

Desempenho de equipes de saúde da família em indicadores de doenças crônicas num município do Nordeste brasileiro

Performance of family health teams in chronic disease indicators in a Northeastern Brazilian municipality

Desempeño de equipos de salud de la familia en indicadores de enfermedades crónicas en un municipio del Nordeste de Brasil

Recebido: 20/12/2022 | Revisado: 03/01/2023 | Aceitado: 05/01/2023 | Publicado: 07/01/2023

Iuri Roseno Matos Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7409-2767>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: iurimatosaragao@gmail.com

Lizziane Andrade Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4611-9632>
Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil
E-mail: lizzidias@uefs.br

Normaclei Cisneiros dos Santos Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3198-5474>
Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, Brasil
E-mail: normacisneiros70@gmail.com

Marcus Valerius da Silva Peixoto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9047-5875>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: marcus.valerius@academico.ufs.br

José Marcos de Jesus Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5122-1469>
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Brasil
E-mail: jsmarcos@alumni.usp.br

Resumo

Objetivo: analisar o desempenho de equipes de Saúde da Família (eSF) em indicadores de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS) num município do Nordeste brasileiro. **Método:** estudo ecológico realizado com dados secundários do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), eSUS-APS (PEC) e Sala de Situação da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe. Avaliou-se 24 eSF em agosto/2022, considerando os resultados de abril/2022 na Sala de Situação e módulo acompanhamento de condições de saúde do PEC. Em relação ao SISAB, considerou-se os indicadores VI e VII do Previner Brasil no Q1 2022. **Resultados:** as eSF informaram o acompanhamento de 3.625 hipertensos e 1.503 diabéticos na Sala de Situação, dentre os quais havia 2.790 (76,97%) e 1.211 (80,58%) cidadãos com tais condições ativas no PEC, respectivamente. Em nível federal, o desempenho municipal no indicador VI foi 19% (numerador de 3.394 e denominador estimado de 18.081) e no VII 13% (numerador de 757 e denominador identificado de 5.764). **Conclusões:** Evidenciou-se número de hipertensos e diabéticos em acompanhamento na APS municipal aquém das estimativas populacionais do território, com necessidades de busca ativa e de fortalecimento das Linhas de Cuidado. Entretanto, dentre os hipertensos acompanhados, houve satisfatório desempenho nos indicadores da Sala de Situação, sendo sugerida uma revisão no método de cálculo do Previner Brasil, quanto aos autorreferidos nos denominadores.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Indicadores de doenças crônicas; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Saúde da família.

Abstract

Objective: to analyze the performance of Family Health teams (eSF) in indicators of chronic diseases in Primary Health Care (PHC) in a municipality in the Brazilian Northeast. **Method:** ecological study carried out with secondary data from the Health Information System for Primary Care (SISAB), eSUS-APS (PEC) and the Situation Room of the Municipal Health Department of São Cristóvão, Sergipe. 24 eSF were evaluated in August/2022, considering the results of April/2022 in the Situation Room and monitoring module of health conditions of the PEC. Regarding SISAB, Previner Brasil indicators VI and VII in Q1 2022 were considered. **Results:** the eSF informed the follow-up of 3.625 hypertensive and 1.503 diabetic patients in the Situation Room, among which there were 2.790 (76.97%) and

1.211 (80,58%) citizens with such conditions active in the PEC, respectively. At the federal level, the municipal performance in indicator VI was 19% (numerator of 3.394 and estimated denominator of 18.081) and in VII, 13% (numerator of 757 and identified denominator of 5.764). However, applying the same calculation method with the SISAB numerator and the Situation Room denominator, the municipal performance would be 89% (VI) and 44% (VII). Conclusions: The number of hypertensive and diabetic patients being monitored in the municipal PHC was clearly below the territory's population estimates, with the need for an active search and strengthening of Care Lines. However, among the hypertensive patients monitored, there was a satisfactory performance in the Situation Room indicators, suggesting a review of the Previne Brasil calculation method, regarding the exclusion of self-reported individuals in these denominators.

Keywords: Primary Health Care; Chronic disease indicators; Hypertension; Diabetes Mellitus; Family health.

