

CAPÍTULO 13

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES: RESULTADOS DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E AVALIATIVOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2007 A 2017

*Attention to subjects with hypertension and diabetes: results of
epidemiological and evaluative studies in the state of Pernambuco, from
2007 to 2017*

Eduarda Cesse¹
Eduardo Freese²
Wayner Souza³
Ana Claudia Figueiró⁴
Annick Fontbonne⁵

1. Cesse, E. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil – E-mail: eduarda.cesse@fiocruz.br

2. Freese, E. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil

3. Souza, W. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil.

4. Figueiró, AC. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil

5. Fontbonne, A. M.D., Ph.D – Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP), Inserm, Villejuif, França

Resumo

Entre os principais problemas de saúde pública da atualidade, encontram-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), que também se destacam entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo. Analisar o modelo de atenção, o acesso aos atendimentos, as respostas dos profissionais e o envolvimento dos pacientes fornece informações para repensar a organização, a qualificação e a ampliação da atenção. Nesse objetivo, analisou-se a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco-Brasil, no período de 2007 a 2017. Tomaram-se como base inquéritos epidemiológicos e pesquisas avaliativas com hipertensos e diabéticos e com profissionais envolvidos na atenção, realizados pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, em Pernambuco. Os resultados revelaram as dificuldades que a ESF ainda enfrenta na atenção, contribuindo para a manutenção de indicadores de controle da HAS e do DM insatisfatórios. O componente de estrutura das intervenções apresentou-se insuficiente nos serviços de saúde avaliados; e para os profissionais de saúde, persistiam grandes desafios, indicando a necessidade de mudança de paradigma em relação ao modelo de cuidado ainda vigente.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes mellitus. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em saúde. Epidemiologia.

Abstract

Arterial hypertension and diabetes mellitus are currently among the main public health problems, and belong to the five major global risks for mortality in the world. Analyzing the model of care, access to care, professionals' responses and patients' involvement provides information in order to rethink the organization, qualification and expansion of care. In this objective, care for people with hypertension and diabetes assisted by the Family Health Strategy (FHS) in Pernambuco-Brazil, from 2007 to 2017, was analyzed. Epidemiological surveys and evaluative research with patients and professionals involved in their care were carried out by the Laboratory of Evaluation, Monitoring and Surveillance in Health, Department of Public Health, Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation in Pernambuco. The results revealed the difficulties for care that the FHS still faces, which translated into an unsatisfactory control of hypertension et diabetes. The "structure" component of the interventions was insufficient in the evaluated health services, and great challenges persisted for the health professionals, reinforcing the need for a paradigm shift in relation to the still prevailing model of care.

Keywords: Arterial hypertension. Diabetes mellitus. Family Health Strategy. Health evaluation. Epidemiology.

Résumé

L'hypertension artérielle et le diabète sucré font partie des principaux problèmes de santé publique d'aujourd'hui, et sont classés parmi les cinq risques mondiaux majeurs de mortalité dans le monde. Analyser le modèle de prise en charge, l'accès aux soins, les réponses des professionnels et l'implication des patients permet de repenser l'organisation, la qualité et l'extension des soins. Dans cet objectif a été analysée la prise en charge des hypertendus et des diabétiques suivis par la Stratégie Santé de la Famille (SSF) dans l'état de Pernambuco, au Brésil, de 2007 à 2017. Des enquêtes épidémiologiques et des recherches évaluatives auprès des patients et des professionnels impliqués dans la prise en charge ont été réalisées par le Laboratoire d'évaluation, de suivi et de surveillance en santé du Département de santé publique de l'Institut Aggeu Magalhães, Fondation Oswaldo Cruz de Pernambuco. Les résultats ont révélé les difficultés que rencontre encore la SSF dans la prise en charge, se traduisant par un contrôle insatisfaisant de l'hypertension et du diabète. La composante "structure" des interventions était insuffisante dans les services de santé évalués, et de grands défis persistaient pour les professionnels de la santé, indiquant la nécessité d'un changement de paradigme par rapport au modèle de soins toujours en vigueur.

Mots-clés: Hypertension. Diabète sucré. Stratégie Santé de la Famille. Évaluation en santé. Épidémiologie.

INTRODUÇÃO

A persistência da hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus como problemas de saúde pública

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) destacam-se entre os principais problemas de saúde pública da atualidade e estão entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo. Essas condições fazem parte do grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e estão relacionadas com o envelhecimento populacional e com a transição nutricional¹.

A HAS e o DM apresentam longo período assintomático e repercutem na qualidade de vida das pessoas devido às suas complicações em longo prazo. Por essas características, representam elevado ônus para os sistemas de saúde, uma vez que os

acometidos procuram por serviços, tanto de atenção primária, quanto na atenção de maior complexidade, além de demandarem por elevada quantidade de medicamentos².

