

Atenção às condições crônicas de saúde na Atenção Primária à Saúde – desafios e perspectivas

Autores

Elaine Thumé (UFPEL)
Luiz Augusto Facchini (UFPEL)

Introdução

As condições de saúde da população brasileira apresentaram mudanças expressivas desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Facchini e col, 2006; Castro e col, 2019). Em mais de três décadas de história do SUS, as condições crônicas de saúde assumiram papel preponderante na demanda dos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). As condições crônicas se caracterizam por longo curso e necessidade de intervenções proativas, contínuas e integradas pelo sistema de atenção à saúde, por profissionais de saúde e usuários para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (OMS, 2003). As doenças crônicas não transmissíveis constituem parte expressiva das condições crônicas de saúde, que também incluem os fatores de risco individuais biopsicológicos, como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; a manutenção da saúde por ciclos de vida, como o pré-natal, a puericultura e os distúrbios mentais de longo prazo; as incapacidades funcionais; as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais (Mendes, 2012).

No enfrentamento às condições crônicas de saúde, estudos epidemiológicos sobre fatores de risco apoiaram o investimento em mudanças de comportamento com intervenções, programas preventivos e ensaios comunitários, políticas integradas de atenção e educação voltadas para escolares e população geral, como por exemplo, redução consumo de tabaco, uso abusivo de álcool, inatividade física e a adoção de hábitos saudáveis de alimentação (OMS, 2003). Multiplicaram as experiências de reorganização dos serviços, de apoio ao autocuidado e de mudanças no modelo de atenção para o adequado enfrentamento do perfil de demanda das condições crônicas (Silva, Cotta e Rosa, 2013).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 - 2022) destaca que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas

de mortes, com marcantes iniquidades sociais (Brasil, 2011). Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). No triênio de 2010 a 2012 passou para 328,9 por 100 mil habitantes (IC95% 327,3 – 330,4) diminuindo para 314,1 por 100 mil habitantes (IC95% 312,8 – 315,4) no triênio de 2015 a 2017 (Cardoso e col, 2021). A redução na mortalidade por DCNT no período coincidiu com a expansão da ESF e a diminuição do consumo de tabaco, dentre outras ações sociais e de saúde com impacto na determinação social. No Brasil, a taxa de mortalidade prematura por DCNT apresentou tendência decrescente de 2000 a 2014, com redução média de 4,2% ao ano. Contudo, foram observadas algumas desigualdades, como maiores taxas na Região Nordeste e no sexo masculino. Apesar dessa importante redução, a taxa ainda permaneceu alta no País, permanecendo desafios específicos como, por exemplo, o enfrentamento às neoplasias e ao diabetes (Brasil, 2019).

Apesar dos avanços alcançados no país, a magnitude populacional das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) indicam desafios similares para o SUS e o país, na redução da morbimortalidade por essas causas e na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2015). A Organização Mundial da Saúde reforça a importância das ações de promoção à saúde, implementando políticas públicas intra- e intersetoriais que facilitem práticas saudáveis, como alimentação adequada, redução do sal nos alimentos, disponibilização de espaços públicos para apoiar a atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda de álcool e outras (OMS, 2017) Todas as questões comportamentais previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 - 2022) e reforçadas para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>) foram influenciadas pelo distanciamento social e pelas modificações nas atividades da vida diária impostas pela necessidade de diminuição da transmissão da circulação do Coronavírus no país.

Com o aumento da cobertura vacinal contra a COVID-19 e a consequente redução de casos, internações e óbitos pela doença no país, emerge a pergunta sobre o que é preciso fazer para garantir contato regular e efetivo com os serviços de saúde às pessoas com condições crônicas. A questão ganha relevância frente às ameaças e iniciativas de desorganização do SUS e privatização da APS. As sequelas clínicas e sociais decorrentes da pandemia encontram um cenário de mudanças no financiamento, na gestão e na avaliação do desempenho dos serviços de APS. As mudanças geram incertezas dos gestores sobre a disponibilidade de recursos, conformação das equipes de saúde e no modelo de atenção. (Brasil, 2019)

A nota técnica é uma contribuição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) com o objetivo de resgatar o papel da APS e da ESF para subsidiar a reorganização dos cuidados de longa duração. Inicialmente o texto aborda o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e o Modelo de Atenção no SUS. Em continuação apresenta-se um conjunto de evidências sobre os cuidados às condições crônicas fruto da avaliação externa do Ciclo III do PMAQ-AB. O texto também analisa a situação da APS na pandemia de COVID-19, com ênfase para os relatos de experiências municipais publicadas na Revista da Rede APS e explora os avanços relacionados às condições crônicas na Agenda 2030 e o impacto da COVID-19 no alcance das metas. Finalmente são apresentadas algumas perspectivas e recomendações para garantir o cuidado integral às condições crônicas na APS e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e o Modelo de Atenção às condições crônicas no SUS

Nas últimas duas décadas, o enfrentamento das condições crônicas de saúde se desenvolveu de modo acelerado no SUS. Em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (a) estabeleceu a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. O Plano foi uma iniciativa pioneira na organização dos serviços para o atendimento às pessoas com doenças crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta visou a identificação e cadastro dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e o acompanhamento destes pelos serviços de APS, oferta de medicamentos e de orientações para promoção da saúde e prevenção de agravos. Esta iniciativa foi reforçada com a criação da Secretaria de Vigilância à Saúde e a Coordenação Nacional para Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) (BRASIL, 2005), em 2003.

Em 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde destacou aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, entre eles, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada. Um dos destaques na iniciativa é fomentar formas mais amplas de intervenção em saúde, reconhecendo as conexões do indivíduo com a população e o contexto social (BRASIL, 2010). Um ano mais tarde, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento das DCNT (2011 - 2022), ainda em vigor, com o objetivo preparar o Brasil para enfrentar e reduzir, no período de 10 anos as morbidades crônicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011). O Plano enfatiza o fortalecimento dos serviços de saúde voltados à doença crônica e foi organizado em três grandes eixos: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde e Cuidado Integral. O Plano também recomenda a adoção do Modelo de Cuidados Crônicos que reforça o estímulo a mudanças comportamentais relacionadas a diminuição do tabagismo, do consumo de bebida alcoólica, do incremento da atividade física e melhoria nos padrões alimentares, principais fatores de risco potencialmente modificáveis.

Em 2013, a publicação do Manual de Diretrizes para o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritário objetivou reforçar o conhecimento das equipes e superar a fragmentação do cuidado de modo a responder efetivamente às mudanças epidemiológicas e melhorar os indicadores de saúde (BRASIL, 2013). A proposta foi baseada em experiências com cuidado integrado em redes de atenção, de forma regionalizada, onde os resultados mostraram ser positivos na organização de sistemas de saúde e respostas efetivas às necessidades da população (OPAS, 2008). No Brasil, a publicação da Portaria nº 4.279/2010 e a Portaria nº 483/2014, estabeleceram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com seus respectivos componentes, diretrizes e objetivos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). A organização da RAS foi uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, com papel de destaque aos atributos da APS - resolutividade, responsabilização e coordenação do cuidado aos cidadãos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). Na visão de redes, os territórios sanitários incluem desde a visão macro do país (território nacional) até os territórios das microáreas de abrangência dos agentes comunitários de saúde (ACS), que representam cerca de 270.000 áreas em 2021.

