

Situação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500016>

Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014

Júlio Henrique de Oliveira, Marta Rovey de Souza, Otaliba Libânio de Moraes Neto

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1226>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- O autor submissor declara que todos os autores responsáveis pela elaboração do manuscrito concordam com este depósito.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa estão descritas no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints.
- Os autores declaram que no caso deste manuscrito ter sido submetido previamente a um periódico e estando o mesmo em avaliação receberam consentimento do periódico para realizar o depósito no servidor SciELO Preprints.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores estão incluídas no manuscrito.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que caso o manuscrito venha a ser postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo estará disponível sob licença [Creative Commons CC-BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).
- Caso o manuscrito esteja em processo de revisão e publicação por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.

Submetido em (AAAA-MM-DD): 2020-09-20

Postado em (AAAA-MM-DD): 2020-11-11

Como citar este artigo:

Oliveira JH, Souza MR, Morais Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiol Serv Saúde* [preprint]. 2020 [citado 2020 set 16]:[20 p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>

Artigo original

Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014*

Confronting chronic diseases noncommunicable in primary health care in Goiás, Brazil: a descriptive study, 2012 e 2014

Enfrentando enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud en Goiás, Brasil: un estudio descriptivo, 2012 y 2014

Júlio Henrique de Oliveira¹ - orcid.org/0000-0002-7016-6810

Marta Roverly de Souza¹ - orcid.org/0000-0001-6910-843X

Otaliba Libânio de Morais Neto¹ - orcid.org/0000-0002-3786-318X

¹Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Goiânia, GO, Brasil

Endereço para correspondência:

Júlio Henrique de Oliveira – Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Rua 235, s/n, Sala 409, Setor Universitário, Goiânia, GO, Brasil. CEP: 74605-050

*Artigo originado da tese de Doutorado ‘Avaliação das ações de cuidado às doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás, Brasil’, defendida por Júlio Henrique de Oliveira junto ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás em 2019.

Recebido em 13/04/2020

Aprovado em 17/08/2020

Editor associado: Bruno Pereira Nunes - orcid.org/0000-0002-4496-4122

Resumo

Objetivo. Comparar as ações realizadas para atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pela atenção primária à saúde (APS) no estado de Goiás, Brasil, entre 2012 e 2014. **Métodos.** Estudo descritivo, com dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram comparadas as proporções de equipes que executavam ações de enfrentamento das DCNTs, entre os ciclos I e II do PMAQ-AB, utilizando-se o teste de McNemar para amostras pareadas. **Resultados.** Dezesete das 20 variáveis estudadas apresentaram aumento proporcional entre ambos ciclos, de 16,0 para 32,1% nas equipes que praticavam todas as ações de gestão do cuidado, de 21,5 para 35,2% nas que praticavam todas as ações de promoção da saúde, e de 22,2 para 39,8% nas equipes que praticavam todas as ações de atividades na escola. **Conclusão.** O enfrentamento das DCNT pela APS em Goiás fortaleceu-se entre os dois ciclos do PMAQ-AB.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Avaliação em Saúde; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective. Compare the actions taken to care for chronic non-communicable diseases (NCDs) by primary health care (PHC) in the state of Goiás, Brazil, between 2012 and 2014. **Methods.** Descriptive study with secondary data from the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). The proportions of teams that performed NCD coping actions were compared between PMAQ-AB cycles I and II using the McNemar test for paired samples. **Results.** 17 of the 20 variables studied showed an increase in the proportion between the two cycles. There was an increase from 16.0% to 32.1% of the teams that practiced all care management actions, 21.5% to 35.2% of those that practiced all health promotion actions and from 22.2% to 39.8% of the teams that practiced all activities at school. **Conclusion.** The confrontation of NCDs by PHC in Goiás was strengthened between two cycles of the PMAQ-AB.