Resumen

Objetivo: analizar el desempeño de los equipos de Salud de la Familia (eSF) en indicadores de enfermedades crónicas en la Atención Primaria de Salud (APS) en un municipio del Nordeste brasileño. Método: estudio ecológico realizado con datos secundarios del Sistema de Información en Salud para la Atención Primaria (SISAB), eSUS-APS (PEC) y la Sala de Situación de la Secretaría Municipal de Salud de São Cristóvão, Sergipe. 24 eSF fueron evaluados en agosto/2022, considerando los resultados de abril/2022 en la Sala de Situación y módulo de seguimiento de las condiciones de salud del PEC. En cuanto al SISAB, se consideraron los indicadores VI y VII del Previne Brasil en el primer trimestre de 2022. Resultados: la eSF informó el seguimiento de 3.625 hipertensos y 1.503 diabéticos en la Sala de Situación, entre los cuales había 2.790 (76,97%) y 1.211 (80,58%) ciudadanos con tales condiciones activos en la PEC, respectivamente. A nivel federal, el desempeño municipal en el indicador VI fue de 19% (numerador de 3,394 y denominador estimado de 18,081) y en VII de 13% (numerador de 757 y denominador identificado de 5,764). Sin embargo, aplicando el mismo método de cálculo con el numerador SISAB y el denominador Sala de Situación, el desempeño municipal sería de 89% (VI) y 44% (VII). Conclusiones: El número de hipertensos y diabéticos en seguimiento en la APS municipal estuvo claramente por debajo de las estimaciones de población del territorio, siendo necesaria la búsqueda activa y el fortalecimiento de las Líneas de Atención. Sin embargo, entre los hipertensos monitoreados, hubo un desempeño satisfactorio en los indicadores de la Sala de Situación, lo que sugiere una revisión del método de cálculo de Previne Brasil, en cuanto a la exclusión de los individuos autorreferidos en estos denominadores.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Indicadores de enfermedades crónicas; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Salud de la familia.

1. Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com finalidades à luz dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde nacional, que deve ser universal, integral e equânime, responsável pela melhoria da saúde de indivíduos, famílias e de suas coletividades, a partir da oferta de ações e serviços de promoção e proteção à saúde, além de prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância e redução de danos (Brasil, 2020a). Essa definição corrobora descrições da APS realizadas por Starfield (2002), que traz como atributos essenciais o acesso/primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema, e também sinaliza outros atributos derivados na APS, como a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

Nesse contexto, destaca-se que as Doenças Crônicas possuem Linhas de Cuidado na APS brasileira estabelecidas pelo Ministério da Saúde, cabendo aqui ressaltar as Linhas de Cuidado *Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no Adulto e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Adulto*, por serem objetos do presente estudo. O Ministério da Saúde define Diabetes como um conjunto de alterações metabólicas caracterizado por níveis elevados e sustentados de glicemia, sendo progressiva e potencialmente grave em complicações, com elevada morbimortalidade e forte impacto para o sistema de saúde. O DM2 ocorre com perda progressiva de secreção insulínica, frequentemente combinada à resistência insulínica. Possui predomínio de assintomáticos, com maior incidência a partir dos 40 anos em pessoas com excesso de peso, comportamento sedentário, hábitos alimentares não saudáveis e história familiar de diabetes (Brasil, 2020b). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por sua vez, é definida como condição clínica multifatorial, geralmente não associada a sintomas, caracterizada por elevação

sustentada dos níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg (Brasil, 2021a).

Na contemporaneidade, pontua-se que a DM e a HAS fazem parte do conjunto de indicadores da APS avaliados quadrimestralmente no componente Desempenho do modelo de financiamento vigente, o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Esse Programa provocou alterações significativas na forma de repasse das transferências para os municípios, cuja APS deixou de possuir recursos fixos para um recebimento baseado em quatro componentes, tendo maior destaque a capitação ponderada (cadastro de pessoas) e o pagamento por desempenho (conjunto de sete indicadores de saúde) (Brasil, 2021b). Há críticas fundamentadas ao Previne Brasil por parte de sanitaristas, Conselhos Estaduais de gestores municipais e do Conselho Nacional de Saúde, que apontam seu caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado (De Seta et al., 2021). Frente a esses fatos, compreende-se que a lógica produtivista e de trabalho fragmentado do Previne Brasil demandou atenção especial de gestores e trabalhadores da APS quanto ao número de pessoas cadastradas no eSUS-APS, e com a qualificação dos registros ambulatoriais nos sistemas.