Essas condições de saúde, portanto, requerem a reorganização, a qualificação e a ampliação do atendimento, o que implica a necessidade de avaliar e repensar profundamente, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, o modelo de atenção, o acesso aos atendimentos, as respostas dos profissionais e o envolvimento dos pacientes. Aprofundar o conhecimento sobre os determinantes dos processos de adoecer-cuidar-recuperar e melhor atuar sobre as doenças e necessidades demanda, assim, compreender outras situações. Implica conhecer os papéis dos diversos atores sociais e os processos desencadeados pelas intervenções, nos diferentes contextos, em que as práticas sociais e de saúde adquirem distintos significados para cada grupo social em seu tempo e lugar.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) reforçaram a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde primários e secundários como forma de alcançar a cobertura universal de saúde e outros Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde^{3,4}. No Brasil, entre outras iniciativas governamentais para o enfrentamento das condições crônicas e de suas complicações típicas, está a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada no início dos anos 1990, que conta com equipes compostas por médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ESF cadastra e atende famílias residentes em um território definido e é considerada a porta de entrada desse contingente coberto no Sistema Único de Saúde (SUS). Passados 30 anos, em dezembro de 2020, o Brasil contava com uma população coberta pela ESF de 63,62%; em Pernambuco, a população coberta era de 76,98% no mesmo ano⁵.

Ainda nesse contexto, diversos programas, políticas manuais, linhas de cuidado, protocolos, portarias, leis e decretos voltados para enfrentamento das DCNT foram propostos. Dentre eles, podemos destacar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHiperdia), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), as Diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde, o Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, o Programa Academia da Cidade, entre outros^{6,7}.

Apesar de percentuais expressivos de população coberta pela ESF e de diversas iniciativas voltadas ao enfrentamento das DCNT, temos assistido, nos últimos anos, a persistência de falhas na organização da rede de atenção aos hipertensos e diabéticos, a implementação de medidas de controle não farmacológico insuficiente e a falhas no

processo de referência à atenção especializada⁸. Isso será ilustrado mais adiante pelos principais estudos conduzidos por nosso grupo de pesquisa.

Finalizamos a segunda década do século XXI enfrentando a maior crise sanitária e humanitária dos últimos 100 anos, a pandemia de covid-19, com consequências econômicas e sociais ainda não dimensionadas. Uma das maiores preocupações é a desigualdade nas condições socio sanitárias ante a pandemia, entre outros marcadores da pobreza. No que se refere à expressão do processo saúde-doença, as DCNT se destacam tanto pelo impacto sofrido nos protocolos de acompanhamento e monitoramento dessas condições de saúde diante do colapso do sistema de saúde quanto pelos indivíduos acometidos representarem os grupos de maior vulnerabilidade para a covid-19.

Pessoas com hipertensão e diabetes não parecem apresentar risco aumentado de contrair o novo coronavírus. Entretanto, uma vez infectadas, têm mais chances de complicações graves e de morte, particularmente em caso de maior idade, longa duração da condição, mau controle pressórico e/ou glicêmico, e presença de comorbidades, sobretudo as cardiopatias e a doença renal⁹⁻¹¹. O bom controle da glicose pode atenuar o risco de complicações na pessoa com diabetes¹¹, e, também, parece prudente controlar de forma otimizada a pressão arterial; é importante dar particular atenção à proteção cardiovascular, que a infecção pelo novo coronavírus costuma ameaçar^{9,12}.

Este capítulo objetiva analisar a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes assistidas pela ESF em Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2017, tendo como base inquéritos epidemiológicos e pesquisas avaliativas. Os estudos incluíram tanto pessoas com hipertensão e diabetes como profissionais e gestores de saúde envolvidos na atenção, e foram desenvolvidos por nosso grupo de pesquisa, o Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde), vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em Pernambuco.

Para desenvolver seus projetos, o LAM-Saúde estabeleceu parcerias com diversas instituições e grupos de pesquisas nacionais, entre eles, os departamentos de Medicina Social e de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); o Serviço de Endocrinologia do Hospital Agamenon Magalhães, da Universidade de Pernambuco (UPE); os grupos de Estudos em Avaliação e em Nutrição do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No âmbito internacional, manteve parceria de mais de dez anos com o Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento da França (IRD), que está prosseguindo enquanto parceria com o Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (Inserm).

A seguir, apresentamos os objetivos, os métodos e os principais resultados dos maiores estudos realizados, fechando o capítulo com reflexões acerca da avaliação em saúde, inspiradas pelos achados de nossas pesquisas.

As investigações sobre os problemas de saúde: estudos *SERVIDIAH*, *INTERDIA* e *RedeNut*

No decorrer do lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHD)¹³, o LAM-Saúde iniciou uma série de estudos epidemiológicos e avaliativos na perspectiva de analisar de forma direta e concreta a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes em Pernambuco no âmbito da ESF e da rede de atenção a seu redor, do ponto de vista dos profissionais e dos usuários. O objetivo geral era contribuir para a tomada de decisões, orientando na correção, reorganização, reestruturação, ou ainda na introdução de novas práticas nos serviços de saúde, a partir dos resultados evidenciados.

Três estudos de maior abrangência foram conduzidos ao longo da década de 2010, cujos objetivos específicos e métodos estão resumidos abaixo.

