão et al, 2013 ¹⁷ .	Local: Minas Gerais Avaliar o efeito de um programa de assistência farmacêutica em pacientes hiperglicêmicos.	Ensaio clínico controlado, randomizado e aberto. O total de 100 pacientes completaram o estudo.	Diabetes Mellitus Assistência farmacêutica	1. Redução significativa nos parâmetros clínicos. 2. Aumento significativo do colesterol HDL e do uso de agentes modificadores de lipídios e inibidores de agregação de plaquetas.
Rodrigues et al, 2014 ³³ .	Local: São Paulo Apresentar um Ambiente Virtual em Libras.	Estudo experimental. Amostra de 30 pacientes surdos.	Diabetes mellitus e Hipertensão arterial Ambiente virtual em Libras	1. Excelente aceitação, possibilitando interação sem intérprete. 2. Determinou o grau de risco de indivíduos surdos serem acometidos por enfermidades crônicas.
Pimenta et al, 2014 ²⁸ .	Local: Minas Gerais Comparar o efeito de 2 intervenções educativas no tratamento de pacientes hipertensos.	Estudo experimental, realizado com 41 médicos e 317 pacientes hipertensos.	Hipertensão Arterial Intervenção educativa	1. Aumento da prescrição de drogas anti-hipertensivas, de aspirina e drogas hipolipidêmicas para os doentes de alto risco. 2. Aumento da orientação dietética e sobre o risco cardiovascular.
Lima et al, 2014 ²⁹ .	Local: Maranhão Avaliar a Abordagem Dietética Brasileira para Interromper a Hipertensão (BRADA).	Estudo randomizado com 156 indivíduos.	Hipertensão arterial Aconselhamento nutricional	1. Redução nos parâmetros clínicos. 2. A dieta BRADA foi eficaz para tratar a HA nos parâmetros bioquímicos testados.

Moura et al, 2015 ¹⁸ .	Local: Piauí Comparar duas estratégias educacionais para adolescentes com fatores de risco associados com DM tipo 2.	Estudo comparativo e de intervenção. A amostra foi composta por 60 adolescentes.	Diabetes Mellitus Grupo educativo	1. Aumento no nível de conhecimento como resultado de ambas as intervenções. 2. A intenção de mudar os hábitos foi semelhante em ambos os grupos.
Pereira et al, 2015 ³⁷ .	Local: São Paulo Verificar a efetividade do curso de <i>e-learning</i> : Gestão do Abuso de Álcool em Atenção Primária.	Curso de <i>e-learning</i> oferecido aos profissionais de saúde. Amostra com 33 participantes.	Alcoolismo Curso eletrônico para treinamento de profissionais de saúde.	1. Transmissão e retenção efetiva do conhecimento. 2. Experiência anterior em cursos eletrônicos esteve relacionada a melhores resultados.
Sousa et al, 2016 ³⁰ .	Local: Ceará Avaliar uma intervenção educacional para promover a qualidade de vida e adesão ao tratamento para HÁ.	Estudo de intervenção do tipo antes e depois, conduzido com 116 pacientes.	Hipertensão Arterial Intervenção educativa	1. A intervenção educacional melhorou a pontuação total da qualidade de vida nos domínios físicos e mentais. 2. Aumento da adesão ao tratamento de HÁ.
Grillo et al, 2016 ¹⁹ .	Local: Rio Grande do Sul Avaliar o efeito de um programa de educação grupal estruturado para pacientes DM tipo 2.	Estudo randomizado, com grupo paralelos, divididos em grupo de intervenção e grupo controle.	Diabetes Mellitus Programa de educação grupal	1. Melhoria no conhecimento relacionado à doença. 2. Não houve diferença na Hemoglobina A1C entre os grupos.
Fernandes et al, 2016 ²⁰ .	Local: Minas Gerais Avaliar a efetividade da intervenção telefônica na promoção do	Ensaio clínico randomizado. Amostra com 210 usuários, divididos em grupo experimental e grupo controle.	Diabetes Mellitus Intervenção telefônica	1. A intervenção telefônica utilizada como estratégia educativa, foi efetiva na promoção do autocuidado relacionado à atividade