Nesse cenário, cita-se a Sala de Situação na APS como uma importante estratégia de monitoramento (acompanhamento periódico e sistemático) e avaliação (julgamento crítico), com potencial de organizar processos e qualificar as informações em saúde, subsidiando o planejamento estratégico e a tomada de decisão a partir de evidências e problematizações locais (Santos et al., 2021). Em São Cristóvão (SE), a Sala de Situação foi idealizada pela Coordenação de Monitoramento e Avaliação (COMAV), e ocorre mensalmente *in loco* nas 24 equipes de Saúde da Família (eSF) e 01 equipe de Atenção Primária (eAP) municipais, que por sua vez destinam um dia ao final de cada mês para reunião com todos os membros das respectivas equipes, visando discutir os dados do território de abrangência por microáreas/Agentes Comunitários de Saúde, e também preencher um formulário com questões objetivas sobre a sua atuação no mês de referência, solicitando dados/indicadores relacionados aos programas ministeriais vigentes. Ademais, cada um destes formulários é enviado à COMAV na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que analisa tais informações e realiza devolutivas individualizadas às equipes via Aplicativo (Grupo de WhatsApp específico de cada INE/Equipe), com sinalizações de eventuais pendências/ajustes no eSUS-APS (PEC) e outros encaminhamentos que se fizerem necessários (Santos, 2022a).

Acrescenta-se que o método de cálculo dos indicadores VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre) e VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre) do Programa Previne Brasil tem também provocado inquietações, que compreendem a inclusão de hipertensos e diabéticos autorreferidos nos denominadores como prática a ser revista, já que, matematicamente, dificulta o alcance das metas pelas equipes. Ademais, cita-se também algumas fragilidades dos sistemas de informação federais, que são vivenciadas em níveis locais por trabalhadores da APS no SUS, como Condição Avaliada de Hipertensão e/ou Diabetes inserida equivocadamente no SOAP do PEC e que o sistema não permite mais a sua exclusão/correção posterior; CADSUS que não sincroniza com o PEC; cadastro de cidadão feito pelo Agente Comunitário de Saúde no eSUS-Territorial que não é automaticamente vinculado ao INE da respectiva Equipe no PEC; inconsistências na comparação de dados do PEC e SISAB; desconexão entre registros do CDS e PEC; entre outros aspectos que requerem atenção/adequações.

Desse modo, justifica-se a realização do presente estudo para uma melhor compreensão do desempenho municipal nas Linhas de Cuidado DM2 e HAS, utilizando-se de diferentes bases para a identificação das reais potencialidades e fragilidades nos cuidados primários em Doenças Crônicas na APS. Essa investigação permitirá ainda a problematização do método de cálculo dos indicadores VI e VII do Previne Brasil do Ministério da Saúde, com sinalização de possíveis complicadores, inclusive matemáticos, no atingimento de metas propostas pelo Programa. Assim, objetivou-se analisar o desempenho de equipes de Saúde da Família em indicadores de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde num município do Nordeste brasileiro.

2. Métodos

Trata-se de um estudo ecológico realizado a partir de dados secundários do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio de consulta ao eGestor AB do Ministério da Saúde, e também de dados do eSUS-APS (PEC) e Sala de Situação disponível em Painel Eletrônico da SMS de São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Avaliou-se 24 eSF em agosto/2022, considerando os resultados de abril/2022 na Sala de Situação e no módulo *Acompanhamento de condições de saúde* do eSUS-APS (PEC). Em relação ao SISAB, considerou-se os resultados dos indicadores VI e VII do Previne Brasil no Q1 2022. Segundo Lima-Costa & Barreto (2003), o estudo ecológico é um tipo de estudo epidemiológico no qual os dados referem-se a grupos de pessoas e não a indivíduos, tendo uma determinada área geográfica como unidade de estudo. Nesse sentido, foram avaliados grupos de hipertensos e/ou diabéticos na APS municipal a partir das diferentes bases supracitadas. Utilizou-se como referenciais teóricos no delineamento metodológico do estudo ecológico os seguintes autores: Pereira *et al.* (2018), Estrela (2018), Koche (2011) e Severino (2018).