Keywords: Primary Health Care; Chronic Disease; Health Evaluation; Epidemiology, Descriptive

Introdução

A atenção primária à saúde (APS), porta de entrada preferencial do sistema de saúde do Brasil – Sistema Único de Saúde (SUS) –, tem atraído as atenções do debate sobre o processo de trabalho voltado ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Até o momento, a APS, que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) seu principal modelo de ação, não é capaz de oferecer atenção integral e continuada que consiga fazer frente à alta carga que as DCNTs representam para o país.¹

As DCNTs atingem todas as nações e classes sociais, sendo a maioria das mortes atribuídas a elas, concentradas nas populações de média e baixa renda.² Esse grupo de doenças representou 73,4% do total de óbitos no mundo, em 2017.³

Em 2015, no Brasil, as DCNTs foram responsáveis por 75,0% do total de óbitos, cujos principais grupos de causas foram: doenças do aparelho circulatório; câncer; doença respiratória crônica; e diabetes.⁴ Estes quatro grupos compartilham os principais fatores

de risco para doenças crônicas: alimentação inadequada; tabagismo; inatividade física; e consumo abusivo de álcool.⁵

A alta carga de óbitos por DCNTs no Brasil é resultado da transição demográfica pela qual o país tem passado, de acelerado envelhecimento, decorrente da diminuição da fecundidade/natalidade e da mortalidade em todas as faixas etárias. Em 2010, a população brasileira na idade de 60 anos ou mais era de 19,6 milhões e, segundo estimativas, será de aproximados 41,5 milhões de indivíduos em 2030.⁶

Como iniciativa de redução da carga das DCNTs no país, merece destaque o ‘Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022’. Este plano prioriza o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, prevenção e cuidado integral, direcionadas para o controle das DCNTs e seus fatores de risco. As diretrizes propostas contam com a APS como uma importante estratégia de produção de cuidado integral e continuado.⁷

Nesse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implementado em 2011, vinculou o financiamento das equipes de APS a padrões de qualidade da gestão e do cuidado em saúde.⁸ O PMAQ-AB apresenta quatro fases: (i) a adesão e contratualização, (ii) o desenvolvimento, (iii) a avaliação externa e (iv) a recontratualização. Os instrumentos da avaliação externa do programa contêm questões que contemplam vários parâmetros, relacionados com a infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS) e o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.^{1,8} Várias dessas questões referem-se às ações em DCNT.

Alguns estudos^{1,9-11} utilizaram o PMAQ-AB para avaliar ações de enfrentamento das DCNTs, porém não caracterizaram as atividades desenvolvidas no estado de Goiás. Para preencher essa lacuna, o presente trabalho teve como objetivo comparar as ações realizadas pela APS para atenção às DCNTs em Goiás, entre os anos de 2012 e 2014.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de comparação dos dados do ciclo I (2012) com os do ciclo II (2013/2014) do PMAQ-AB em Goiás, estado da região Centro-Oeste do Brasil.

Goiás se estende sobre uma área de 340.111,376km² e em 2017, contava com uma população estimada de 6,779 milhões de habitantes, distribuídos entre 246 municípios, e uma densidade populacional de 19,9 hab./km². No mesmo ano de 2017, o estado apresentava 39,0% de sua população com 40 anos ou mais de idade, enquanto em 2000, essa proporção era de 25,3%. Para a ordenação do sistema de saúde, em conformidade com o princípio de regionalização da Saúde no estado, Goiás está dividido em 18 Regiões de Saúde, dispõe 1.409 equipes de Saúde da Família (eSF) e 65,3% de sua população está coberta pela APS.¹²

A avaliação externa do PMAQ-AB utiliza instrumentos padronizados, construídos com o propósito de abordar todas as dimensões da APS. No presente trabalho, consideraram-se dados do módulo II do instrumento de coleta do PMAQ-AB, colhidos de entrevista concedida pelo profissional de nível superior da eSF, sobre o processo de trabalho da equipe. Para permitir a comparação entre os dois momentos, foram selecionadas somente as eSFs que participaram dos dois ciclos do PMAQ-AB, cujo banco de dados está disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/esus>).