	autocuidado em pacientes com DM.			física e ao seguimento de um plano alimentar.
Kuhmmer et al, 2016 ³¹ .	Local: Rio Grande do Sul Comparar um programa multidisciplinar de cuidados em grupo versus individuais, para promover o controle da PA.	Ensaio clínico controlado randomizado. Amostra com 256 pacientes hipertensos.	Hipertensão Arterial Programa multidisciplinar educativo	1. Eficácia similar da intervenção em grupo em comparação com o programa individual personalizado, para alcançar o controle da PA.
Diehl et al, 2017 ²¹ .	Local: Paraná Avaliar a eficácia educacional da InsuOnline, um jogo eletrônico para educação médica sobre terapia com insulina para DM.	Ensaio controlado aleatório aberto. Amostra composta por 134 médicos, divididos em 2 grupos.	Diabetes Mellitus Jogo eletrônico educativo	1. Aumento da competência para os médicos que utilizaram o jogo eletrônico. 2. O jogo InsuOnline é aplicável e eficaz para educação médica em insulino terapia.
Nascimento et al, 2017 ²² .	Local: São Paulo Avaliar a formação de agentes comunitários de saúde na Entrevista de motivação baseada no aconselhamento para pacientes com DM mal controlada.	Estudo experimental – piloto. Amostra composta por 32 agentes comunitários de saúde.	Diabetes Mellitus Treinamento educativo para profissionais de saúde	1. Melhorias na qualidade do tratamento para DM recebido. 2. Aumentos na atividade física, consumo de frutas e vegetais e aderência à medicação.

Legenda: HA = Hipertensão Arterial; DM = Diabetes Mellitus; DOTS = *Directly Observed Therapy Short-Course*; PA = Pressão Arterial; HDL = *High Density lipoprotein*; BRADA = *Brazilian Dietary Approach to Break Hypertension*; Hemoglobina A1C = Hemoglobina glicada.

Quanto aos indicadores de qualidade utilizados para a pesquisa, dos 26 artigos, dez estavam relacionados ao DM¹³⁻²², nove à HA²³⁻³¹, dois envolviam tanto DM quanto HA³²⁻³³, dois estavam direcionados

ao tabagismo^{34,35}, e dois ao alcoolismo^{36,37}. A busca não gerou resultados relacionados à imunização/vacinação.

As intervenções ou estratégias apresentadas nos artigos selecionados foram, em sua maioria, direcionados para promoção da saúde e prevenção de agravos. Dos 25 artigos, nove estavam relacionados a programas ou grupos de educação em saúde^{13-15,18,19,28,30,31,35}, seis utilizaram recursos tecnológicos como ferramentas para promover saúde, tais como monitoramento telefônico^{16,20}, ambiente virtual³³, telessaúde^{26,37} e jogo eletrônico²¹, e dois descreviam estratégias de capacitação de profissionais para aconselhamento^{22,34}. Três abordavam a orientação ou aconselhamento nutricional^{23,25,29}, e três referiram a assistência farmacêutica para controle de efeitos e riscos relacionados à medicação^{17,27,32}. Um artigo descreveu a atividade física como intervenção para o alcance de melhores resultados em saúde²⁴ e um apresentou a terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool³⁶.

As pesquisas que utilizaram a estratégia de educação em saúde e apoio nutricional e farmacêutico, direcionada para os pacientes portadores de DM e/ou HA, apresentaram-se eficazes e revelaram melhora dos parâmetros clínicos dos pacientes^{17,23,25,27,29,32}, ampliação do conhecimento^{14,18,19,21,28} relacionado à doença, maior adesão ao tratamento^{23,26}, favorecimento de hábitos saudáveis^{20,24}, melhora na qualidade de vida^{15,30} e aumento do vínculo profissional-paciente^{13,16,33}. As ações desenvolvidas com os profissionais de saúde mostraram a ampliação da competência para lidar com a doença^{21,22,34,37}, repercutindo em melhores resultados junto aos pacientes.

As ações voltadas para o controle do tabagismo e alcoolismo, mostraram ampliação do conhecimento dos profissionais para atuar com essa população^{34,37}, mudanças no padrão de consumo e abandono do uso do cigarro³⁵, e ressignificação da problemática do abuso do álcool, com empoderamento do paciente para o autocuidado³⁶.