Destaca-se que o município de São Cristóvão (SE) é a quarta cidade fundada no Brasil, depois de Salvador, Rio de Janeiro e João Pessoa, sendo a primeira capital de Sergipe, fundada por Cristóvão de Barros em 1º de janeiro de 1590. Possui conjunto urbano tombado pelo IPHAN e, desde 2010, a Praça São Francisco é reconhecida pela UNESCO como Patrimônio Histórico da Humanidade. O município possui área territorial de 445 km², com dois núcleos urbanos e uma vasta extensão de zona rural. A população é estimada em mais de 92 mil habitantes. Em relação à Atenção Primária à Saúde, São Cristóvão dispõe de 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 híbrida (COPEMCAM) 100% informatizadas, distribuídas em cinco macroáreas municipais, com um total de 24 equipes de Saúde da Família (eSF), 1 equipe de Atenção Primária (eAP) e 2 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) (Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, 2021).

Foi utilizado um formulário para o levantamento dos dados secundários do SISAB, eSUS-APS (PEC) e Sala de Situação do município investigado, sendo composto por questões objetivas sobre o acompanhamento de hipertensos e diabéticos pelas eSF municipais, cujas informações não incluíram nome, contato telefônico e/ou endereço dos sujeitos para a garantia do anonimato. Nesse sentido, obteve-se tais dados por INE/eSF da seguinte forma: do SISAB, buscou-se os numeradores e denominadores dos indicadores VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre) e VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre) referentes ao Q1 2022; do eSUS-APS (PEC) foi obtido o número de hipertensos e diabéticos com tais condições ativas no sistema, a partir de consulta ao módulo *Acompanhamento de condições de saúde* e aplicação do seguinte passo a passo: Marcar o campo “Hipertensão arterial” ou “Diabetes” em *Problemas e Condições* > Marcar o campo *Buscar apenas problemas / condições ativas na lista de problemas e condições* > Inserir apenas a última data em *Período do último atendimento individual*, sendo utilizada 30/04/2022 > Clicar em *Buscar cidadãos*; e, por fim, dos formulários de Sala de Situação na APS, referentes ao mês de abril/2022, levantou-se as respostas dos trabalhadores aos itens 15) *Nº de hipertensos em acompanhamento pelo médico e/ou enfermeiro da Equipe até o último dia do mês de referência*, 16) *Nº de hipertensos em acompanhamento pelo médico e/ou enfermeiro da Equipe com a PA aferida pelo médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem até o último dia do mês de referência (acumulado)*, 18) *Nº de diabéticos em acompanhamento pelo médico e/ou enfermeiro da Equipe até o último dia do mês de referência (acumulado)* e 19) *Nº de diabéticos com solicitação de Hemoglobina glicada (HbA1c) pelo médico e/ou enfermeiro da Equipe até o último dia do mês de referência (acumulado)*.

Em relação ao método de cálculo dos indicadores do Previne Brasil, ressalta-se que houve atualizações desde a sua criação. A Nota Técnica MS/SAPS nº 18/2022 trata do indicador VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre), apresentando como numerador vigente “Pessoas identificadas no denominador que tenham o registro de, no mínimo, 1 atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro para condição *Hipertensão arterial* nos últimos 6 meses + 1 aferição de pressão arterial realizada por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem nos

últimos 6 meses”, e como denominador traz duas possibilidades, o *identificado*, composto por pessoas vinculadas às eSF e eAP com condição de *Hipertensão arterial* avaliada em consulta individual, e também a informação autorreferida da hipertensão; e o *estimado*, que é calculado para todos os municípios a partir do cadastro municipal no SISAB, sendo aplicado quando o resultado do denominador identificado for abaixo de 85% do denominador estimado. No Indicador VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre), a Nota Técnica MS/SAPS nº 23/2022 apresenta como numerador vigente “Pessoas identificadas no denominador SISAB que tenham o registro de, no mínimo, 1 atendimento individual realizado por médico ou enfermeiro para condição *Diabetes* nos últimos 6 meses + 1 solicitação do exame de hemoglobina glicada por médico ou enfermeiro nos últimos 6 meses”, e como denominador, há também duas possibilidades, o *identificado*, composto por pessoas vinculadas às eSF e eAP com condição de *Diabetes* avaliada em consulta individual, além da informação autorreferida da diabetes; e o *estimado*, igualmente calculado na situação supracitada do indicador VI.

A análise estatística foi realizada no IBM® SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA), após dupla digitação de forma independente no *Microsoft Excel* (2016) e apuração dos dados. As variáveis quantitativas foram descritas em média e desvio-padrão. As variáveis qualitativas/catóricas foram apresentadas em frequências absoluta e relativa/proporcional. Ademais, na apresentação dos resultados descritivos de cada INE/eSF, adotou-se ordem alfabética para preservação do anonimato dos profissionais vinculados às equipes.