Foram selecionadas variáveis relacionadas ao enfrentamento das doenças crônicas e promoção da saúde. Para possibilitar a comparação entre os dois ciclos, apenas as variáveis presentes nos dois momentos foram utilizadas, divididas em três dimensões: promoção da saúde; gestão do cuidado; e atividades na escola. A Figura 1 apresenta as dimensões definidas para o estudo, suas variáveis e o conteúdo de cada uma.

A execução das ações de práticas corporais e de atividade física, contempladas no instrumento de coleta separadamente, foram avaliadas em conjunto, definidas como ‘práticas corporais e/ou atividade física’.

Além das variáveis selecionadas a partir das questões presentes nos instrumentos, foram criadas três variáveis com estimativas da proporção das equipes que realizavam todas as ações previstas em cada dimensão: todas as ações de gestão do cuidado; todas as ações de promoção da saúde; e todas as ações de atividade na escola.

Para análise dos dados, foram estimadas as proporções referentes a cada variável de cada ciclo. Na comparação das proporções entre os dois ciclos do PMAQ-AB, foi utilizado o teste de McNemar para amostras pareadas. Considerou-se como valor crítico um p-valor

menor que 0,05 (nível de significância de 5%). A tabulação dos dados e análise estatística foi realizada pelo *software* IBM SPSS Statistics, versão 22.0.

O projeto do estudo do PMAQ-AB foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, por meio do Protocolo nº 487.055/2013, emitido em 02 de dezembro de 2013, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 466, de 12 de outubro de 2012.

Resultados

No ciclo I do PMAQ-AB, 677 equipes responderam ao questionário, sendo que 29 delas não participaram no segundo ciclo. Já no ciclo II do programa, 1.180 equipes participaram, respondendo ao questionário do módulo II, sendo que 532 delas não participaram do ciclo I. Afinal, foram comparados os questionários de 648 equipes com instrumentos preenchidos em ambos ciclos (Figura 2).

Todas as seis ações referentes à dimensão de gestão do cuidado apresentaram aumento significativo para o estado de Goiás (Tabela 1). Destacaram-se as variáveis ‘acolhimento à demanda espontânea’ e ‘avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento’, que apresentaram aumento superior a 30 pontos percentuais entre os dois ciclos.

Em relação à dimensão de promoção da saúde (Tabela 2), observou-se aumento significativo das seguintes variáveis: ‘apoio ao autocuidado para doenças crônicas’ (de 55,1 para 68,5%), ‘ações direcionadas para homens’ (de 36,7 para 61,7%), ‘práticas corporais e/ou atividade física’ (de 67,6 para 78,4%) e ‘todas as ações de promoção da saúde’ (de 21,5 para 35,2%) (Tabela 2).

As ações referentes à dimensão de atividades na escola apresentaram aumento significativo para todas as variáveis analisadas (Tabela 3). Destacaram-se as variáveis ‘detecção precoce de hipertensão arterial’, ‘avaliação nutricional’ e ‘ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável’, as três com aumento superior a 20 pontos percentuais.

Nenhuma variável/ação apresentou redução estatisticamente significativa no período transcorrido entre os dois momentos estudados, o ciclo I e o ciclo II do PMAQ-AB (Tabelas 1, 2 e 3).

Discussão

Os resultados do estudo demonstraram fortalecimento nas ações de enfrentamento das DCNTs pela APS em Goiás, no decorrer do tempo entre os dois momentos do estudo. Houve aumento na prática de 17 das 20 ações estudadas, e em nenhuma ocorreu diminuição. Todas as ações das dimensões ‘atividades na escola’ e ‘gestão do cuidado’ aumentaram, no período observado. Houve também aumento da promoção do autocuidado para doenças crônicas, das ações direcionadas para homens e de promoção de práticas corporais e/ou atividade física entre os usuários.