Em três estudos, que apresentaram intervenções educativas voltadas para pacientes com DM e HA, não foram observadas diferenças significativas entre os resultados de grupos experimentais e grupos controle^{18,19,31}. Em outro estudo selecionado, o conhecimento dos profissionais sobre cessação do tabagismo também não apresentou aumento significativo após o treinamento.

Discussão

Indicadores de qualidade

Os indicadores de qualidade são ferramentas importantes para orientar a política e o planejamento em saúde, e fornecem evidências que servem de base para tomada de decisões, desenvolvimento de programas e financiamento. Os dados obtidos através dos indicadores são úteis para avaliar o desempenho da APS, monitorar alterações ao longo do tempo e variações entre as regiões de saúde, e identificar oportunidades para melhorias na saúde e bem-estar da população⁸.

A aplicação principal da avaliação da qualidade é para o manejo interno, em que as unidades de saúde individuais examinam sua qualidade de acordo com as metas estabelecidas por eles e depois projetam mecanismos para melhorar o desempenho abaixo do padrão².

A seleção dos indicadores de qualidade deve ser discutida com as partes interessadas, como financiadores, fornecedores, profissionais, pacientes e políticos, e adaptada às necessidades nacionais. A aplicabilidade dos indicadores depende do desenvolvimento e objetivos da APS no país¹².

Alguns indicadores são universais, tais como os relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são responsáveis por alta taxa de morbimortalidade e efeitos econômicos adversos para a sociedade em geral. Atualmente, as DCNT causam mais mortes do que todas as outras causas combinadas, sendo as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, e o DM responsáveis por 82% desses óbitos³⁸. A importância das doenças crônicas como causa de morte reforça a necessidade de manter o foco nestas causas, além dos seus fatores de risco.

Outros indicadores de qualidade são comuns apenas para algumas regiões, como os relacionados às doenças infecciosas. Esse fato está diretamente relacionado às características socioeconômicas de cada país. De acordo com dados publicados em 2012, doenças infecciosas, incluindo parasitárias, respondiam pela morte de mais de 8,7 milhões de pessoas em todo o mundo em 2008. A maioria das mortes foram de pessoas pobres, vivendo em países de baixa e média renda³⁹.

No presente estudo, a criação da lista única de indicadores forneceu um panorama geral de saúde, que auxiliou na definição de quais indicadores de qualidade são imprescindíveis em qualquer serviço de APS. Dos 18 domínios dos indicadores de qualidade agrupados, quatro são comuns a todas as listas de

indicadores selecionadas. Desses, três estão relacionados às doenças crônicas: DM, HA e tabagismo/alcoolismo. Apenas um, imunização/vacinação, guarda relação com o controle de doenças transmissíveis.

A presença de indicadores ligados a fatores de risco para doenças crônicas, como nutrição/obesidade, atividade física e dislipidemia, bem como o controle do tabagismo/alcoolismo, demonstram o interesse na prevenção dos agravos como indicador de qualidade na assistência à saúde.

No Brasil, a transição epidemiológica e demográfica vem ocorrendo de forma acelerada, com redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas. As doenças crônicas foram responsáveis por cerca de 70% das mortes, sendo as doenças cardiovasculares (doenças isquêmicas e cerebrovasculares) e o DM as causas mais frequentes de morte⁴⁰. Com relação à imunização, o Brasil é um dos países com melhor cobertura vacinal disponível a todos através da rede pública de saúde⁴¹.

A análise dos indicadores adotados no Brasil, através do PMAQ - Atenção Básica, mostrou algumas particulares do instrumento utilizado: é o único que não considera as doenças cardiovasculares em sua avaliação de qualidade, abordando somente a hipertensão arterial; e apresenta indicadores para saúde bucal, domínio não explorado em nenhum dos outros estudos encontrados. As singularidades presentes no instrumento brasileiro podem justificar-se pela metodologia adotada na escolha dos indicadores, limitados àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹⁰.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o novo sistema de informações (Sistema de informações em Saúde para a Atenção Básica – SISAB), com o objetivo de melhorar e modernizar o sistema de gerenciamento de informações. A implantação desse sistema, somada ao processo de informatização da rede de atenção, poderá ampliar o horizonte de indicadores e informações a serem acompanhadas¹⁰.