SERVIDIAH

O estudo *SERVIDIAH* (Avaliação dos SERVIços de atenção à saúde para DIAbéticos e Hipertensos no âmbito da Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco) foi realizado para melhor apreender o impacto do PRAHD na atenção aos portadores de hipertensão ou diabetes acompanhado pela ESF em Pernambuco.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, baseado em uma amostra probabilística dos profissionais das equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco e dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados por essas equipes. Abrangeu 35 municípios, dos quais 16 eram de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes), 16 de médio porte (entre 20 mil e 100 mil habitantes) e 3 de grande porte (mais de 100 mil habitantes). Os de pequeno e médio porte foram selecionados aleatoriamente, os de grande porte foram escolhidos por serem as cidades de destaque das três regiões geográficas principais do estado de Pernambuco, ou seja, Região Metropolitana de Recife (Recife), Agreste (Caruaru) e Sertão (Petrolina). Dentro de todos os municípios, foram sorteados, de forma proporcional ao porte, um total de 207 equipes de Saúde da Família e, a partir do cadastro dos ACS dessas equipes, um total de 900 hipertensos e 900 diabéticos, dos quais participaram, respectivamente, 785 e 823 usuários. Os dados do *SERVIDIAH* foram coletados do final do ano 2009 até o início de 2011, por meio de questionários estruturados, administrados por pessoal treinado em entrevistas na unidade de saúde ou no domicílio dos usuários.

INTERDIA

O SERVIDIAH foi seguido do estudo INTERDIA (Avaliação de estratégias de INTERvenção para o manejo de pacientes com DIAbetes na atenção primária: custo-efetividade e eficiência para o SUS), cujo eixo principal visava avaliar a efetividade de uma intervenção-piloto do Ministério da Saúde, chamada QualiDia¹⁴, implementada em 2011 para melhorar o manejo de diabéticos segundo o Modelo de Cuidados Crônicos⁷. Combinou oficinas de reflexão com as equipes da ESF dos municípios, educação a distância e ações concretas para melhoria do atendimento, bem como a construção de uma rede de atenção ou gestão informatizada com alertas para agendar consultas. Em Pernambuco, ocorreu em dois municípios, um de pequeno e um de médio porte, respectivamente: Ilha de Itamaracá e São Lourenço da Mata.

Em 2013, o estudo INTERDIA avaliou os resultados dessa intervenção a partir da comparação da atenção aos diabéticos nos dois municípios escolhidos para participar do QualiDia, com o atendimento realizado em dois municípios “controle”, pareados por localização geográfica, porte e cobertura da ESF. Houve entrevistas, com dados coletados em questionários estruturados, de um médico ou um enfermeiro em todas as equipes de Saúde da Família dos municípios (29 nos municípios “intervenção” e 32 nos municípios “controle”) para analisar os processos de trabalho rotineiros (diagnóstico, educação, exames, consultas de especialistas etc.) em relação ao atendimento aos diabéticos. Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas de quatro informantes-chave, um em cada município participante, completadas por uma análise documental, a fim de analisar o contexto político-institucional no período 2011-2013.

RedeNut

Outra pesquisa importante, também pluridisciplinar, foi realizada depois do estudo INTERDIA. Essa pesquisa denominada RedeNut (Avaliação da inserção do componente alimentação e NUTrição na REDE de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco) tinha como objetivo avaliar a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com hipertensão ou diabetes nos quatro polos de macrorregiões de saúde de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), e analisar conhecimentos e práticas, tanto dos profissionais quanto dos usuários, a respeito dos tratamentos não farmacológicos (alimentação e atividade física) e farmacológicos.

Para a parte avaliativa, foram realizadas entrevistas estruturadas com profissionais relacionados com o cuidado do diabético, entrevistas semiestruturadas com gestores, análise documental e observação direta, a fim de verificar a adequação das práticas às recomendações publicadas. A etapa quantitativa foi realizada em duas amostras pro-

habilística da ESF dos quatro municípios sob investigação, uma de profissionais, outra de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados por essas equipes. Um total de 275 profissionais distribuídos por 201 equipes da ESF e de 398 usuários foram entrevistados entre 2015 e 2016.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado orientado aos hipertensos e diabéticos deve focar principalmente a prevenção das complicações, tais como doenças cardiovasculares ou nefropatia, que afetam a qualidade e a expectativa de vida dos acometidos e que representam altos custos para a coletividade. As recomendações para atingir esse objetivo são de manter, por meio de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (alimentação balanceada e prática regular de atividade física), os níveis de pressão arterial e/ou glicemia o mais próximo possível da normalidade, de controlar outros potenciais fatores de risco vascular (ou de eliminá-los, no caso do tabagismo), assim como de fazer balanços regulares para buscar complicações incipientes para as quais existem tratamentos específicos que podem frear a evolução ou diminuir a gravidade. Essas ações supõem colaboração entre os serviços de atenção básica e diversos especialistas (oftalmologistas, cardiologistas, nutricionistas, educadores físicos, podólogos, entre outros), colocando assim a APS como ponto central na organização de uma rede de atenção e de profissionais de saúde e, idealmente, parceira para um usuário informado sobre o agravo do qual ele é portador e autônomo na gestão de sua saúde⁷.