Portanto, há no SUS um conjunto de iniciativas para a organização do sistema em redes de atenção para abordagem das condições crônicas que objetivam a superação do cuidado fragmentado, a coordenação do cuidado via APS, com ênfase no cuidado multiprofissional e continuidade do cuidado com participação ativa dos usuários, aspecto fundamental para o êxito no tratamento. O autocuidado apoiado está presente na maioria das iniciativas inovadoras e trata-se da forma como a população estabelece e mantém a própria saúde, e como previne e lida com as doenças (OMS, 2003). No Brasil, o autocuidado está fortemente presente na ESF, principalmente nas ações voltadas às condições crônicas. No Caderno da Atenção Básica nº 35 "Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica", lançado em

2014, as intervenções estão ancoradas no apoio ao autocuidado, destacando a responsabilidade e envolvimento do serviço, do profissional e do usuário (BRASIL, 2014).

A magnitude das condições crônicas incentivou o delineamento de propostas de adequação do modelo de atenção em âmbito global. As propostas institucionais buscam superar a resposta episódica e reativa a eventos agudos, ou agudizados por meio de abordagens contínuas, proativas e integradas em rede. Estratégias e programas criativos para melhorar o gerenciamento e os resultados associados às condições crônicas já estavam em desenvolvimento no início do século XXI em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, que apresentam maiores prevalências dos fatores de risco para doenças crônicas (WHO, 2003; Silva, Cotta e Rosa, 2013)

Para apoiar o fortalecimento da capacidade e competências dos sistemas de saúde para prevenção e controle das doenças crônicas e seus fatores de risco, a OPAS formulou o Plano Regional *“Um enfoque Integrado na prevenção e controle das doenças crônicas”*. Dentre os indicadores pactuados até 2015, destaca-se a educação da comunidade com enfoque no autocuidado apoiado (OPAS, 2007). Em 2013, o documento *“Cuidados inovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas”* que reafirma a importância do Modelo de Cuidados Crônicos e da APS para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde nos cuidados às condições crônicas. (OPAS, 2013).

Em 2011, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi adequado para o sistema de saúde brasileiro e tem sido aplicado no país por meio do projeto "Planificação da Atenção à Saúde", coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em colaboração com Secretarias Estaduais de Saúde e com o Secretarias Municipais de Saúde (CONASS, 2019). O MACC propõe cinco níveis de intervenções de saúde que incluem ações populacionais e individuais. O modelo valoriza as experiências internacionais e a concepção de determinação social da saúde e do modelo Pirâmide de Riscos.

No nível 1 do MACC as intervenções incluem toda a população e ganham destaque as ações de promoção da saúde, com estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida, ações que melhorem as condições de vida e de trabalho, acesso aos SS essenciais e as redes sociais e comunitárias. As intervenções são realizadas por projetos executados de forma intersetorial. No nível 2 as intervenções de prevenção das condições de saúde incluem subpopulações com fatores de risco relacionados ao comportamento e estilo de vida. As intervenções assistenciais do campo da clínica têm como foco os fatores de

risco existentes e as ações incluem a abordagem da alimentação saudável, o combate ao excesso de peso, inatividade física, uso abusivo de álcool e o tabagismo, por exemplo. Nos níveis 3 e 4 estão centradas as questões relacionadas com a vigilância em saúde com gestão da condição de saúde, com ênfase em indivíduos com condições crônicas "simples" ou presença de fatores de risco biopsicológicos, como por exemplo, níveis elevados da pressão arterial, glicemia, colesterol e depressão. Além do autocuidado apoiado há necessidade de cuidado profissional "cooperativo" com a participação dos generalistas e especialistas. No nível 5, as condições crônicas são complexas e acometem cerca de 5% da população e exigem a gestão de casos realizadas por equipe multiprofissional. (<https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>)

A operacionalização do cuidado em rede de atenção implica em conhecer a população do território sob responsabilidade da equipe de APS, tanto os riscos individuais, quanto os coletivos, sociais, econômicos e ambientais. Além disso, é fundamental a organização de sistemas de apoio - diagnóstico, terapêutico, de assistência farmacêutica, teleassistência e de informação em saúde. Na organização dos fluxos das pessoas no sistema de saúde é preciso organizar a logística para regular o acesso, investir no registro eletrônico, no monitoramento da situação de saúde e na garantia do transporte eletivo e de urgência para o acesso aos serviços. Os desafios na garantia de cuidado integral de qualidade às condições crônicas tornam-se ainda maiores e mais complexos em usuários com multimorbidade (dois ou mais problemas de saúde concomitantes) e/ou com comorbidade.

Os cuidados às condições crônicas no PMAQ-AB

As avaliações externas no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), realizadas entre 2012 e 2018, permitiu retratar a estrutura física e equipamentos, os processos de trabalho e o perfil sociodemográfico dos usuários na rede de serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). A existência de território definido e população de referência foi referido por 68% (n=25.481) das equipes no Ciclo III do PMAQ-AB, com uma população média de referência da equipe de 3.138 pessoas e 94% (n=35.067) das equipes afirmaram ter mapas do território de abrangência. A disponibilidade de registro de mulheres com exames citopatológicos alterados foi referida por 87% das equipes (n=31.816) no Ciclo III. Em 2018, cerca de 20% das equipes não tinham disponível o registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com maior risco/gravidade e 42% dos usuários saíam da consulta com o próximo atendimento agendado. No caso dos usuários com diagnóstico de DM, sair da consulta com o próximo atendimento agendado foi declarado por 39% dos entrevistados em 2018. A disponibilidade de registro do número dos casos mais

graves de usuários com transtorno mental foi referida por 71% (n=26.355) das equipes avaliadas em 2018. (Facchini e col, 2021 prelo)

No período de 2012 a 2018 ocorreu um aumento na implantação do prontuário eletrônico nas UBS, passando de 14% das equipes nos Ciclos I e II (n=2.409 e 4.133) para 39% (n=14.455), no Ciclo III. A existência de documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe foi citada por 89% (n=33.263) das equipes no Ciclo III. A manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção foi relatada por 69% (n=20.528) das equipes no Ciclo II. No Ciclo III, 38% (n=12.775) das equipes informaram que seus profissionais entravam em contato com especialistas para o encaminhamento de usuários. (Facchini e col, 2021 prelo)

Em 2018, a proporção de UBS com acesso à Internet era de 74% (n=21.423) e o uso de Telessaúde nos 12 meses anteriores à entrevista, foi mencionada por 56% (n=20.461) das equipes. A participação em atividades de Ensino a Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (EAD/UNA-SUS) foi informada por 48,2% (n=17.484) das equipes em 2018. O envolvimento com atividades da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) foi relatado por 9% (3.063) das equipes no Ciclo III. A busca de uma segunda opinião formativa foi referida por 58% das equipes (n=11.728) em 2018. O uso de apoio para telediagnóstico foi referido por 56% (n=11.324) das equipes no Ciclo III. O uso de teleconsultoria foi referido por 67% (n=13.564) no Ciclo III. (Facchini e col, 2021 prelo)

Na área materno-infantil, em 2018, 98% das equipes referiram ofertar consultas de pré-natal (n=36.702) e 82% (n=30.223) das equipes possuíam informação do número de gestantes de alto risco no território. O registro regular do SISPRENATAL e o uso da caderneta da gestante para o acompanhamento de mulheres grávidas foram informados por 99% (n=36.433) das equipes, no Ciclo III. O exame ginecológico e das mamas durante as consultas de pré-natal foram realizados em menos de 50% das mulheres, independente do ciclo de avaliação. No período de 2012 a 2018, foi observado que cerca de 15% das mulheres não foram orientadas sobre a importância da amamentação. A abordagem sobre depressão na consulta de puerpério foi referida por 65% das mulheres. Praticamente um terço das mães não levaram as crianças nos primeiros sete dias de vida para consulta de puericultura e o agendamento da consulta de acompanhamento foi referido por 63% das mães. O recebimento de orientação sobre alimentação da criança foi referido por 85% das mães no Ciclo III. A visita de ACS, ou membro da equipe da ESF, na primeira semana de vida do bebê aumenta a probabilidade de revisão do parto e a qualidade da atenção ao recém-nascido (Facchini e col, 2021 no prelo).