Os pesquisadores seguiram as recomendações éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as regras da Declaração de Helsinque. A COMAV da SMS de São Cristóvão, responsável pela subunidade Centro de Informações Estratégicas Municipais em Vigilância e Atenção à Saúde (CIEMVAS), formatou as fontes de dados de modo a garantir o anonimato dos sujeitos. Dessa forma, por se tratar de um estudo com dados secundários de domínio e acesso público em Painel Eletrônico para Monitoramento e Avaliação da RAS do município investigado (Santos, 2022b), não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3. Resultados

As 24 eSF do município investigado informaram o acompanhamento de 3.625 hipertensos (28,31% da estimativa) e 1.503 diabéticos (27,41% da estimativa) na Sala de Situação da APS, dentre os quais havia 2.790 (76,97%) e 1.211 (80,58%) cidadãos com tais condições ativas no PEC em abril/2022, respectivamente. A média e desvio-padrão de hipertensos foi de 157 ± 178 na Sala de Situação e de 116 ± 60 no PEC por INE (eSF), e em relação aos diabéticos, obteve-se 68 ± 66 na Sala de Situação e 50 ± 26 no PEC. Foram também identificadas divergências entre os dados da Sala de Situação e do PEC, com 14 (58,3%) equipes possuindo valores maiores de hipertensos e 12 (50,0%) de diabéticos no PEC em comparação à Sala de Situação, bem como houve 9 (37,5%) equipes informando valores maiores de hipertensos e 10 (41,6%) de diabéticos na Sala de Situação em comparação aos dados do sistema (Tabela 1).

Tabela 1 – Hipertensos e diabéticos em acompanhamento pelas 24 eSF de São Cristóvão, segundo resultados da Sala de Situação e do eSUS-APS (PEC) da APS municipal. São Cristóvão, SE, abril/2022.

Equipes de Saúde da Família (eSF)	Nº na Sala de Situação	Nº no eSUS-APS (PEC)
eSF A		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	84	58
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	24	31
eSF B		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	10	100
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	5	48
eSF C		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	51	151
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	28	68

eSF D		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	230	192
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	101	77
eSF E		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	32	88
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	Não respondeu	42
eSF F		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	22	107
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	14	43
eSF G		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	40	55
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	34	16
eSF H		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	208	126
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	91	50
eSF I		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	54	109
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	31	50
eSF J		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	71	50
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	58	33
eSF K		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	60	86
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	30	64
eSF L		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	42	80
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	28	36
eSF M		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	87	42
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	43	24
eSF N		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	74	140
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	40	58
eSF O		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	186	191
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	79	77
eSF P		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	265	328
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	107	148
eSF Q		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	383	106
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	152	52
eSF R		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	328	68
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	129	33
eSF S		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	416	103
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	176	62
eSF T		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	Não respondeu	93
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	Não respondeu	41
eSF U		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	68	141
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	23	40

eSF V		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	56	104
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	11	29
eSF W		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	83	154
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	25	44
eSF X		
Nº de hipertensos em acompanhamento pela equipe	775	118
Nº de diabéticos em acompanhamento pela equipe	274	45
TOTAIS		
Nº de hipertensos em acompanhamento pelas eSF do município	3.625	2.790
Nº de diabéticos em acompanhamento pelas eSF do município	1.503	1.211

Legenda: N (frequência absoluta). Fonte: eSUS-APS (PEC) e Sala de Situação da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe.

Ressalta-se que, em nível federal, o desempenho municipal no indicador VI foi de 19% (numerador de 3.394 e denominador estimado de 18.081) e no indicador VII de 13% (numerador de 757 e denominador identificado de 5.764). No SISAB, a média e desvio-padrão do numerador e do denominador de hipertensos foi de 138 ± 36 e 540 ± 123 por INE (eSF), e de diabéticos foi de 31 ± 18 e 229 ± 63 , respectivamente, com diferenças esperadas a depender da zona de residência. Ademais, a média e desvio-padrão do desempenho das 24 eSF foi de $27\% \pm 8\%$ no indicador VI e de $14\% \pm 8\%$ no indicador VII (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados oficiais dos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil referentes ao Q1 2022, segundo numerador e denominador do SISAB e desempenho das 24 eSF da APS municipal. São Cristóvão, SE, abril/2022.