Os estudos do LAM-Saúde investigaram vários aspectos da linha de cuidado exposta acima, desde a realidade do controle pressórico e/ou glicêmico até a organização da rede de atenção e a atuação efetiva dos profissionais de saúde dentro dela. Abaixo, segue uma síntese dos principais resultados obtidos.

Controle dos fatores de risco vascular

O primeiro artigo publicado sobre o estudo SERVIDIAH focava nesse assunto¹⁵. Os resultados mostraram que 43,7% dos hipertensos tinham pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg e que 30,5% dos diabéticos tinham hemoglobina glicada (indicadora do controle glicêmico, medida durante a entrevista dos usuários com aparelho point-of-care) abaixo de 7%. Vale ressaltar que somente 25,8% dos diabéticos tinham pressão arterial controlada, já que as recomendações para pessoas com diabetes são de manter a pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg¹⁶.

No que diz respeito aos outros fatores de risco cardiovascular, a prevalência do tabagismo (13% tanto entre hipertensos quanto entre diabéticos) era pouco inferior à

prevalência de 15,1% observada no levantamento de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)ⁱ de 2010¹⁷. Quanto à prevalência de sobrepeso e/ou obesidade, ela se mostrou extremamente alta: 74,7% nos hipertensos e 73,5% nos diabéticos.

Cinco anos mais tarde, os resultados do estudo RedeNut não foram muito diferentes: 48,7% dos usuários entrevistados, hipertensos e/ou diabéticos, tinham pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg (não foi possível obter no RedeNut indicador do controle glicêmico). A proporção de fumantes era de 11,8%, maior que a estimativa do Vigitel 2015 (10,2%)¹⁸, e a prevalência de sobrepeso/obesidade continuava muito alta: 76,5%. É importante notar que a amostra estudada era um pouco diferente, pois foi selecionada em quatro municípios-polos das macrorregiões de saúde de Pernambuco, quando a amostra de SERVIDIAH representava todo o estado.

Tal quadro necessita que se entendam melhor as causas de resultados objetivamente pouco satisfatórios, apesar de não muito diferentes do que se observa em outros locais, tanto do Brasil quanto do mundo. Exploramos a seguir alguns possíveis contributores das falhas no controle dos fatores de risco de complicações da hipertensão e/ou do diabetes.

Alimentação e atividade física (tratamento não farmacológico)

No SERVIDIAH, evidenciou-se que a implementação de medidas de controle não farmacológico (dieta balanceada e prática regular de atividade física) estava insuficiente: apesar da prevalência alta de sobrepeso/obesidade, somente 16% dos hipertensos e 14% dos diabéticos disseram seguir uma dieta para perder peso, enquanto 70% afirmaram não praticar nenhuma atividade física¹⁵.

No estudo RedeNut, o percentual de usuários que reportaram seguir orientação alimentar (33,1%) para o controle da diabetes e hipertensão foi um pouco maior; mas a prática de atividade física continuava insuficiente (74,5% declararam não ter atividade física regularmente). A avaliação mais objetiva, pelo instrumento *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), revelou uma proporção um pouco mais alta de pessoas tendo atividade física mínima (cerca de 40%), mas o maior gasto energético se dava nas atividades domésticas e de deslocamento, e não de lazer. Revelou, também, prevalência de comportamento sedentário (tempo sentado \geq 6 horas) de 21,9% em dias de semana e de 23,9% nos dias do fim de semana¹⁹. Estudos para comparar esses resultados ainda são raros, mas estimativas disponíveis em outros locais e/ou países tendem a

i. O Vigitel é um inquérito anual conduzido por telefone em amostras probabilísticas da população das capitais dos 26 estados brasileiros.

mostrar percentagens maiores. Vale ressaltar que usuários da ESF têm renda e níveis de educação geralmente baixos, pela orientação da estratégia ser implantada primeiro em comunidades mais pobres, a fim de reduzir desigualdades de acesso à saúde; essas condições socioeconômicas tendem a diminuir o tempo diário que as pessoas podem dedicar a atividades de lazer, sejam esportivas ou sedentárias.

No quesito alimentação, foi realizada uma análise detalhada da dieta, a partir do questionário de frequência alimentar administrado aos entrevistados. Mostrou que a grande maioria preservava um perfil alimentar com predominância de alimentos saudáveis (in natura ou minimamente processados), o que talvez também possa ser relacionado com o baixo nível socioeconômico; todavia, os indivíduos mais jovens e com renda superior a 2 salários mínimos consumiam mais alimentos ultraprocessados²⁰.

Essa baixa adesão dos hipertensos e diabéticos às medidas não farmacológicas, tão importantes no seu cuidado e na prevenção das complicações²¹, com certeza, explica-se, em parte, como no resto do mundo, pela dificuldade de o indivíduo mudar de estilo de vida. No entanto, é importante analisar também os fatores ligados à atenção que esses indivíduos recebem por parte dos serviços de saúde e que podem contribuir para ajudar na adoção de novos comportamentos saudáveis.