Ao investigar as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de saúde, foi observada a direcionalidade da oferta de ações ao grupo materno-infantil, com destaque para aleitamento materno direcionado a gestantes e puérperas, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero e da mama. Questões relativas a medicamentos ansiolíticos e benzodiazepínicos, crack, álcool e outras drogas, apoio ao autocuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e saúde do homem também foram incluídos na avaliação externa. Ações articuladas com a escola foram referidas por 91% das equipes (n=32.040) em 2018. A oferta de PICS na atenção básica ainda era escassa, sendo referida por um terço das equipes em 2014.

Dados do Ciclo III do PMAQ indicam que os testes para sífilis estavam presentes em 72% dos serviços (n=20.872), os testes para detecção do HIV em 73% (n=21.173) e testes para pesquisa de plasmódio foram citados por 14% (n=366) das equipes no Ciclo III. Testes para gravidez foram referidos por 42% (n=12.099). (Facchini e col, 2021 no prelo)

No cuidado aos indivíduos com diagnóstico de HAS, praticamente a totalidade teve a pressão arterial verificada na consulta, enquanto a realização de exames nos seis meses anteriores à entrevista – creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma – foi referida por cerca de 50% dos entrevistados, nos três ciclos avaliativos. No período de 2012 a 2018, cerca de 90% dos usuários com DM realizaram o exame de sangue para controle glicêmico nos seis meses anteriores à entrevista, mas apenas um terço teve seus pés examinados por profissionais da equipe de saúde e menos da metade recebeu orientação sobre cuidado com os pés (47% no Ciclo III). (Facchini e col, 2021 no prelo)

A disponibilidade de registro de pessoas com tuberculose com maior risco/gravidade foi reportada por 83,7% das equipes (n=31.246) no Ciclo III. A busca ativa de faltosos do TDO foi mencionada por 96,5% (n=29.766) no Ciclo III. Quanto à disponibilidade de registro de pessoas com hanseníase com maior risco/gravidade, o percentual foi de 74,9% (n=27.963) em 2018. A busca ativa de faltosos do TDO foi realizada por 96,2% (n=26.175) em 2018. (Facchini e col, 2021 no prelo)

Situação da APS na pandemia de COVID-19

Em 2020, no início da disseminação da pandemia da COVID-19 no país, foi observada a grave interrupção dos serviços de saúde, com consequências graves para os indivíduos com condições crônicas de saúde, que requerem interação regular com o usuário. As interações entre a COVID-19 e diferentes condições crônicas de saúde potencializaram os desfechos negativos no cuidado clínico, agravados pelas condições sociais e econômicas da população. No decorrer da pandemia foi observado a ocorrência da sindemia

da COVID-19, caracterizada pela sinergia de dois ou mais agentes agindo em consonância e causando um efeito maior do que a ação deles de forma isolada (Horton, 2020).

No período inicial da pandemia ocorreu uma expressiva protelação e não realização de exames, entrega de medicação, consultas especializadas e cirurgias, aumento do risco de agravamento da saúde, sequelas e mortes de pessoas com condições crônicas de saúde. Apesar da persistência e agravamento da pandemia em 2020 e boa parte de 2021, houve consenso no SUS, na academia e nos movimentos sociais em favor da inclusão da APS na resposta do país à COVID-19 e da retomada do atendimento às condições crônicas de saúde em serviços de APS, ambulatórios especializados e hospitais, com adaptações e adequações necessárias. A descoordenação e as contradições entre os entes governamentais, o foco em ações hospitalares e o descaso com ações da rede básica e da vigilância em saúde caracterizam o enfrentamento à COVID-19 no Brasil.

Na APS, a adaptação das atividades restringiu os atendimentos presenciais na UBS e novas formas de interação com os usuários e a comunidade foram implementadas. A separação de fluxo, ambiente, turno e em alguns casos UBS, para pessoas com sintomas de COVID-19 e com outras demandas, juntamente com o reconhecimento da efetividade dos equipamentos de proteção individual, das medidas de higiene pessoal, distanciamento social e do atendimento dos usuários por meio de TICs foram marcas importantes das transformações do cuidado às condições crônicas de saúde na APS brasileira. Neste período, ocorreu uma expressiva ampliação de contatos, consultas, orientações, monitoramento e vigilância por telefone, vídeo, smartphone, WhatsApp e e-mail, dentre outras formas alternativas ao cuidado presencial na UBS.

Desde o início da pandemia, a Rede de Pesquisas em APS articulou uma série de encontros com profissionais de saúde, gestores e trabalhadores de modo a contribuir para a troca de experiências no enfrentamento à pandemia. Foi organizado o seminário sobre os “Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19” (https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf). Outra iniciativa foi a publicação, na APS em Revista (Vol 2,n2), de relatos de trabalhadores e gestores sobre a organização do cuidado aos usuários com condições crônicas, a incorporação de tecnologias, a reorganização do processo de trabalho das equipes durante a pandemia.

Inicialmente foi necessário organizar uma porta de entrada para os sintomáticos respiratórios, no sentido de diminuir o fluxo de pessoas nas UBS. A experiência sobre a UBS de POA relata a definição dos fluxos, protocolos,

treinamento para os profissionais sobre o uso de proteção individual (EPIs), medidas protetivas e notificação da doença. Desde o início da pandemia foi implantado o telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios e teleatendimento dos casos não sintomáticos, tanto os que já estavam agendados, quanto os casos novos. (https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf)

A orientação aos pacientes dos grupos de risco que ficassem em casa e apenas procurassem os serviços em caso de gravidade provocou uma importante queda no número de atendimentos nos CS e UPA durante os meses de março e abril de 2020 em Belo Horizonte, MG. A SMSA-BH criou um programa de controle de crônicos, com um Fluxograma de Monitoramento de Crônicos na APS. A GEAPS enviou às equipes uma lista com todos os usuários com condições crônicas e de alto risco (pacientes com diabetes tipos 1 e 2, complicação clínica, cardiopatas e usuários de anticoagulante). A teleconsulta foi introduzida tanto para os pacientes com suspeita de COVID-19 quanto para os pacientes com condições crônicas, de modo a identificar precocemente os casos e ter maior resolutividade nos casos leves e encaminhar corretamente os casos graves. Foi observado o importante papel da APS no fornecimento de informações corretas, com base na ciência, no suporte familiar e comunitário, em um momento de perdas, adoecimento e diminuição da renda (Guimarães e col, 2020).