Equipes de Saúde da Família (eSF)	Numerador (N)	Denominador (N)	Desempenho (%)
eSF A			
Indicador VI (Hipertensão)	129	525	25
Indicador VII (Diabetes)	33	259	13
eSF B			
Indicador VI (Hipertensão)	149	535	28
Indicador VII (Diabetes)	56	215	26
eSF C			
Indicador VI (Hipertensão)	158	680	23
Indicador VII (Diabetes)	30	286	10
eSF D			
Indicador VI (Hipertensão)	232	729	32
Indicador VII (Diabetes)	48	335	14
eSF E			
Indicador VI (Hipertensão)	166	514	32
Indicador VII (Diabetes)	78	223	35
eSF F			
Indicador VI (Hipertensão)	97	489	20
Indicador VII (Diabetes)	20	204	10
eSF G			
Indicador VI (Hipertensão)	60	367	16
Indicador VII (Diabetes)	10	140	7
eSF H			
Indicador VI (Hipertensão)	154	454	34
Indicador VII (Diabetes)	54	187	29
eSF I			
Indicador VI (Hipertensão)	147	546	27
Indicador VII (Diabetes)	16	238	7

eSF J			
Indicador VI (Hipertensão)	109	334	33
Indicador VII (Diabetes)	34	161	21
eSF K			
Indicador VI (Hipertensão)	96	613	16
Indicador VII (Diabetes)	32	284	11
eSF L			
Indicador VI (Hipertensão)	136	577	24
Indicador VII (Diabetes)	21	218	10
eSF M			
Indicador VI (Hipertensão)	143	523	27
Indicador VII (Diabetes)	15	235	6
eSF N			
Indicador VI (Hipertensão)	108	625	17
Indicador VII (Diabetes)	27	287	9
eSF O			
Indicador VI (Hipertensão)	119	751	16
Indicador VII (Diabetes)	24	299	8
eSF P			
Indicador VI (Hipertensão)	166	651	25
Indicador VII (Diabetes)	44	264	17
eSF Q			
Indicador VI (Hipertensão)	134	590	23
Indicador VII (Diabetes)	43	255	17
eSF R			
Indicador VI (Hipertensão)	135	524	26
Indicador VII (Diabetes)	24	291	8
eSF S			
Indicador VI (Hipertensão)	151	640	24
Indicador VII (Diabetes)	58	292	20
eSF T			
Indicador VI (Hipertensão)	103	422	24
Indicador VII (Diabetes)	15	151	10
eSF U			
Indicador VI (Hipertensão)	201	441	46
Indicador VII (Diabetes)	24	143	17
eSF V			
Indicador VI (Hipertensão)	124	313	40
Indicador VII (Diabetes)	9	95	9
eSF W			
Indicador VI (Hipertensão)	162	408	40
Indicador VII (Diabetes)	22	157	14
eSF X			
Indicador VI (Hipertensão)	135	718	19
Indicador VII (Diabetes)	15	281	5
Desempenho municipal			
Indicador VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre)	3.394	18.081 (Estimado)	19
Indicador VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre)	757	5.764 (Identificado)	13

Notação: Há uma pequena diferença na soma dos numeradores e denominadores das 24 eSF em relação aos valores totais de numerador e denominador no desempenho municipal, devido à exclusão de 2 eAPP e 1 eAP de São Cristóvão (SE) na análise. Legenda: N (frequência absoluta) e % (frequência relativa). Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), módulo *Indicadores de Desempenho*.

Entretanto, aplicando-se o mesmo método de cálculo dos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil, porém com uso do numerador do SISAB e do denominador da Sala de Situação da APS de São Cristóvão (SE), ressalta-se que o desempenho municipal seria de 89% no indicador VI (numerador de 3.211 e denominador de 3.625) e de 44% no indicador VII (numerador de 659 e denominador de 1.503) (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultados simulados dos indicadores VI e VII do Programa Previne Brasil referentes ao Q1 2022, segundo numerador SISAB, denominador da Sala de Situação e desempenho das 24 eSF municipais. São Cristóvão, SE, abril/2022.