Assim, no estudo SERVIDIAH, foi perguntado aos entrevistados se tinham recebido, por parte dos profissionais da Unidade de Saúde da Família na qual estavam cadastrados, aconselhamento a respeito de alimentação saudável e/ou da importância de praticar atividade física. Cerca de 70% dos usuários declararam ter tido aconselhamento nutricional, o que, de fato, compara favoravelmente com resultados de outros estudos, nos quais taxas observadas ficam geralmente abaixo de 50%²². A proporção foi menor para o aconselhamento de atividade física, que foi referido por 53% dos hipertensos e 59,4% dos diabéticos²³.

Todavia, quando se estudou, no RedeNut, a qualidade do aconselhamento, falhas importantes apareceram. Assim, pela observação direta das consultas de dois médicos e três enfermeiros da ESF de Recife, constatou-se que quando estava oferecido, o aconselhamento nutricional dado a hipertensos ou diabéticos era, de modo geral, vago e com poucas explicações, oferecia orientações em sua maioria proibitivas e não levava em consideração os hábitos diários dos indivíduos²⁴. Outra análise, quantitativa, dos conhecimentos dos profissionais da ESF amostrados no RedeNut, revelou que dois terços ignoravam quais eram as recomendações da OMS quanto à duração e à frequência mínima de atividade física para obter benefícios de saúde.

Importa, portanto, sensibilizar as equipes da ESF para as mensagens a transmitir, de forma mais alinhada com o atual panorama nutricional do Brasil, onde apesar da reaparição do problema da fome – que estava praticamente resolvido –, em consequência

das políticas de austeridade mais recentes do governo brasileiro²⁵, permanece e aumenta o problema da obesidade.

Tratamento farmacológico

Apesar da importância do tratamento não farmacológico para facilitar o controle pressórico e glicêmico, além de proteger de muitas complicações do excesso de peso e do sedentarismo, raramente se consegue manter pressão arterial e glicemia em níveis próximos do normal sem recorrer a medicamentos específicos. O arsenal disponível é grande, sobretudo no caso dos anti-hipertensivos, mas o uso no SUS é restrito, após análise do custo-benefício e da segurança, a uma lista chamada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Os estudos SERVIDIAH, em 2010, e RedeNut, alguns anos mais tarde, confirmaram o recurso amplo aos tratamentos farmacológicos para hipertensos e diabéticos no âmbito da ESF. No SERVIDIAH, 91,5% dos hipertensos referiram o uso de anti-hipertensivos, e 92,6% dos diabéticos faziam uso de um ou mais antidiabéticos orais e/ou de insulina. No RedeNut, o uso de tratamento farmacológico para controlar pressão e/ou glicemia foi reportado por 94,9% dos entrevistados. Todavia, apesar de portarias visando assegurar o fornecimento gratuito dos anti-hipertensivos e antidiabéticos constando da RENAME, somente 70% dos usuários os recebiam por meio das suas unidades de saúde, e de 20% a 30% precisavam comprar os medicamentos em alguns momentos, isso no estudo SERVIDIAH²⁶. No RedeNut, percentagens ficaram próximas, com 75% recebendo da Unidade de Saúde da Família e 30% tendo que pagar parcialmente de vez em quando. No SERVIDIAH, os gastos pessoais para comprar medicamentos foram avaliados e apresentavam mediana anual no valor de R\$ 367 – o salário mínimo mensal em 2010 era R\$ 510 –; encontravam-se quase duas vezes mais altos em municípios de grande porte do que em municípios de pequeno porte, enquanto se verificou que o déficit de fornecimento pelas unidades da ESF era mais grave à medida que o porte dos municípios diminuía²⁶.

A necessidade de comprar remédios para hipertensão ou diabetes pode originar de prescrições fora do elenco da RENAME, porém a situação não pareceu frequente entre os usuários estudados, a não ser para a glargina, insulina de ação prolongada. Muito mais frequentemente relatadas foram as rupturas de estoque na unidade de saúde. O fato foi confirmado por uma análise de RedeNut baseada em entrevistas com o responsável da farmácia nas Unidades de Saúde da Família investigadas: em 97,1% das farmácias de Recife e em 56,8% de Caruaru, Serra Talhada e Petrolina, ocorreu falta de algum medicamento para o controle da hipertensão ou do diabetes no mês anterior à

entrevista²⁷. O mesmo estudo mostrou também outro elemento preocupante, que em apenas duas unidades, o atendimento nas farmácias era realizado por um farmacêutico; nas outras, atuavam como responsáveis outros profissionais, como técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e de serviços gerais que não possuíam formação específica para exercer essa atividade, e cuja maioria (mais de 60%) afirmou não ter recebido nenhum treinamento para trabalhar na farmácia.

Essa situação, além de questionar a equidade no processo de descentralização, compromete a adesão ao tratamento, elemento essencial para esperar controlar os parâmetros tensionais e metabólicos, e que pode estar posto em xeque por múltiplos fatores, entre os quais, o custo dos medicamentos e a insegurança em relação à sua disponibilidade²⁸.