Em Nova Lima, MG, o plano de cuidado às condições crônicas na APS em tempos de COVID-19 foi estabelecido para evitar a descontinuidade do cuidado e consequente agravamento de condições de saúde pré-existentes. O plano foi estruturado em cinco etapas que incluíram o levantamento, com base no número de pessoas em situação de vulnerabilidade (idosos, crianças menores de um ano, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, problemas mentais, portadores de feridas e doenças infecciosas como HIV/AIDS e tuberculose). A seguir as equipes definiram os grupos prioritários para iniciar o monitoramento, considerando as características da população local, patologias e condições de maior risco na área de abrangência sob responsabilidade da equipe. A etapa seguinte consistiu no contato telefônico dos ACS para identificar as demandas dos usuários e o trabalho foi apoiado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e profissionais do NASF/Saúde Mental. As abordagens eram breves e focadas nos sinais e sintomas da COVID-19, hábitos de vida atuais e algumas questões relacionadas à condição crônica do paciente. Se havia necessidade de teleatendimento, as consultas eram realizadas por médicos(as), enfermeiros(as), profissionais do NASF e Saúde Mental, com a utilização de recursos tecnológicos, dispositivos móveis e equipamentos de acesso remoto. As renovações de receitas eram realizadas à distância desde que o médico fosse o mesmo que acompanhava o usuário e com pelo menos

uma consulta presencial prévia. A prescrição médica era entregue ao representante designado pelo usuário, evitando sua presença na UBS ou ao ACS da área entregava a receita na residência. Se avaliação presencial do paciente fosse necessária, era realizada visita domiciliar ou agendada consulta presencial na UBS. (Fernandez e col, 2020)

No município de Uberlândia, MG, a experiência no remodelamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com base no modelo de atenção às condições crônicas (MENDES, 2012) possibilitou a identificação precoce dos indivíduos idosos e com morbidades crônicas em situação de vulnerabilidade. Esta estratégia facilitou a atuação das equipes de APS considerando que a infecção pelo SARS-Cov-2 tem como principais alvos os idosos e os indivíduos com hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença cardiovascular prévia. Dentre as estratégias de comunicação foram elaborados materiais específicos para a pandemia, por meio de videoaulas, fluxogramas, matrizes de gerenciamento e planos de ações. Todas as ações foram planejadas de forma a evitar que as pessoas idosas se mantivessem em isolamento/distanciamento social (MORAES, 2020). As equipes de APS organizaram planilhas de registro coletivo, a partir do IVCF-20, cruzando os dados com a estratificação de risco de hipertensão e diabetes, iniciando-se a relação pelas pessoas de maior risco; a vacina contra a Influenza ocorreu nos domicílios, levando em consideração a estratificação de risco, iniciando pelos idosos frágeis, de muito alto e alto risco para hipertensão e diabetes, de forma a vacinar todas as pessoas do território das UBS e orientar sobre as medidas protetivas e de educação em saúde; o telefone da UBS foi disponibilizado para qualquer necessidade, reforçando a orientação de que os idosos e familiares evitassem sair de suas residências e todos os profissionais de saúde disponíveis realizaram visitas domiciliares para orientar o maior número de pessoas em um menor espaço de tempo; em caso de suspeita da infecção pelo coronavírus, as famílias foram orientadas a fazer contato com a UBS antes de levar o idoso para atendimento de urgência (pronto socorro, UPAs, etc); as ILPI do território foram visitadas e aplicada a vacina antiinfluenza e orientado sobre medidas protetivas. O acompanhamento das pessoas idosas e com comorbidades foi realizado por meio de visitas domiciliares, contato telefônico ou WhatsApp, visto que estas pessoas já possuíam consultas programadas e agendadas segundo a estratificação de risco e parametrização. (Barra e col, 2020)

A pandemia acelerou a incorporação de tecnologias de comunicação na rede de atenção do SUS em Florianópolis, SC, pois coincidiu com o lançamento do serviço de atendimento pré-clínico denominado “Alô saúde Floripa”. O serviço incluiu a entrega de smartphone, chip pós-pago e acesso à plataforma *WhatsApp Business* para facilitar a comunicação das equipes de saúde da família com a população. As equipes foram orientadas a realizar busca ativa telefônica ou através de *WhatsApp* de usuários em situações clínicas de maior

risco ou vulnerabilidade (gestantes de mais risco, usuárias para primeira consulta de puericultura, pacientes crônicos já conhecidos das equipes, usuários hipertensos ou diabéticos descompensados). Além do uso das TICs foram implementadas as medidas de distanciamento social e reorganização dos serviços para adequação do processo de trabalho. (Silveira & Zonta, 2020)

O atendimento remoto via telefone realizado pelos ACS's e os membros do NASF, com o apoio das equipes de Saúde da Família foram implementados em Vitória, ES. A estratégia mostrou ser importante para a comunidade, muito carente de atendimento. O projeto teve por objetivo orientar a população sobre a COVID-19, as medidas de prevenção, os sinais, sintomas e os fluxos de funcionamento da USF durante a pandemia. Na oportunidade também foram abordados as epidemias de arboviroses em curso no território. A ideia do projeto foi manter o elo entre usuários e USF, trabalhando para promover a saúde e prevenir agravos. Foram priorizados os hipertensos e diabéticos devido ao risco elevado para as formas graves da COVID-19. Foi orientado sobre o isolamento social, quando procurar a USF ou os serviços de pronto atendimento, atendimento presencial e sobre a possibilidade de atendimento médico remoto na central municipal de telemedicina, implantada durante a pandemia. Aos pacientes acamados que apresentaram sintomas gripais foi viabilizada visita domiciliar da equipe médica e de enfermagem para avaliação. O trabalho de telemonitoramento realizado na USF foi positivo e aperfeiçoado. Entretanto, os autores pontuam algumas fragilidades existentes no processo, dentre elas o cadastro desatualizado, com telefones não existentes. Os autores destacam que o telemonitoramento apresentou boa adesão junto aos usuários do território e atribuem este fato ao vínculo fortalecido que os ACS's possuem com a população. Nos relatos dos pacientes que receberam as ligações foi observado o sentimento de satisfação por terem sido lembrados pela equipe durante a pandemia, contribuindo assim para a diminuição do estresse causado pela sensação de solidão provocada pelo fechamento dos serviços e do isolamento social. (Rodrigues e col, 2020)

Os relatos reforçam o papel pró-ativo das equipes da APS e dos gestores no sentido de implementar medidas que permitissem o vínculo com os usuários e a inclusão da tecnologia para facilitar a comunicação no processo do cuidado continuado. O trabalho com base no território e no cadastro existente facilitaram o processo de vigilância e monitoramento dos indivíduos vulneráveis como a experiência de Uberlândia onde há a implantação do modelo de atenção às condições crônicas. O trabalho articulado com os ACS também mostrou ser importante para identificar a necessidade de atendimentos no domicílio. A disponibilidade de Internet e de equipamentos para adoção das tecnologias de comunicação mostrou ser de extrema necessidade em períodos onde há necessidade de distanciamento social presencial.

(https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf)

A gravidade da situação sanitária do país e a urgência de pleno atendimento às necessidades de saúde em áreas sob responsabilidade da ESF são incentivos ao debate sobre inovações na atenção às condições crônicas de saúde na APS, com o propósito de alcançar a universalidade, a integralidade e a equidade dos cuidados dispensados à população. A análise dos dados da PNAD Covid-19 e do banco de internações de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) identificou desigualdades relativas à testagem (proporção aumenta conforme aumenta a renda), letalidade (maior entre os sem escolaridade) e óbito de acordo com a renda (maior entre os mais pobres), cor de pele (letalidade maior entre os indivíduos negros, pardos e índios), escolaridade da população e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (municípios com IDH baixo tiveram 38,3% de cura e 61,7% de óbitos; municípios com IDH muito alto apresentam 67,1% de cura, contra 32,9% de mortes). (http://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf).