Intervenções para melhoria da qualidade dos resultados na APS

O resultado da busca por estudos realizados no Brasil revelou o predomínio de estratégias de melhoria voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, direcionadas principalmente para DM e HA. Este fato pode estar relacionado à implementação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus, em 2001, que tem a educação e a promoção à saúde como alicerces⁴².

A adoção do estilo de vida mais saudável tem sido amplamente recomendada para prevenção e tratamento destes agravos⁴², e as intervenções educativas mostram-se eficazes, alcançando resultados positivos na adesão ao tratamento não medicamentoso, através de dieta, atividade física e abandono de hábitos nocivos, como tabagismo.

O processo educativo possibilita aos pacientes acesso a ferramentas para desenvolvimento de habilidades em relação ao autocuidado, com vistas a aumentar o nível de conhecimento para o manejo da doença¹⁴. Entretanto, é importante que o processo de educação seja permanente, para assegurar a consolidação do conhecimento adquirido e garantir a manutenção dos resultados positivos obtidos, mesmo após encerramento dos programas. Chagas et al¹⁴ ressaltaram a necessidade de monitoramento permanente em serviços de APS, de modo a manter a efetividade dos benefícios alcançados com a participação em programa estruturado de educação.

Na perspectiva da longitudinalidade, os serviços de saúde poderiam utilizar estratégias educativas sistematizadas, que possibilitassem manter o processo educativo ao longo do tratamento, atendendo às diretrizes do SUS¹⁴. Cabe à equipe de saúde orientar enfaticamente sua clientela para a mudança de hábitos desfavoráveis, particularmente aos pacientes com patologias instaladas e pessoas que, embora não apresentem quadro clínico aparente, já manifestam um ou mais fatores de risco para doenças crônicas⁴².

Outras estratégias abordadas nos estudos selecionados, como a visita domiciliar¹³ e o monitoramento telefônico^{16,20}, mostraram benefícios relacionados ao vínculo com o serviço e com os profissionais de saúde e a facilidade de acesso. A relevância da visita domiciliar justifica-se pelo fato de que muitos pacientes enfrentam obstáculos de acesso aos serviços de saúde por diversos fatores, tais como: a distância entre o local de moradia e os serviços que prestam atendimento; a limitação física; os custos financeiros que estes deslocamentos representam; e a insuficiência de vagas nos serviços. Estes obstáculos reduzem o alcance das ações educativas individuais e em grupos promovidas pelas equipes de saúde¹³.

O sistema de monitoramento por meio de ligações telefônicas reúne características potenciais de simplicidade, baixo custo e rapidez¹⁶, sendo considerado um método eficaz para atingir o usuário em sua casa ou comunidade, em horários flexíveis, além de otimizar o tempo²⁰. Nos estudos realizados por Torres et al¹⁶, a monitorização telefônica, por meio da escuta qualificada e conduzida de forma dialógica, permitiu potencializar as orientações para a educação do autocuidado, especialmente, dentro das áreas de nutrição e atividade física.

Devido a evolução considerável do acesso à telefonia pela população, impulsionada pelo crescimento da telefonia móvel celular, a intervenção telefônica configura-se como estratégia educativa capaz de atingir grande número de usuários que possuem dificuldades, como barreiras geográficas e financeiras, para ter acesso ao serviço de saúde²⁰. Os benefícios desse tipo de intervenção à distância abrangem a velocidade de acesso ao profissional de saúde; diminuição do tempo de espera para a consulta e redução do tempo e custo na locomoção, além da possibilidade de aumentar a frequência dos contatos e de facilitar o retorno do usuário¹⁶.

A assistência farmacêutica também é uma estratégia explorada nos últimos anos na ESF para ampliação do cuidado no DM e na HA. A sua regulamentação no SUS existe desde 2004, com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que a define como um conjunto de ações, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional⁴³. O objetivo é identificar, resolver ou prevenir qualquer problema relacionado com a droga que poderiam interferir na finalidade última de alcançar resultados satisfatórios através do tratamento²⁷.