Atuação dos profissionais e organização da rede de atenção

O estudo INTERDIA tinha essa análise como objetivo principal, ademais, comparando profissionais beneficiários de uma intervenção de aprimoramento de suas práticas a profissionais de municípios-controle. Apareceu que, apesar da intervenção ter sido amplamente apoiada por logística e financiamentos substanciais, não houve superioridade do atendimento aos diabéticos nos municípios onde ela foi implantada, comparativamente aos municípios-controle²⁹. Também se observou que, independentemente do tipo de município, a realização de várias recomendações no atendimento a diabéticos ficava insatisfatória: avaliação da adesão ao tratamento nas visitas (abaixo de 40% dos profissionais disseram realizar); ações relacionadas aos cuidados com os pés (menos de 30%); encaminhamentos para oftalmologistas (em torno de 25%); solicitações de eletrocardiograma (menos de 10%), entre outras.

Uma análise qualitativa complementar buscou esclarecer as barreiras identificadas pelos profissionais e gestores dos municípios de intervenção na adoção do novo modelo proposto. Os profissionais da ESF mencionaram a elevada carga de trabalho, entre acompanhamento dos usuários e tarefas administrativas – queixa recorrente em vários outros estudos brasileiros –; falta de apoio por especialistas; número insuficiente de procedimentos diagnósticos para a população geral e, conseqüentemente, para as pessoas com diabetes; e, por fim, inadequação das instalações físicas e indisponibilidade de recursos didáticos, logísticos e financeiros para a realização das ações previstas na intervenção. Nas entrevistas com gestores, barreiras foram identificadas nos três níveis de gestão: gestores dos municípios de intervenção relataram dificuldades em estabelecer negociações com a gestão estadual para, por exemplo, promover educação permanente aos profissionais de atenção primária ou garantir o acesso regulado aos serviços

especializados; mudanças frequentes dos interlocutores e dos responsáveis pelas ações, que aconteceram no próprio Ministério da Saúde ou na ocasião de alternância política nos municípios, também resultaram em incertezas sobre a continuidade da intervenção em curso. Tais aspectos têm grande influência sobre o êxito (ou insucesso) das políticas e dos programas de saúde por impactarem a capacidade de apoio à implantação, à continuidade e à sustentabilidade das intervenções³⁰.

Depois do INTERDIA, a parte qualitativa do estudo RedeNut visou avaliar a implantação da RAS para pessoas com hipertensão ou diabetes na cidade de Recife. Um estudo de caso sobre essa implantação, utilizando o diabetes como condição traçadora, foi conduzido, em 2014, em um distrito sanitário que dispunha de tecnologia de todos os níveis de complexidade, podendo assegurar a atenção integral³¹. Os resultados apontaram para um grau de implantação parcial, com a dimensão “estrutura” obtendo pior desempenho em relação à dimensão “processo”. Ademais, a contrarreferência, ou seja, a comunicação dos pontos de atenção de maior complexidade com a atenção básica a respeito dos pacientes lá encaminhados, foi considerada não implantada, revelando descontinuidade da atenção e causando prejuízo ao atendimento de usuários com diabetes.

Outro estudo avaliou a integralidade da atenção ao usuário diabético no SUS a partir das trajetórias assistenciais de quatro usuários diabéticos complicados com retinopatia diabética grave atendidos em um serviço de referência no Recife. Várias fragilidades foram identificadas, destacando-se a quase inexistente relação entre os entrevistados e os serviços de atenção básica, corroborando o mau funcionamento da contrarreferência.

Assim, os estudos realizados pelo LAM-Saúde evidenciaram que, apesar de incentivos e programas nessa direção desde a instauração da ESF, em um esforço infelizmente freado a partir do final da década de 2010, a abordagem dos profissionais perante doentes crônicos continua muito tradicional. Com base nos resultados dos estudos, observa-se que essa estratégia segue em processo de aperfeiçoamento, necessitando, ainda, uma maior clareza prática, o que pode se evidenciar pelo pouco conhecimento dos profissionais de saúde e gestores sobre os resultados de ações orientadas por esse referencial. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, tanto nas mesmas localidades dos estudos apresentados como em outras regiões do País e utilizando referenciais teóricos e metodológicos distintos.

A avaliação de Costa, Silva e Carvalho³² no município de Recife concluiu por uma implantação insatisfatória das ações de atenção à hipertensão arterial na ESF, no ano de 2006. Foram identificados problemas relativos a adequação da área física, deficiência de insumos, inadequada qualificação profissional na atenção ao hipertenso e baixo

uso da informação para o planejamento das ações. Em uma revisão da literatura sobre os possíveis impactos da implantação da ESF no problema da hipertensão arterial entre 2005 e 2013, portanto, em período semelhante aos dos estudos apresentados, Ratão e Lourenção³³ apontaram nos achados dos dez estudos analisados a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços de saúde como uma conquista importante do modelo adotado. Porém, identificaram problemas na coordenação das ações, na adesão dos pacientes ao tratamento, na qualificação profissional e nas ações de educação em saúde para promoção de um estilo de vida saudável; ainda, apontaram para o elevado risco para doenças cardiovasculares e alta prevalência da hipertensão mesmo em municípios com 100% de cobertura. Em estudo de 2011/2012 em uma região de saúde do estado de São Paulo, Venancio et al.³⁴, a partir de análise que considerou a influência da macro e micropolítica na construção da linha de cuidado para hipertensão e diabetes, identificaram que, apesar dos avanços, seguem presentes insuficiências nas dimensões tanto da macropolítica (organização da rede de serviços e utilização de protocolos) quanto da micropolítica (coordenação do cuidado pela atenção básica, vinculação e responsabilização do cuidador) na organização e práticas do cuidado dessas doenças.