As condições crônicas na Agenda 2030 e os impactos da COVID-19 no alcance das metas

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) aprovados pela Assembleia das Nações Unidas - Agenda 2030 - reafirmam a importância do apoio a comportamentos saudáveis e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades (ODS 3 - Saúde e Bem Estar). O Brasil se comprometeu em assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais. A meta global foi adequada ao art. 194 da Constituição Federal que assegura os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Considera a cobertura dos cuidados primários como o acompanhamento dos indicadores relacionados à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e o acesso e a capacidade dos serviços em atender as necessidades da população (meta 3.8). <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>

No caso da saúde materna, a meta até 2030 é a de redução de 51,7% da Razão de Mortalidade Materna (RMM), o que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. (<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>). Também foi pactuado o fim das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. No caso da Mortalidade Neonatal (menos de 28 dias de nascido) a estimativa é a de redução de 43,7%, ou seja, uma taxa de mortalidade de 5,3 por 1.000 nascidos vivos com uma redução anual em torno

de 3,8% e no caso da taxa de mortalidade na infância (< de 5 anos) a redução era estimada em 8,3 mortes por 1.000 nascidos vivos e uma redução anual de 4,2%. A meta para assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva inclui o planejamento reprodutivo, com ações que auxiliem as pessoas a definir o melhor momento para ter filhos e o espaçamento entre as gestações e investimentos em informação e educação, principalmente para impactar na gravidez durante a adolescência.

<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>

Em 2019, estima-se que ocorreram 1.655 óbitos maternos, 65,7% dos decorrentes de causas obstétricas diretas. Entre as causas obstétricas diretas, predominam a hipertensão (370 óbitos; 20%), hemorragia (195 óbitos; 12,4%), infecção puerperal (69 óbitos; 4,4%) e aborto (43 óbitos; 2,7%). Entre as causas obstétricas indiretas, as doenças do aparelho circulatório predominam (130 óbitos; 8,3%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (65 óbitos, 4,1%), doenças infecciosas e parasitárias maternas (45 óbitos; 2,9%), das quais destaca-se a aids (13 óbitos; 0,8%). [Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 29 | Ago. 2021](#)

O Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19) alerta que os óbitos maternos em 2021 superaram o número notificado em 2020. No ano de 2020, foram 544 óbitos em gestantes e puérperas por Covid-19 no país, com média semanal de 12,1 óbitos, considerando que a pandemia se estendeu por 45 semanas epidemiológicas neste ano. Até 26 de maio de 2021 foram registrados 911 óbitos, com média semanal de 47,9 óbitos, denotando um aumento preocupante. (<https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna>)

Recente publicação do MS (2021) que avaliou a Taxa de Mortalidade Infantil no período de 1990 a 2019, mostrou sua redução no Brasil e em todas as Regiões. No ano de 2019, anterior à pandemia, estima-se que ocorreram 38.619 óbitos infantis no Brasil e a TMI foi de 13,3 óbitos por mil NV. A preocupação é a de que, em 2019, o padrão de mortalidade retrocedeu ao observado em 2015 e persistem as desigualdades intra e inter-regionais. (https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf)

As condições crônicas relacionadas às doenças infecciosas também estão contempladas na Agenda 2030 e há a pretensão de reduzir e controlar a ocorrência de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, além de combater a hepatite, as doenças transmitidas pela água e demais doenças transmissíveis. Estas condições são consideradas como um problema

de saúde pública pela carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causados além do potencial epidêmico destes agravos. O impacto no indivíduo inclui os anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidade, dor e desconforto, o custo do tratamento, e o impacto na família do indivíduo. O impacto na sociedade engloba os custos do tratamento para o sistema de saúde. <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>

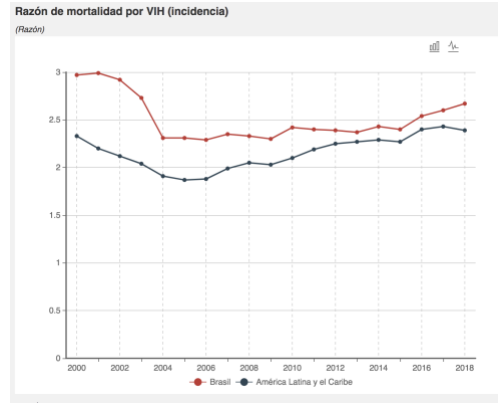
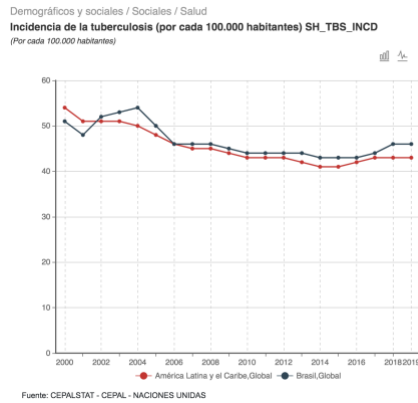
Em 2020, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os países que concentram 84% dos casos de TB, verificou-se que em relação ao ano de 2019, cerca de 1,4 milhão de pessoas deixaram de receber o tratamento para TB, pois não foram diagnosticados, correspondendo a uma redução de 21% nas notificações, o que poderia gerar meio milhão de mortes adicionais por TB. [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

Além do mais, atrelada à queda das notificações, o impacto nos determinantes sociais da TB durante a pandemia, como pobreza, desnutrição e más condições de moradia, podem aumentar os fatores de riscos para o desenvolvimento da doença, tornando ainda mais necessárias o fortalecimento das ações voltadas ao manejo adequado da TB.³ Desta forma, o monitoramento dos efeitos da pandemia da covid-19 sobre as ações preventivas e de controle da TB subsidiará no direcionamento oportuno de ações, visando a manutenção dos avanços já alcançados e a progressão das conquistas rumo à eliminação da TB como problema de saúde pública. [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

A pandemia da COVID-19 ameaça os avanços já obtidos no controle da TB, com comprometimento de indicadores operacionais da doença. A queda de notificações e a piora dos indicadores laboratoriais, de tratamento e busca de novos casos da doença disparam um alerta para a necessidade de constante avaliação da adequação das ações de controle da TB no país, visando a tomada oportuna de decisão por parte de gestores e profissionais de saúde envolvidos no controle da doença. [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

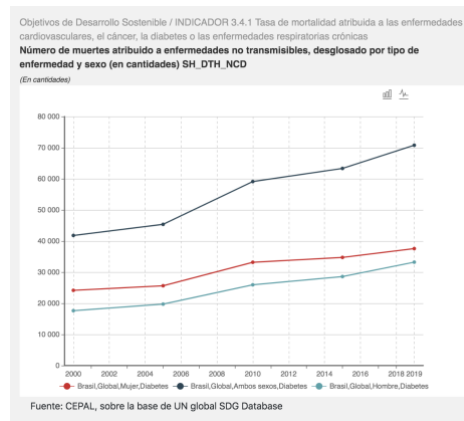
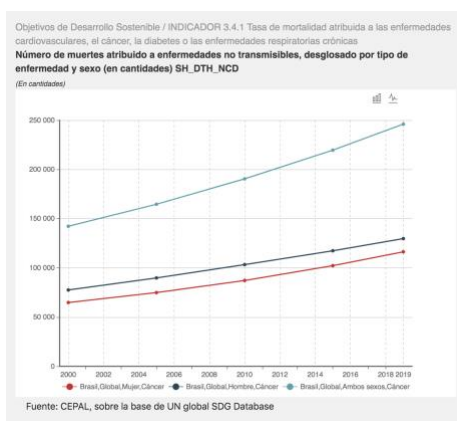
Em 2020 foram notificados 86.166 casos de TB no Brasil, correspondendo a uma queda de 10,9% quando comparado aos 96.655 casos registrados em 2019. Observou-se uma queda a partir do mês de abril/20, tendo o maior efeito sido observado no mês de maio/20, com 31,9% de redução quando comparado ao mesmo período de 2019. Entre as regiões, a menor queda no período avaliado foi observada na região Sudeste (-9,4%) e a maior na região Sul (-13,1%) [Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 | Nº 22 | Jun. 2021](#)