O aumento da prática das ações de acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade é compatível com o observado para a região Norte do Brasil.⁹ O acolhimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, com o propósito de ouvir o usuário e identificar suas necessidades, para que o atendimento seja o mais individualizado possível.^{13,14} Fundamentado em uma formação adequada dos profissionais, o acolhimento com classificação de risco pode se realizar paralelamente às ações programadas, aumentando o vínculo e melhorando o acesso ao serviço.^{9,14}

As prevalências das ações direcionadas às mulheres e da promoção de alimentação saudável, verificadas no estudo, são compatíveis com as identificadas para a região Centro-Oeste. As divergências encontradas para as demais ações de promoção podem estar relacionadas às diferenças entre os estados que compõem a região, como também à metodologia de seleção das equipes avaliadas.¹ Valores inferiores aos de Goiás para promoção de alimentação saudável, atividade física e ações direcionadas às mulheres foram verificados em um estudo da atenção primária à saúde na Espanha.¹⁵ Os autores do estudo espanhol, entretanto, avaliaram apenas atividades comunitárias, enquanto o PMAQ-AB não especifica se as ações avaliadas são comunitárias ou individuais.

Grande parte das intervenções de prevenção e promoção da saúde voltadas para o enfrentamento das DCNTs busca promover a redução dos fatores de risco.¹⁶ Estudos revelam a existência de diversos obstáculos às ações da APS para promoção da saúde, como a baixa qualificação dos profissionais e a baixa adesão dos usuários.^{17,18} Em geral, ações voltadas para DCNTs continuam centradas no modelo biomédico, na consulta médica prescritiva.¹⁶ Atividades em grupo específicas para DCNTs são raras e, quando as há, geralmente se baseiam na transmissão de conhecimentos por métodos tradicionais, sem um acompanhamento centrado no usuário.¹⁸

A prevalência da promoção do autocuidado observada é compatível com a encontrada para a região Centro-Oeste¹⁰ e para o estado do Amazonas.¹¹ O autocuidado apoiado é um dos elementos principais dos modelos voltados para o cuidado das DCNTs.¹⁹ O serviço de saúde deve investigar, o máximo possível, as necessidades específicas de cada indivíduo, incentivando-o e empoderando-o para o autocuidado e a promoção da própria saúde.^{20,21} Uma forma para facilitar essa atenção é a utilização de mídias sociais. A crescente popularização de ferramentas *online* na busca da informação permite que as redes sociais sejam um excelente meio de comunicação entre pacientes e profissionais da Saúde.²¹

O aumento das ações direcionadas para homens, revelada no estudo, é similar a resultados encontrados na literatura^{10,22} e pode estar relacionada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta política, instituída em 2009, tem por objetivo enfrentar os fatores de risco e melhorar o acesso aos serviços voltados à saúde do homem²³ e para tanto, faz-se necessário investir na formação dos profissionais e dispor de ações que respeitem as particularidades biológicas e culturais do ser masculino. Estratégias específicas, como visitas domiciliares em horários alternativos e ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, podem contribuir para o estreitamento do vínculo dos homens com a APS.^{22,23}

A promoção de práticas corporais e atividade física observada em Goiás foi superior à verificada para o Brasil e sua região Centro-Oeste.^{10,24} Essa diferença pode estar relacionada ao fato de haver-se tomado os dados de práticas corporais e de atividade física agrupados, enquanto outros estudos apresentaram esses dados separadamente. O aumento da promoção de atividade física entre os dois momentos do PMAQ-AB pode ser um reflexo da implementação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das

DCNTs, especialmente seu estímulo à construção de espaços físicos que proporcionem a prática esportiva, sob a supervisão de profissionais qualificados pelo Programa Academia da Saúde.²⁵