No final do século passado e início dos anos 2000 no País, a reflexão e a produção acadêmica sobre a disseminação de uma cultura avaliativa nos serviços, nas práticas dos profissionais e nas percepções, entendimento e envolvimento dos usuários, visando qualificar as ações dos tomadores de decisão e contribuindo para que suas práticas se baseiem em evidências, abriram o campo para as práticas avaliativa³⁵⁻³⁷. Além disso, a institucionalização dessa prática requer construção de capacidade técnica, articulação com as áreas de planejamento e de gestão das instituições e serviços de saúde, e suporte para formulação de políticas, processo de decisão e formação dos envolvidos³⁸⁻⁴⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO

O período coberto pelos estudos e pesquisas apresentados expõe os esforços de aproximadamente 30 anos no Brasil para transposição de um modelo de assistência, até então, predominantemente, de característica individual e curativa, centrado na figura do médico e localizado principalmente nos hospitais, para um novo modelo de atenção à saúde. A proposta ainda em progresso, que se ordena a partir da ESF, assenta-se na organização de ações programáticas orientadas para as necessidades coletivas e que articulem as práticas preventivas e de promoção às de atenção ao indivíduo, nos distintos espaços de produção de serviços^{30,37}.

Os resultados dos estudos revelam as dificuldades que a ESF, como base da política de atenção básica no País, enfrenta na sua organização para atuar na reorientação

do modelo de atenção. O componente de estrutura das intervenções voltadas aos hipertensos e diabéticos apresentava-se ainda insuficiente nos serviços de saúde. Outrossim, para os profissionais de saúde, os desafios são grandes ao buscar uma atuação diferenciada diante de novos agravos que requerem mudança de paradigma em relação ao modelo de cuidado ainda vigente – queixa, consulta, diagnóstico, tratamento, cura.

Hipertensão e diabetes são doenças por muito tempo silenciosas, sem perspectiva de cura, para as quais o melhor que se pode esperar é controlar os fatores de risco e evitar as complicações. Esse objetivo necessita que a atenção básica, ambiente pautado como privilegiado para o enfrentamento desses agravos, centralize e ordene uma rede de especialistas e de recursos da comunidade, garantindo continuidade e integralidade da atenção, ao longo da vida da pessoa acometida, dentro de um modelo de atenção essencialmente preventivo⁷.

Na busca por melhor conhecer para agir de forma mais pertinente e adequada, identifica-se a crescente contribuição dos estudos avaliativos, das práticas e do uso da avaliação como elementos para a melhoria do conhecimento com a possibilidade de espaços de reflexão sobre (e para) a prática nas ações de saúde. Nesse sentido, a avaliação apresenta-se como um dispositivo promotor de oportunidades de aprendizado para as pessoas e organizações, um processo educativo e transformador das ações, práticas e cultura institucional⁴¹⁻⁴³.

Os estudos e as pesquisas no contexto da pandemia já têm identificado os riscos aumentados para os casos graves de covid-19 para as pessoas com diabetes e hipertensão arterial^{9,12}. Esse quadro se agrava quando se sabe que são grupos sociais mais vulneráveis e que estão mais expostos aos determinantes dessas doenças, no contexto de desigualdade econômica, social e sanitária brasileira^{44,45}. Alerta ainda mais importante diante da precária e necessária reorganização da RAS^{46,47}, situação para a qual, desde os primeiros estudos aqui apresentados, tem-se buscado chamar a atenção de gestores e profissionais de saúde.

Assim, ao longo de uma década, a partir da formulação de um primeiro estudo-chave, SERVIDIAH, em 2007, até a consolidação da base de dados do último estudo de grande abrangência, RedeNut, em 2017, as contribuições do LAM-Saúde para a produção e uso do conhecimento tem sido ampla e constante. Pode-se referir aqui a ampliação do conhecimento científico e tecnológico sobre os cuidados direcionados aos portadores de hipertensão e diabetes na atenção básica, a identificação e a compreensão dos componentes das intervenções e atores envolvidos com suas práticas, da assistência à gestão, bem como pela divulgação dos resultados obtidos, e a sensibilização dos serviços de saúde para a importância da prevenção e monitoramento dessas doenças.

Referências

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Costa KS, Francisco PMSB, Malta DC, Barros MB. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. *Cad Saude Publica*. 2016;32(2):e00090014.
3. Acharya S, Lin V, Dhingraa N. The role of health in achieving the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):591-A.
4. Wahl B, Lehtimaki S, Germann S, Schwalbe N. Expanding the use of community health workers in urban settings: a potential strategy for progress towards universal health coverage. *Health Policy Plan*. 2020;35(1):91-101.
5. e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. Brasil Dez 2020. Pernambuco Dez 2020. [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
8. Cesse E, Freese E, Fontbonne A, Soares R. Rede de atenção ao portador de doença crônica não transmissível: estudos realizados pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM SAÚDE) da Fiocruz/PE, Brasil. *An Inst Hig Med Trop*. 2016;15(Supl. 2):S11-6.
9. Hill MA, Mantzoros C, Sowers JR. Commentary: COVID-19 in patients with diabetes. *Metabolism*. 2020;107:154217.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Notas de esclarecimentos da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o coronavírus (COVID-19) [Internet]. 30 de março de 2020 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/covid-19/notas-de-esclarecimentos-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-sobre-o-coronavirus-covid-19/>
11. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diabetes e a pandemia de Covid-19 [Internet]. 15 de abril de 2021 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://www.endocrino.org>.

br/diabetes-e-a-pandemia-de-covid-19/

12. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol*. 2020;17(5):259-60.