Obreli Neto et al³², ao estudarem o efeito de um programa de assistência farmacêutica de 36 meses, voltado para idosos hipertensos e diabéticos, observaram melhora dos parâmetros clínicos e redução do risco de doenças cardiovasculares. Os autores afirmaram ainda que os custos para incluir o farmacêutico na equipe de saúde primária são muito baixos se comparados aos resultados econômicos conseguidos pela intervenção deste profissional.

Embora muitos estudos comprovem o benefício da intervenção farmacêutica na APS^{17,27,32}, a assistência farmacêutica no SUS continua centrada na gestão de processos e dispensação de medicamentos, o que mantém o farmacêutico distante do paciente e da equipe de saúde²⁷. Revela-se, assim, a necessidade do trabalho cooperativo em equipe na APS, com o objetivo de harmonizar os procedimentos e fornecer adequadas intervenções que beneficiem os pacientes sob tratamento medicamentoso.

O uso racional de medicamentos também apresenta-se como um desafio à assistência farmacêutica na APS, em virtude da crescente medicalização da sociedade. Os medicamentos têm se convertido em elementos de primeira ordem, desempenhando papel cada vez mais relevante, e estando presentes na maioria dos procedimentos terapêuticos. A frequência de uso, a facilidade de aquisição e a publicidade sem restrições banalizam o uso de medicamentos, como se não houvesse riscos⁴⁴.

Outra estratégia que cresce nos últimos anos no SUS é a orientação nutricional. O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar, têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas⁴⁵. Frente a esse cenário, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição constitui uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida⁴⁵.

A análise pormenorizada dos estudos que não encontraram diferença significativa entre grupos experimentais e grupos controle revelou que, na verdade, as intervenções educativas grupais em promoção da saúde foram eficazes, mostrando melhora nos parâmetros clínicos e nos hábitos de vida, porém, são tão efetivas quanto as orientações personalizadas ou individuais^{18,19,31,34}. Alguns vieses podem se interpor na lógica de que programas de intervenção estruturados trariam resultados mais positivos do que as orientações individuais de rotina oferecidas aos pacientes. Grillo et al¹⁹, em um estudo com diabéticos, identificaram que o mesmo profissional de saúde que liderava os grupos de intervenção educacional, fazia os atendimentos e orientações individuais, não sendo possível separar a motivação do mesmo para a melhora do paciente nas diferentes situações. Situação semelhante é descrita por Kuhmmer et al³¹, na qual a mesma equipe multiprofissional que desenvolveu as atividades educacionais, acompanhou o paciente no cuidado personalizado.

No estudo em que não foi observado melhora no nível de conhecimento dos profissionais de saúde após treinamento em tema específico³⁴, sugeriu-se fortalecer a metodologia do treinamento, que poderia ter sido insuficiente para capacitar o profissional para o atendimento. A falta de familiaridade e de domínio do tema específico por parte dos profissionais que irão desenvolver os programas educativos poderia explicar a falta de efeito da educação grupal¹⁹.

Nesse contexto, a educação permanente, como ferramenta para obtenção de melhores resultados de saúde na APS, proporcionaria o aumento da competência pessoal e ampliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a

gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população⁴⁶.

Existem limitações nesse estudo relacionadas aos indicadores de qualidade selecionados para a realização da revisão de literatura. A seleção apenas dos quatro indicadores comuns ocorreu para viabilidade do estudo, porém, restringiu a possibilidade de abordar estratégias e inovações que estejam sendo realizadas em outras áreas de saúde. A exploração de todos os indicadores de qualidade abordados apresentaria um panorama completo do que vem sendo realizado no Brasil, para expandir e qualificar a APS, nos últimos anos.

Conclusão

A análise dos estudos relacionados aos indicadores de qualidade para APS gerou uma lista de domínios de indicadores de qualidade, com destaque para os quatro domínios comuns a todos os instrumentos: DM, HA, tabagismo/alcoolismo, imunização/vacinação. Acredita-se que a criação de uma lista única de indicadores poderia contribuir para a avaliação completa do progresso da APS, ao enumerar os principais indicadores reconhecidos internacionalmente e determinar o progresso na prestação do cuidado, bem como permitir a comparação entre diferentes realidades.