O aumento das eSFs de Goiás que realizam atividades na escola é semelhante ao observado para o Centro-Oeste,²⁶ provavelmente associado à implantação do Programa Saúde na Escola (PSE). Criado em 2007, o PSE implantou ações de avaliação e promoção da saúde no ambiente escolar, seguindo sua principal estratégia, a articulação entre escola e eSF em um mesmo território.²⁶ A articulação escola-eSF pode ser confirmada nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE),²⁷ corroborados no presente estudo ao se constatar que a maioria dos estudantes estão em escolas que realizam ações conjuntas com as eSF. A PeNSE mostrou que os escolares apresentam alimentação inadequada e praticam pouca atividade física,²⁷ ressaltando a necessidade de priorização das ações de promoção da alimentação saudável e das práticas corporais nas escolas, uma das competências da APS. A implantação desse tipo de ação deve ser articulada entre os serviços da Saúde e da Educação, nem sempre fácil ou simples de acontecer. A falta de planejamento entre os serviços responsáveis concentra o atendimento a condições agudas.²⁸

A utilização do banco de dados do PMAQ-AB como fonte de estudo apresenta algumas limitações. As questões relacionadas à promoção da saúde não explicitaram o que considerar como 'promoção', além de não ter sido possível confirmar a execução de todas as ações avaliadas.

Os critérios de seleção das equipes também geram limitações para a generalização dos resultados. As equipes avaliadas não foram selecionadas por amostra probabilística, dificultando a extrapolação dos resultados e comparação com outros estudos. Como o objetivo principal do trabalho foi avaliar a melhora da oferta de ações entre os dois ciclos, foram selecionadas somente as equipes que estiveram nos dois momentos, o que reduziu o número de equipes avaliadas para pouco mais de 50% das eSFs do estado.

Outra limitação encontrada, para se realizar uma comparação temporal adequada, foi a diferença entre os instrumentos de avaliação dos dois momentos. Várias perguntas foram modificadas entre os ciclos I e II, de forma a alterar seu sentido; outras, presentes no ciclo I, foram excluídas do ciclo II, a exemplo das questões específicas sobre atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes, e portanto, não foram selecionadas para

avaliação. Na medida em que o número de variáveis comparáveis foi reduzido, a avaliação tornou-se menos abrangente.

Os resultados do estudo fornecem evidências de avanços importantes no enfrentamento das DCNTs pela APS em Goiás, entre os dois ciclos do PMAQ-AB. Não obstante, faz-se necessário um esforço para que todas as atividades dirigidas às DCNTs sejam realizadas pela integralidade de equipes multiprofissionais, na Estratégia Saúde da Família e na atenção primária à saúde em geral.

Para futuras avaliações do PMAQ-AB, recomenda-se a adequação do instrumento de coleta da pesquisa, visando incluir variáveis aptas a caracterizar, de maneira mais completa, os elementos essenciais de um modelo de atenção voltado às doenças crônicas não transmissíveis, coerentemente com a literatura nacional e internacional.

Contribuição dos autores

Oliveira JH, Souza MR e Moraes Neto OL participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Júnior EPP, Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 mar 07];38(n spe):69-82. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>
2. Martinez R, Loyd-Sherlock P, Soliz P, Ebrahim S, Vega E, Ordunez P. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990-2017: a population-based study. *Lancet Global Health* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 May 18];8(4):E511-23. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8)
3. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*

- [Internet]. 2018 Nov [cited 2019 Feb 5];392(10159):1736-88. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
4. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 out-dez [citado 2019 mar 31];23(4):599-608. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>
 5. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado IE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 dez [citado 2019 mar 20];20(Suppl 1):217-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>
 6. Borges GM, Campos MB, Castro, Silva LG. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: *Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP, organizadores. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para projeções da população* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2020 set 16]. p. 138-151. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
 7. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior, JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2011 out-dez [citado 2019 fev 28];20(4):425-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>
 8. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 mar 7];38(n esp):358-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
 9. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 set [citado 2020 mar 1];42(n esp1):81-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s106>
 10. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 abr 01];38(n esp):52-68. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>
 11. Garnelo L, Cristina R, Parente P, Soares E, Rocha C. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 mar 21];38(n esp):158-72. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S012>
 12. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos - IMB. Goiás em dados: 2017 [Internet]. Goiânia: IMB; 2018 [citado 2020 set 26]. 113 p. Disponível em:

http://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=85:goi%C3%A1s-em-dados-2017&catid=19&Itemid=151