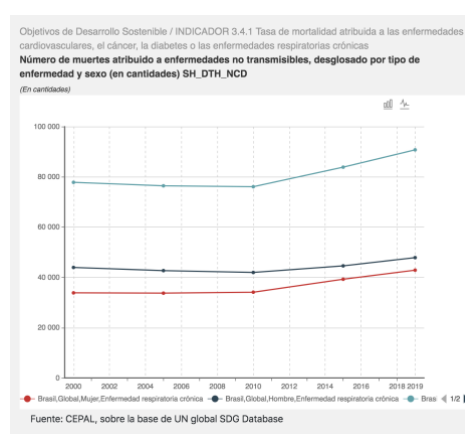
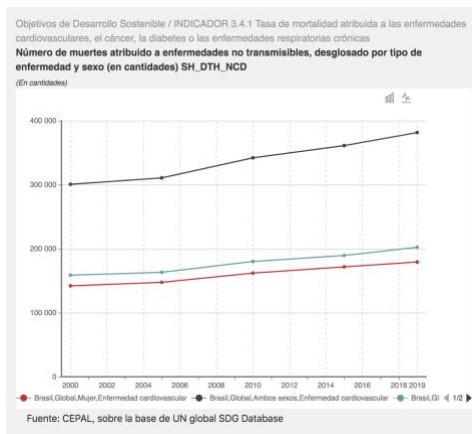
Ao compararmos a incidência de tuberculose no Brasil e na AL é possível observar o aumento da taxa no país a partir de 2016, com tendência crescente. A razão de mortalidade por HIV/AIDS também é maior no Brasil comparado com a AL e Caribe, com piora no desempenho a partir de 2015 (Figuras 1 e 2).



Figuras 1 - Incidência de tuberculose (100.000hab) e Razão de Mortalidade por HIV/AIDS na América Latina e Caribe e no Brasil, 2000-2018. Fonte. Cepal, 2021

As metas até 2030 preveem a redução de um terço das mortes prematuras (comparado com os parâmetros de 2015) monitoradas pelos indicadores nas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias. Os gráficos abaixo mostram os números de mortes ocorridos no Brasil no período de 2000 a 2018/2019 atribuídos ao câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias (<https://agenda2030lac.org/estadisticas/banco-datos-regional-seguimiento-ods.html?lang=es>). No período anterior à pandemia é possível observar a tendência crescente e maior número de óbitos no sexo masculino em todos os agravos observados.





Figuras 3, 4, 5 e 6. Número de mortes ocorridos no Brasil no período de 2000 a 2018/2019 atribuídos ao câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias no Brasil no período de 2000 a 2018/19 de acordo com o sexo. CEPAL, 2021.

Entre 2006 a 2018 houve aumento do percentual de adultos que referem ter diabetes (respectivamente 5,7% e 7,7%), com tendência de aumento a partir dos 35 anos de idade. Tal tendência em adultos deverá dificultar a diminuição do percentual de internações para a faixa etária de 30 a 59 anos para os próximos anos, conforme observado entre 2009 (60 internações por 100 mil habitantes) até 2017 (43,5 por 100 mil habitantes). Em 2018 foi calculada a taxa de 44 internações por 100 mil habitantes no Brasil.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

Dados do VIGITEL de 2018 apontam que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,7%, sendo maior entre mulheres (27,0% e 21%, respectivamente). A prevalência foi maior entre os indivíduos de 55 a 64 anos de idade (média de 49%) e maiores de 65 anos (média de 60%). Entre 2010 a 2018, dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), considerando-se apenas o diagnóstico principal de Hipertensão essencial, mostram uma redução de 43%, passando de 98.326 para 56.118 internações no período. Tais resultados demonstram a importância da continuidade e avanço das ações de saúde relacionadas à hipertensão, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e controle adequado dos casos na Atenção Primária à Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

No Brasil, a prevalência de multimorbidade por DCNT's foi de 13,7% em adultos e 42,9% em idosos (Santos [MOU3], 2017). A tríade mais comum foi diabetes, hipertensão arterial e obesidade. A hipertensão arterial foi a doença mais frequente na ocorrência da multimorbidade, aparecendo em 77,1% dos casos em adultos e 90,7% em idosos. O risco de multimorbidade foi 27,65

vezes maior em hipertensos adultos e 16,52 vezes maior nos hipertensos idosos quando comparados aos não hipertensos.

O alcance das metas depende de intervenções múltiplas e requer uma combinação de prevenção, detecção precoce e tratamento. A viabilidade das propostas dependem de um sistema de saúde acessível e equitativo. No caso do Brasil trata-se de reforçar a APS e a rede de atenção de modo a garantir os princípios e diretrizes do SUS. As metas propostas precisarão ser revistas considerando as consequências da COVID-19, com projeções de acúmulo de condições crônicas não estabilizadas (estima-se que 55% das pessoas com diabetes tiveram deterioração dos níveis glicêmicos e 40% não agendaram consultas de acompanhamento), acúmulo de síndromes pós-COVID (cerca de 12 a 14 milhões de casos) e queda nos procedimentos eletivos, nas consultas médicas e na realização de transplantes. (Mendes, 2020)

Perspectivas e Recomendações - diálogo com textos de definição de cenários sociais, epidemiológicos e do SUS

A agenda estratégica de pesquisa e políticas em APS é discutida em um momento crítico para o país e seu sistema de saúde. A pandemia deu visibilidade ao SUS que hoje é reconhecido pela sua ação heróica no enfrentamento da pandemia, desde o tratamento dos casos suspeitos e confirmados até a atuação na aplicação das vacinas a milhões de brasileiros e cuidado às pessoas com sequelas e consequências a longo prazo provocadas pela COVID-19. Por outro lado, o SUS jamais foi tão ameaçado em seus princípios constitucionais de garantir o direito à saúde por meio de um sistema público de saúde, universal, integral e equitativo. Desde a ruptura institucional de 2016, multiplicam-se ameaças e ações contrárias aos princípios fundamentais do SUS. Políticas reducionistas do caráter do Estado afetaram severamente o financiamento do SUS e estimulam o estabelecimento de negócios privados na gestão e na oferta de serviços de saúde, inclusive na APS.

Em 2011, com base nas características do país e da gestão federal à época, a publicação "Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro"¹, projetou três cenários para o sistema de saúde em 2030: um otimista, outro inercial e um pessimista. Os cenários foram definidos de acordo com diferenças no contexto político-econômico de inserção do sistema de saúde e na capacidade institucional do Estado para concretizar os princípios da seguridade e do SUS, melhorar as condições de saúde da

¹ A publicação é fruto do Projeto Saúde Brasil 2030, desenvolvido pela cooperação técnica da FIOCRUZ com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

população e reduzir as desigualdades em saúde (Fiocruz, 2012). Infelizmente, estamos já em 2021 e com uma década de antecedência, vivendo o cenário pessimista marcado pelo aumento das restrições às políticas e ações públicas de saúde, expansão do setor privado e acirramento das desigualdades em saúde.