No Brasil, os estudos publicados nos últimos anos apresentaram estratégias variadas para promover a melhora da qualidade na APS, principalmente relacionadas ao controle do DM e da HA. A maioria das intervenções voltaram-se para promoção da saúde prevenção de agravos, com ênfase na educação em saúde como principal ferramenta, na forma de grupos de orientação, visitas domiciliares, monitoramento telefônico e orientação nutricional e farmacêutica.

Os resultados apresentados fornecem suporte adicional para o monitoramento da qualidade da APS no Brasil, ressaltando quais indicadores são internacionalmente reconhecidos como essenciais para melhoria da prestação do cuidado em saúde. A divulgação de experiências exitosas em diferentes regiões do Brasil é relevante, à medida que apresenta possíveis soluções para desafios semelhantes, na busca de melhorias na qualidade da assistência ao paciente, como também impacto positivo sobre a saúde da população.

Agradecimentos

Os autores são gratos ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq* pelo suporte financeiro.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
3. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica*. 2012; 2012.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Anvisa; 2007.
5. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44(3):166-206. <http://dx.doi.org/10.2307/3348969>
6. Campos, CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2005; 5(supl. 1): s63-s69.
7. Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L et al. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18(supl 1): 21-25. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzl021>.
8. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Pan-Canadian Primary Health Care Indicators Update Report. 2012. Disponível em: https://secure.cihi.ca/free_products/Pan-canadian_PHC_Indicator_Update_Report_en_web.pdf. Acesso em: 10 mar 2016.
9. Wessell AM, Liszka HA, Nietert PJ, Jenkins RG, Nemeth LS, Ornstein S. Achievable benchmarks of care for primary care quality indicators in a practice-based research network. *Am J Med Qual*. 2008; 23(1): 39-46. <http://dx.doi.org/10.1177/1062860607310774>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J. Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand. *N Z Med J*. 2002; 115: 163-5.
12. Jurgutis A, Vainiomäki P. Operational System of Evidence Based and Widely Recognised Quality Indicators for PHC performance - Proposal document for discussions with stakeholders. Fevereiro 2011. Acesso em 18 abr 2016. Disponível em: http://www.ndphs.org/documents/2731/Proposal%20of%20quality%20indicators_fin_2.pdf.
13. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19(1): 89-93.
14. Chagas IAD, Camilo J, Santos MAD, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira CRDS et al. Patients' knowledge of Diabetes five years after the end of an educational program. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5): 1137-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500018>.

15. Faria HTG, Veras VS, Xavier ATDF, Teixeira CRDS, Zanetti ML, Santos MAD. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an educational program. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2): 348-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200011>
16. Torres HC, Reis IA, Roque C, Faria P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na Atenção Primária. *Cienc enferm*. 2013; 19(1): 95-105. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100009>
17. Mourão AOM, Ferreira WR, Martins MAP, Reis AMM, Carrillo MRG, Guimaraes AG et al. Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled trial. *Int J Clin Pharm*. 2013; 35(1): 79-86. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-012-9710-7>
18. Moura IH, Silva AN, Anjos JS, Castro THU, Almeida PC, Silva ARV. Educational strategies with adolescents at risk from diabetes type 2: comparative study. *Online braz j nurs*. 2015; 14 (1): 25-31. Acesso em: 15 jan 2016. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4585>.
19. Grillo MF, Neumann CR, Scain SF, Rozeno RF, Beloli L, Perinetto T et al. Diabetes education in primary care: a randomized clinical trial. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00097115>.
20. Fernandes BS, Reis IA, Torres HC. Evaluation of the telephone intervention in the promotion of diabetes self-care: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2719. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0632.2719>.
21. Diehl LA, Souza RM, Gordan PA, Esteves RZ, Coelho IC. InsuOnline, an Electronic Game for Medical Education on Insulin Therapy: A Randomized Controlled Trial with Primary Care Physicians. *J Med Internet Res*. 2017; 19(3):e72. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6944>.
22. Nascimento TMV, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P et al. A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1):32. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1968-3>.
23. Ribeiro AG, Ribeiro SM, Dias CM, Ribeiro AQ, Castro FA, Suárez-Varela MM et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 637. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-637>.
24. Nascimento ES, Branco MPFC, Moreira AKF, Hazime FA. Os efeitos do Lian Gong em hipertensos assistidos em unidade de saúde da família do município de Parnaíba, Piauí. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2012; 25(4): 435-444.
25. Lima STRM, Souza BDSN, França AKT, Salgado Filho N, Sichieri R. Dietary approach to hypertension based on low glycaemic index and principles of DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): a randomised trial in a primary care service. *Br J Nutr*. 2013; 110(8):1472-9. <http://dx.doi.org/10.1017/S0007114513000718>.
26. Santos MVRD, Oliveira DC, Novaes MA. A telehealth strategy for increasing adherence in the treatment of hypertension in primary care. *Telemed e health*. 2013; 19(4): 241-7. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2012.0036>.