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 set 16]. 72 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
14. Camelo MS, Lima LR, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 ago [citado 2019 mar 2];29(4):463-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>
15. March S, Jordán M, Matilde MG, Isabel BA, Carmen B, Elizalde Soto L, et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: proyecto frAC. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 jul-ago [citado 2020 mar 4];28(4):267-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.009>
16. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [citado 2020 set 10];34(5):343-50. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n5/343-350/pt/>
17. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 mar [citado 2019 abr 7];25:e2882. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
18. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 mar [citado 2019 mar 15];15(2):599-615. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>
19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 2020 set 16]. 512 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
20. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 jul-ago [citado 2019 jan 31];23(4):578-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>
21. De Angelis G, Wells GA, Davies B, King J, Shallwani SM, McEwan J, et al. The use of social media among health professionals to facilitate chronic disease self-management with their patients: a systematic review. *Digital Health* [Internet].

- 2018 May [cited 2019 Feb 12];4. Available from:
<https://doi.org/10.1177/2055207618771416>
22. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 fev [citado 2019 mar 07];19(2):429-38. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2009 ago 28 [citado 2019 fev 27];Seção I:61. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
 24. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Feb 19];48(5):837-44. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005249>
 25. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB, et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 [citado 2019 mar 1];25(3):307-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>
 26. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2007 dez 06 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [citado 2020 set 16]. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
 28. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, Rodrigues DP, Queiroz MVO. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 dez [citado 2019 fev 07];51:e03276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016039303276>

Tabelas e Figuras

Dimensão	Variável	Conteúdo da variável
Gestão do cuidado	Acolhimento à demanda espontânea	Proporção das equipes que realizam acolhimento à demanda espontânea.
	Avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento	Proporção das equipes que realizam avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários.
	Capacitação para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	Proporção das equipes que realizam o acolhimento e foram capacitadas para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários.
	Renovação de receitas sem a necessidade de marcação de consultas	Proporção das equipes que realizam renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas.
	Reserva de vagas para buscar e mostrar resultados de exames	Proporção de equipes que reservam vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames.
	Reserva de vagas para sanar dúvidas pós-consulta	Proporção de equipes que reservam vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação.
	Todas as ações de gestão do cuidado	Proporção das equipes que realizam todas as ações de gestão do cuidado.
Promoção da saúde	Apoio ao autocuidado para doenças crônicas	Proporção das equipes que realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para atividades em grupos com o objetivo de apoiar o autocuidado para doenças crônicas.
	Ações direcionadas para mulheres	Proporção das equipes que realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres (câncer do colo do útero e de mama).

	Ações direcionadas para homens	Proporção das equipes que realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para homens.
	Ações direcionadas para idosos	Proporção das equipes que realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para idosos.
	Ações direcionadas para alimentação saudável	Proporção das equipes que realizam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para alimentação saudável.
	Incentivo a práticas corporais e atividade física	Proporção das equipes que incentivam e desenvolvem na unidade básica de saúde e/ou no território práticas corporais ou atividade física.
	Todas as ações de promoção da saúde	Proporção das equipes que realizam todas as ações de promoção da saúde.
Atividade na escola	Realiza atividade na escola	Proporção das equipes que realizam atividades na escola.
	Deteção precoce de hipertensão arterial	Proporção das equipes que realizam deteção precoce de hipertensão arterial.
	Avaliação nutricional	Proporção das equipes que realizam avaliação nutricional.
	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Proporção das equipes que realizam ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável.
	Promoção das práticas corporais e atividade física na escola	Proporção das equipes que realizam promoção das práticas corporais e atividade física na escola.
	Todas as ações de atividade na escola	Proporção das equipes que realizam todas as ações de atividade na escola