O contexto geopolítico e econômico mundial de crise neoliberal e de gestão caótica e descoordenada da pandemia de COVID-19 por parte do governo federal resulta, atualmente, no cenário de desconstrução das garantias constitucionais do Estado de direito e ameaça o caráter público do SUS. A pandemia se instalou no país em um momento de transição das políticas de APS, com reflexos na forma de avaliação de desempenho e do financiamento, introduzidas pelo programa Previne Brasil. O fim do PAB fixo e variável, implicou no fim dos incentivos ao NASF e ao PMAQ. As incertezas quanto aos efeitos do programa nos valores históricos recebidos pelos municípios por transferências financeiras do Ministério da Saúde e a pandemia de COVID-19 protelaram a efetivação do Previne Brasil, mas desde setembro de 2021 crescem as iniciativas para sua plena implantação. Existem indícios estimados por grupo técnico do COSEMS-RJ de redução das transferências federais aos municípios já em curto prazo. Em relação à avaliação de desempenho das equipes de APS, o fim da avaliação externa do PMAQ despreza uma estratégia que possibilitou conhecer em profundidade a situação da ESF no Brasil, identificando as áreas e os problemas que precisam ser enfrentados com urgência para qualificar o acesso universal e o cuidado integral e equitativo à população. O Previne Brasil optou por concepções e estratégias avaliativas simplificadas, com foco no monitoramento quadrimestral de cesta mínima de indicadores de desempenho da APS. Além das limitações do processo avaliativo implantado com o Previne, a iniciativa que resultou no fim do PMAQ-AB também desmantelou uma rede de cooperação interinstitucional consolidada, entre o Ministério da Saúde e mais de 50 instituições acadêmicas de todas as regiões do país, envolvidas com a AE (Facchini, 2020).

A pandemia ocasionou mudanças nas estruturas e no processo de trabalho das equipes. Inicialmente ocorreu a interrupção dos serviços devido o risco aumentado contágio, a necessidade de adaptações nas estruturas, nos insumos, no processo de trabalho para a retomada das atividades e introdução de novas tecnologias no cuidado em saúde. O cuidado às condições crônicas foi duramente comprometido, principalmente ao considerarmos o caráter sindêmico da COVID-19, com o risco aumentado de gravidade e óbito, em função da interação entre doenças e condições crônicas preexistentes e a infecção aguda grave provocadas pelo SARS-CoV-2. A situação é ainda mais grave quando observamos os padrões de ocorrência entre os grupos sociais. A disparidade social e econômica exacerba os efeitos de cada doença separada

e seu enfrentamento requer abordagem multidimensional e multiprofissional para proteção da população.

No processo de trabalho foi observada a expansão do teleatendimento, do desenvolvimento de planilhas eletrônicas para apoiar as ações de vigilância em saúde de modo a identificar os indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e propiciar respostas efetivas no cuidado integral de saúde.

A efetividade dos serviços de APS depende de um sistema de saúde acessível e equitativo, com capacidade de definição de prioridades e implementação de atenção integral às condições crônicas, desde o pré-natal e a puericultura, até os cuidados paliativos, de idosos e de DCNT, passando pela saúde de escolares e adolescentes.

As políticas integradas de promoção da saúde, atenção e educação serão fundamentais na reorganização dos serviços de APS e no apoio ao autocuidado. De modo a atender as demandas do atual perfil de morbimortalidade será necessário incluir novos profissionais na linha de cuidado às condições crônicas e nas sequelas das infecções por COVID-19. O trabalho articulado de médicos, trabalhadores da enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas será necessário para atender a complexidade dos problemas de saúde e da situação social.

No cuidado às condições crônicas é necessário garantir a qualidade do cuidado, a consolidação da rede de atenção de forma efetiva e eficiente e apoiar o desenvolvimento de pesquisas, políticas, educação permanente e ações de saúde que considerem:

- 1. o investimento na promoção da saúde na APS**, com ações para enfrentamento de comportamentos de risco com o objetivo de orientar e apoiar escolhas saudáveis dos usuários na escola, no trabalho e na comunidade, reduzir a probabilidade de ocorrência de doença crônica e melhorar sua qualidade de vida, com ênfase em parar de fumar, adotar alimentação saudável, praticar atividade física regular, reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas, realizar rastreamento para problemas de saúde relevantes e associados à história familiar e dormir o suficiente (CDC[MOU5] , 2021);
- 2. o incentivo para o autocuidado apoiado** que requer colaboração entre a equipe de saúde e os usuários de modo a definir em conjunto os planos de cuidado para solução dos problemas. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade e transformando o profissional de saúde em um parceiro do usuário. O apoio da equipe da ESF e dos especialistas são fundamentais para orientar a tomada de decisão dos usuários, mas o apoio familiar é indispensável para manejar em casa e na vida social os cuidados

cotidianos na presença de condições crônicas. Membros da família e pessoas amigas podem ajudar a tomar os medicamentos de maneira adequada e na hora certa, monitorar sintomas e acompanhar às consultas, exames e procedimentos requeridos. Importante estar atento aos sinais de depressão, pois pessoas com doenças crônicas têm maior probabilidade de sofrer de depressão, mas o oposto também é verdadeiro: pessoas com depressão têm maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas;

3. **investimentos na vigilância e acompanhamento** de todos os usuários, em um território definido e devidamente cadastrados e vinculados à equipe da UBS, por meio de integração com o sistema de informação em saúde e com o prontuário eletrônico. Inclui a identificação de risco biológico, social e ambiental para identificar a população com maior vulnerabilidade;
4. **a organização do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico** com a coordenação do cuidado multiprofissional na equipe da ESF e na rede de saúde, estabelecendo as atribuições de cada profissional no atendimento compartilhado de cada CC e a articulação com as centrais de regulação para agilizar o fluxo e os tempos de espera nos encaminhamentos aos serviços especializados e assegurar que o cuidado ao usuário produzido pela APS seja complementado em seu trânsito pelo SUS, promovendo integralidade das intervenções e, sobretudo, acesso seguro aos demais níveis de atenção;
5. **a organização do sistema de assistência farmacêutica** necessário para o planejamento da compra e dispensação de medicamentos, além da orientação sobre seu uso seguro, principalmente em populações envelhecidas onde o consumo de medicamentos aumenta e há risco de iatrogenias medicamentosas principalmente se considerarmos o envelhecimento populacional e a multimorbidade;
6. **a incorporação das TICs no processo de trabalho das equipes de saúde** com resultados promissores no seu uso durante a pandemia. A saúde digital tem sido incorporada no cotidiano tanto no âmbito individual quanto das organizações, ao implementar o registro eletrônico do paciente e os serviços de telemedicina. No contexto da Agenda 2030 e alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), fica evidente o apoio das tecnologias digitais no cuidado, que inclui o uso de dispositivos móveis, tais como celulares, computadores portáteis, tablets, etc., na prestação de serviços de saúde (receitas eletrônicas, serviços de telessaúde, prontuários médicos eletrônicos, etc.) e na coleta de dados clínicos;
(https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/15303120191017-tic_saude_2018_livro_eletronico.pdf)
7. **a garantia do acesso universal à Internet de boa qualidade e políticas de segurança na proteção dos dados**, considerando os resultados do Ciclo III do PMAQ-AB e da pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Estabelecimentos de Saúde Brasileiros - TIC Saúde - realizada, em 2018, pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil,

onde foi verificado que as UBS se encontram menos informatizadas em relação ao restante das instituições de saúde, visto que, em 2018, 90% das UBS tinham computadores disponíveis, 80% tinham acesso à Internet e 69% possuíam sistema eletrônico para registro das informações dos pacientes. Outro aspecto importante é a segurança e privacidade das informações. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) determina, entre outras coisas, que empresas que armazenam dados identificados deverão ter políticas de segurança claras e registradas, além de um sistema de gestão de segurança da informação. A LGPD também estipula que as transmissões de dados e os sistemas devem ser criptografados. As tecnologias poderão contribuir para melhorar o acesso, a qualidade e a segurança da atenção na rede de serviços de saúde. A inteligência artificial (IA), Big Data e data analytics podem possibilitar a oferta de assistência digitalmente habilitada, auxiliando na redução de erros médicos e na detecção e resposta a doenças e epidemias;