27. Martins BPR, Aquino ATD, Provin MP, Lima DM, Dewulf NDLS, Amaral RG. Pharmaceutical care for hypertensive patients provided within the family health strategy in Goiânia, Goiás, Brazil. *Braz J Pharm Sci.* 2013; 49(3): 609-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502013000300023>.
28. Pimenta HB, Caldeira AP, Mamede S. Effects of 2 Educational Interventions on the Management of Hypertensive Patients in Primary Health Care. *J Contin Educ Health Prof.* 2014; 34(4): 243-51. <http://dx.doi.org/10.1002/chp.21252>.
29. Lima ST, Souza BS, França AK, Salgado JV, Salgado-Filho N, Sichieri R. Reductions in glycemic and lipid profiles in hypertensive patients undergoing the Brazilian Dietary Approach to Break Hypertension: a randomized clinical trial. *Nutr res.* 2014; 34(8): 682-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nutres.2014.07.009>.
30. Souza AC, Moreira TM, Oliveira ES, Menezes AV, Loureiro AM, Silva CB et al. Effectiveness of Educational Technology in Promoting Quality of Life and Treatment Adherence in Hypertensive People. *PLoS One.* 2016; 16;11(11):e0165311. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0165311>.
31. Kuhmmer R, Lazzaretti RK, Guterres CM, Raimundo FV, Leite LE, Delabary TS et al. Effectiveness of multidisciplinary intervention on blood pressure control in primary health care: a randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res.* 2016 <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1703-0>.
32. Obreli Neto PR, Marusic S, Lyra Júnior DP, Pilger D, Cruciol-Souza JM, Gaeti WP, et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on the coronary heart disease risk in elderly diabetic and hypertensive patients. *J Pharm Pharmaceut Sci.* 2011; 14(2): 249-63. <http://dx.doi.org/10.18433/J3259Q>.
33. Rodrigues SCM, Damião GC. Ambiente virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de atenção básica. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(4): 731-738. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400022>.
34. Sereno AB, Soares ECC, Lapa e Silva JR, Nápoles AM, Bialous SA, Costa e Silva VL et al. Feasibility study of a smoking cessation intervention in Directly Observed Therapy Short-Course tuberculosis treatment clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 32(6): 451-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012001400009>.
35. Lucchese R, Vargas LS, Teodoro WR, Santana LKB, Santana FR. Operative group technology applied to tobacco control program. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(4): 918-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400007>.
36. Giffoni FA, Santos MA. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19 (Spec):821-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700021>.
37. Pereira CA, Wen CL, Tavares H. Alcohol abuse management in primary care: an e-learning course. *Telemed J E Health.* 2015; 21(3):200-6. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2014.0042>.
38. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.
39. World Health Organization (WHO). Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty. 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
41. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Semana de vacinação nas américas 2015. Acesso em 21 jun 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=284%3Asemana-de-vacinacao-nas-americas-2015&Itemid=73&lang=es>.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 – Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
44. Foellmer L, Oliveira KR, Moreira AC. Uso racional de medicamentos: prioridade para a promoção da saúde. Ver. Contexto Saúde. 2010; 9(18):53-62.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
46. Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde Soc. 2009;18 (supl.1): 48-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500008>.