Figura 1 – Variáveis selecionadas nos instrumentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica relacionadas ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Goiás, 2012 e 2014

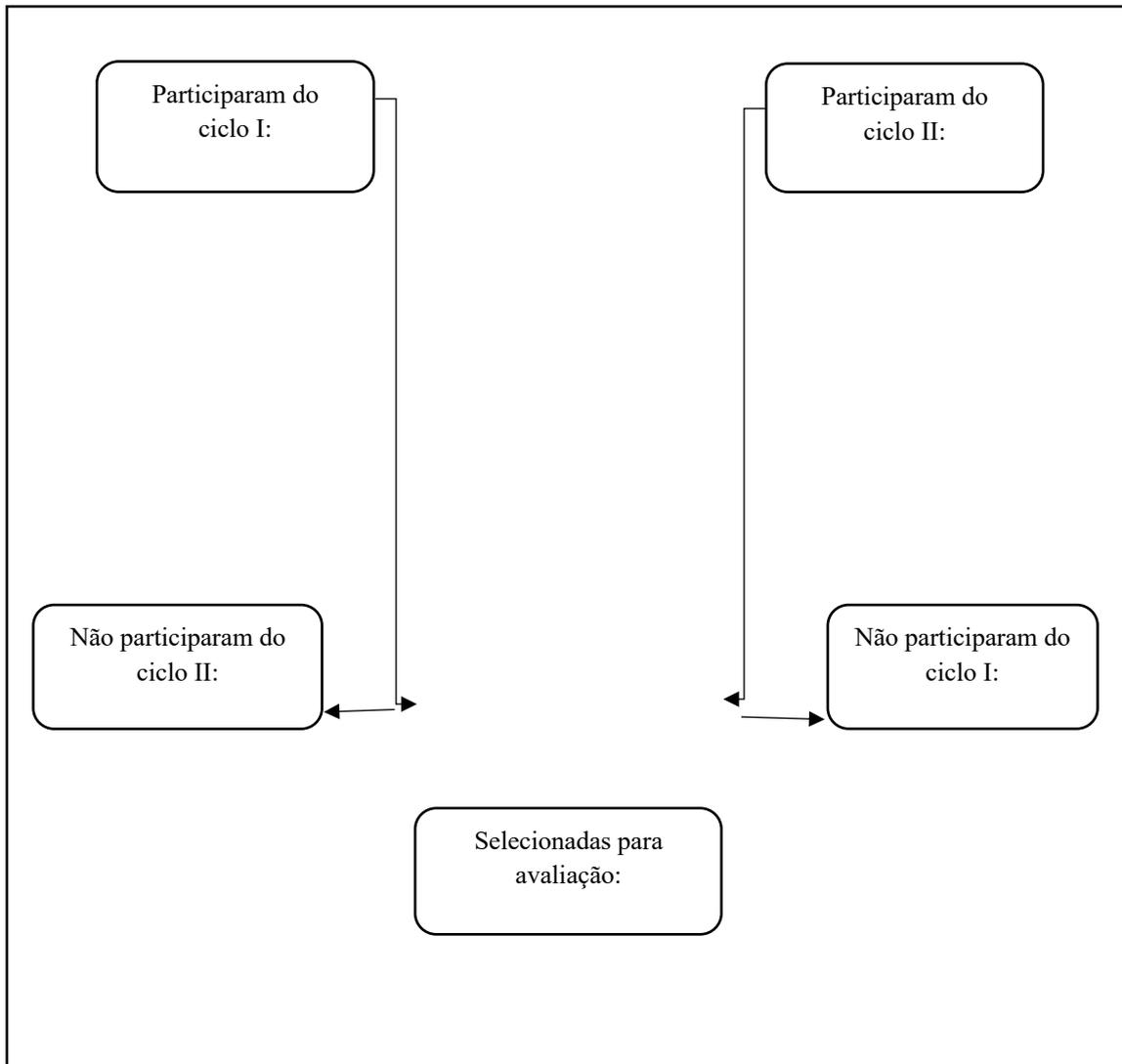


Figura 2 – Seleção das equipes de Saúde da Família que participaram dos ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Goiás, 2012 e 2014

Tabela 1 – Proporção de equipes de Saúde da Família que realizavam ações de gestão do cuidado. Goiás, 2012 e 2014

Gestão do cuidado Ações	n=648 % (IC _{95%} ^a)		p-valor ^b
	Ciclo		
	I	II	
Acolhimento à demanda espontânea	65,6 (61,9;69,1)	96,9 (95,3;98,0)	<0,001
Avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento	55,7 (51,9;59,5)	90,4 (87,9;92,5)	<0,001
Capacitação para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	33,0 (29,5;36,7)	62,2 (58,4;65,8)	<0,001
Renovação de receitas sem a necessidade de marcação de consultas	73,1 (69,6;76,4)	84,9 (81,9;87,4)	<0,001
Reserva de vagas para buscar e mostrar resultados de exames	50,3 (46,5;54,2)	66,8 (63,1;70,3)	<0,001
Reserva de vagas para sanar dúvidas pós-consulta	47,8 (44,0;51,7)	60,8 (57,0;64,5)	<0,001
Todas as ações de gestão do cuidado	16,0 (13,4;19,1)	32,1 (28,6;35,8)	<0,001

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) Teste de McNemar.

Tabela 2 – Proporção de equipes de Saúde da Família que realizavam ações de promoção da saúde. Goiás, 2012 e 2014