- 8. a educação permanente de gestores e profissionais da APS** para o desenvolvimento da atenção às condições crônicas, com ênfase em uma concepção de organização da rede de serviços que permita o cuidado integral à saúde, melhoria da prática clínica, vigilância em saúde, gestão de casos complexos, ações intersetoriais e inclusão do autocuidado apoiado. A participação ativa dos ACS nas atividades de educação permanente e na interlocução com a população e profissionais de saúde podem auxiliar para uso de estratégias de comunicação efetivas.
- 9. a garantia do financiamento para as ações em saúde** e aumento progressivo dos recursos destinados à APS, até a duplicação do montante de cerca de 20 bilhões de reais disponível no orçamento da SAPS. Esta iniciativa é essencial em um cenário de acirramento das desigualdades sociais, crise do setor saúde, do incremento das condições crônicas não transmissíveis e do caos na gestão da saúde no Brasil;
- 10. a visão ampliada do conceito de saúde** com ações intersetoriais de modo a incluir a agenda da saúde em todas as políticas públicas e garantia do alcance universal das práticas de promoção da saúde;
- 11. os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil na Agenda 2030** onde o país assumiu o compromisso de assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais. A meta global foi adequada ao art. 194 da Constituição Federal que assegura os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Considera a cobertura dos cuidados primários como o acompanhamento dos indicadores relacionados à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e o acesso e a capacidade dos serviços em atender as necessidades da população (meta 3.8);

12. os avanços obtidos com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 - 2022) com o objetivo de ajustar as propostas de ações de acordo com o atual cenário epidemiológico, demográfico e da carga de doenças e situações que requerem cuidado de longo prazo, além das mudanças decorrentes da atual Política Nacional de Saúde.

13. a proposta do MACC adaptado para o Brasil e as experiências locais no uso cotidiano pelos serviços de saúde e o impacto na avaliação da capacidade institucional e na opinião dos usuários sobre o cuidado dispensado pelas equipes. A melhoria contínua das ações no território, com populações definidas, infraestrutura adequada das UBS, disponibilidade de TICs, atualização e ampliação de equipamentos clínicos e de dispositivos para avaliação e monitoramento poderão ampliar a capacidade resolutiva da APS e coordenar a ação multiprofissional para garantia da completude do cuidado e evitar o deslocamento dos usuários para outros pontos de atenção da rede de saúde. É preciso reformular o processo de trabalho das equipes da ESF, superando o atendimento agudo centrado no profissional, geralmente o médico, em favor de um fluxo contínuo de interação do usuário com a equipe multiprofissional, facilitado por meio de TICs e equipamentos eletrônicos.

Em síntese, considerando as metas pactuadas pelo Brasil no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Agenda 2030, o desempenho da APS verificado na avaliação externa do PMAQ-AB e as respostas das equipes da Estratégia de Saúde da Família no atendimento da população durante a pandemia, as recomendações consideram os rumos da atual Política Nacional de Saúde que agravam as iniquidades locais e regionais. Neste sentido, as práticas e pesquisas em APS podem fomentar ações de promoção da saúde, de controle do tabaco e do abuso de álcool, da redução da inatividade física, de adoção de alimentação e hábitos saudáveis de vida. O sistema de saúde precisa avançar na organização das redes de cuidado de modo a evitar a fragmentação, garantir a completude do cuidado e potencializar a capacidade de resolver os problemas. A educação em saúde e a valorização do conhecimento dos usuários podem ser aliadas na promoção do autocuidado apoiado.

Referências Bibliográficas

Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi, E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira F, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 515 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

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*. v. 34, n. 5, p. 343-50, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília ;2019.

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, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781): 1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
» [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

Cardoso LSM, Teixeira RA, Ribeiro ALP, Malta DC. Premature mortality due to non-communicable diseases in Brazilian municipalities estimated for the three-year periods of 2010 to 2012 and 2015 to 2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2021 Apr 16;24(suppl 1):e210005. English, Portuguese. doi: 10.1590/1980-549720210005.supl.1. PMID: 33886878.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

World Health Organization. (WHO). Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Updated. 2017. Geneva; 2017

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2979 de 12/11/2019. Institui o Programa Previne Brasil.

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf

Rede de Pesquisa em APS no Seminário “De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil – avanços, desafios e ameaças”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, de 20 e 21 de março de 2018). https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Abrasco_Final_06.07-1.pdf

Brasil, Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

OPAS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 de abril de 2014.

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

OPAS. Cuidados inovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS, 2013.

CONASS. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde". iBooks. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>

Facchini, LA, Thumé E, Tomasi E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: Análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. Organizadores: São Leopoldo: Oikos, 2021. (no prelo)

Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020 Sep 26;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6. PMID: 32979964; PMCID: PMC7515561.

Guimarães, FG.; Carvalho, TML.; Bernardes, RM; Pinto, JM. xii- A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. APS em Revista Vol. 2, n. 2, p. 74-82| Junho–2020ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.128

Fernandez, MV, Castro, DM de, Fernandes, L.da M M, & Alves, IC (2020). Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. APS EM REVISTA, 2(2), 114–121. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>

Barra, RP; Moraes, EN; Jardim, AA; Oliveira, KK; Bonati, PCR.; Issa, AC; Machado, CJ. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlândia, Minas Gerais. Vol. 2, n. 1, p.38-43| Janeiro/Abril–2020ESPECIAL COVID-19ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i1.64

Silveira, JPM; Zonta, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis Vol. 2, n. 2, p.91-96| Junho–2020ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.122

Rodrigues, AP; Felipe, CR; Lima, DB.; Costa, LRO; Fernandes, PF.; Silva, RP P; Fernandes, RM.; Lazarini, WS. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES Vol. 2, n. 2, p. 189-196| Junho–2020ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.100

FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

OPAS. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC : OPAS, 2015

Mendes, EV. O lado oculto da uma pandemia: a terceira onda ou o paciente invisível. e-book, 2020. Disponível <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Livro-Terceira-Onda-por-Euge%CC%82nio-Vilac%CC%A7a-Mendes.pdf>

Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros [livro eletrônico] : TIC Saúde 2018 = Survey on the use of information and communication technologies in Brazilian healthcare facilities : ICT in Health 2018 [livro eletrônico] / Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. -- São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019. 3.800 Kb ; PDF

TIC para o desenvolvimento sustentável. Recomendações de políticas públicas que garantem direitos. Recuperado em 23 agosto, 2019, de <https://www.cetic.br/publicacao/tic-para-o-desenvolvimento-sustentavel-recomendacoes-de-politicas-publicas-que-garantem-direitos/>

Referências complementares

Rede APS - <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2030. Brasília, 2020. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

Werneck, G.L e col. Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil. http://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf

ONU. Os objetivos de desenvolvimento sustentável: dos ODM aos ODS. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post2015.html>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Cadernos da Atenção Básica, n. 40. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação cardioprotetora: manual de orientações para profissionais de saúde da atenção básica. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1.ed., 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2.ed., 1.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html