13. Secretaria de Políticas Públicas. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):585-8.

14. Vila-Nova de Carvalho RMS, Souza SMD, Meiners MMMA. Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil. *J Bras Econ Saúde*. 2012;4(S01):5-13.

15. Fontbonne A, Cesse EA, Sousa IM, Souza WV, Chaves VL, Bezerra AF, Carvalho EF. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH study. *Cad Saude Publica*. 2013;29(6):1195-204.

16. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 Supl.1):1-51.

17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf.

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf.

19. Oliveira RC, Barbosa JMV, Fontbonne A, Cesse E, Souza WV de. Fatores associados ao comportamento sedentário de diabéticos e hipertensos da atenção básica em Pernambuco: estudo RedeNut. *Motricidade*. 2020;16(2):212-24.

20. Barbosa MAG, Souza NP, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP. Consumo alimentar de hipertensos e diabéticos na perspectiva do processamento industrial dos alimentos. *Rev Aten Saúde*. 2020;18(65):76-89.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 jul 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

22. Walsh K, Grech C, Hill K. Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. *Prev Med Rep.* 2019;14:100812.
23. Barbosa JMV, Souza WV, Ferreira RWM, Freese de Carvalho E, Cesse EAP, Fontbonne A. Correlates of physical activity counseling by health providers to patients with diabetes and hypertension attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil. *Prim Care Diabetes.* 2017;11(4):327-36.
24. Gomes MF, Andrade RSFS, Fontbonne A, Cesse EAP. Orientações sobre alimentação ofertadas por profissionais da estratégia de saúde da família durante as consultas aos hipertensos e diabéticos. *Rev APS.* 2017;20(2):203-11.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
26. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, Marinho MGS, Specht YS, Freese de Carvalho EM, Fontbonne A. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(2):413-24.
27. Costa JMBS, Barreto MNSC, Gomes MF, Fontbonne A, Cesse EAP. Avaliação da estrutura das farmácias das unidades de saúde da família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus em Pernambuco. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(4):609-18.
28. Barreto MNSC, Souza NP, Melo SPSC, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP. Adesão à farmacoterapia em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *REAS.* 2021;13(2):e6158.
29. Marinho MGS, Fontbonne A, Barbosa JMV, Rodrigues HM, Freese de Carvalho E, Souza WV, Cesse EAP. Impact of an intervention for improving diabetes management on primary healthcare professionals' practices in Brazil. *Prim Care Diabetes.* 2017;11(6):538-45.
30. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(6):1079-95.
31. Santos RSAF, Bezerra LCA, Freese de Carvalho EM, Fontbonne A, Cesse EAP. Rede de atenção à saúde ao portador de diabetes mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife, PE. *Saúde debate.* 2015;39(spe):268-82.
32. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(2):623-33.

33. Ração E, Lourenção LG. O impacto da implantação da Estratégia Saúde da Família no controle da hipertensão arterial. *Enfermagem Brasil*. 2013;12(5):293-7.
34. Venancio SI, Costa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2016;26(1):113-35.
35. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZMA, editora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
36. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2002;7(3):419-21.
37. Figueiró AC, Frias PG, Felisberto E, Samico I. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: Freese E, ed. *Municípios: A Gestão da Mudança em Saúde*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2004. p. 127-41.
38. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):705-12.
39. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando implantação e efeitos. *Rev Bras de Saude Matern Infant*. 2009;9(3):339-57.
40. Figueiró AC, Samico I, Felisberto E, Hartz Z. Formação de avaliadores e o estudo das intervenções inovadoras em saúde: o caso do Programa Academia da Cidade. In: *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: CONASS; 2014. p. 171-90.
41. Garcia RC. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Texto para discussão nº 776. Brasília: IPEA; 2001.
42. Lemieux-Charles L, Champagne F. Towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence in health care. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, eds. *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press; 2004. p. 1-40.
43. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen

DV, Potvin L, eds. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research. New York: Springer; 2009. p.101-20.

44. Pires LN, Carvalho L, Xavier LL. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. Experiment Findings [Internet]. 2020 [citado 2021 jul 21]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID-19_e_Desigualdade_no_Brasil

45. Demenech LM, Dumith SC, Duarte-Vieira MEC, Neiva-Silva L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200095.

46. Moreira RS. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00080020.

47. Medeiros EAS. Challenges in the fight against the COVID-19 pandemic in university hospitals. Rev Paul Pediatr. 2020;38:e2020086.