Promoção da saúde Ações	n=648 % (IC _{95%} ^a)		p- valor ^b
	Ciclo		
	I	II	
Apoio ao autocuidado para doenças crônicas	55,1 (51,2;58,9)	68,5 (64,9;72,0)	<0,001
Ações direcionadas para mulheres	78,7(75,4;83,7)	80,9 (77,7;83,7)	0,35
Ações direcionadas para homens	36,7 (33,1;40,5)	61,7 (57,9;65,4)	<0,001
Ações direcionadas para idosos	77,9 (75,6;80,1)	81,2 (78,0;84,0)	0,17
Ações direcionadas para alimentação saudável	73,9 (70,4;77,2)	77,6 (74,3;80,7)	0,12
Práticas corporais e/ou atividade física	67,6 (63,9;71,1)	78,4 (75,1;81,4)	<0,001
Todas as ações de promoção da saúde	21,5 (18,5;24,8)	35,2 (31,6;38,9)	<0,001

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) Teste de McNemar.

Tabela 3 – Proporção de equipes de Saúde da Família que realizavam todas as ações de atividade na escola. Goiás, 2012 e 2014

Atividade na escola Ações	n=648 % (IC _{95%} ^a)		p-valor ^b
	Ciclo		
	I	II	
Realiza atividade na escola	77,2 (73,8;80,2)	88,9 (86,2;91,1)	<0,001
Deteção precoce de hipertensão arterial	37,7 (34,0;41,5)	59,6 (55,7;63,3)	<0,001
Avaliação nutricional	47,5 (43,7;51,4)	74,7 (71,2;77,9)	<0,001
Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	55,1 (51,2;58,9)	75,8 (72,3;78,9)	<0,001
Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas	35,3 (31,8;39,1)	54,0 (50,2;57,8)	<0,001
Todas ações de atividade na escola	22,2 (19,2;25,6)	39,8 (36,1;43,6)	<0,001

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) Teste de McNemar.