Equipes de Saúde da Família (eSF)	Numerador – SISAB (N)	Denominador - Sala de Situação (N)	Desempenho (%)
eSF A			
Indicador VI (Hipertensão)	129	84	154
Indicador VII (Diabetes)	33	24	138
eSF B			
Indicador VI (Hipertensão)	149	10	1490
Indicador VII (Diabetes)	56	5	1120
eSF C			
Indicador VI (Hipertensão)	158	51	310
Indicador VII (Diabetes)	30	28	107
eSF D			
Indicador VI (Hipertensão)	232	230	101
Indicador VII (Diabetes)	48	101	48
eSF E			
Indicador VI (Hipertensão)	166	32	519
Indicador VII (Diabetes)	-	-	-
eSF F			
Indicador VI (Hipertensão)	97	22	441
Indicador VII (Diabetes)	20	14	143
eSF G			
Indicador VI (Hipertensão)	60	40	150
Indicador VII (Diabetes)	10	34	29
eSF H			
Indicador VI (Hipertensão)	154	208	74
Indicador VII (Diabetes)	54	91	59
eSF I			
Indicador VI (Hipertensão)	147	54	272
Indicador VII (Diabetes)	16	31	52
eSF J			
Indicador VI (Hipertensão)	109	71	154
Indicador VII (Diabetes)	34	58	59
eSF K			
Indicador VI (Hipertensão)	96	60	160
Indicador VII (Diabetes)	32	30	107
eSF L			
Indicador VI (Hipertensão)	136	42	324
Indicador VII (Diabetes)	21	28	75
eSF M			
Indicador VI (Hipertensão)	143	87	164
Indicador VII (Diabetes)	15	43	35
eSF N			
Indicador VI (Hipertensão)	108	74	146
Indicador VII (Diabetes)	27	40	68

eSF O			
Indicador VI (Hipertensão)	119	186	64
Indicador VII (Diabetes)	24	79	30
eSF P			
Indicador VI (Hipertensão)	166	265	63
Indicador VII (Diabetes)	44	107	41
eSF Q			
Indicador VI (Hipertensão)	134	383	35
Indicador VII (Diabetes)	43	152	28
eSF R			
Indicador VI (Hipertensão)	135	328	41
Indicador VII (Diabetes)	24	129	19
eSF S			
Indicador VI (Hipertensão)	151	416	36
Indicador VII (Diabetes)	58	176	33
eSF T			
Indicador VI (Hipertensão)	-	-	-
Indicador VII (Diabetes)	-	-	-
eSF U			
Indicador VI (Hipertensão)	201	68	296
Indicador VII (Diabetes)	24	23	104
eSF V			
Indicador VI (Hipertensão)	124	56	221
Indicador VII (Diabetes)	9	11	82
eSF W			
Indicador VI (Hipertensão)	162	83	195
Indicador VII (Diabetes)	22	25	88
eSF X			
Indicador VI (Hipertensão)	135	775	17
Indicador VII (Diabetes)	15	274	5
Desempenho municipal			
Indicador VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre)	3.211	3.625	89
Indicador VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre)	659	1.503	44

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Sala de Situação da APS de São Cristóvão (SE). Legenda: N (frequência absoluta), % (frequência relativa), - (exclusão da análise por ausência de denominador).

4. Discussão

A prevalência de hipertensos (28,31%) e de diabéticos (27,41%) em acompanhamento em abril/2022 pelas eSF do município do Nordeste brasileiro investigado se mostrou aquém do esperado para as estimativas populacionais destes dois grupos no território, que segundo o Plano Municipal de Saúde vigente é de 12.808 cidadãos com hipertensão e 5.484 com diabetes (Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, 2021). Entretanto, faz-se necessário historicizar os avanços municipais nestas Linhas de Cuidado que já foram registrados, com melhorias significativas nas inserções destas condições ativas no eSUS-APS (PEC) após a implementação da Sala de Situação mensal na APS em junho/2021, tendo à época apenas 52 cidadãos com condição ativa de hipertensão arterial e 22 com diabetes em todo o município, e em outubro/2022 há um total de 5.140 hipertensos e 2.230 diabéticos com tais condições ativas no PEC (Santos, 2022b), além de investimentos em processos formativos sobre Doenças Crônicas na APS e outras qualificações locais de processos de trabalho e de estruturação/equipamentos. Ademais, esse cenário de baixa cobertura de acompanhamento e/ou de inclusão de hipertensos e diabéticos em atividades da APS é também encontrado em outros estudos nacionais de diferentes Regiões do país (Boszczovski et al., 2016; Malfatti & Assunção, 2011; Radigonda *et al.*, 2016; Rodriguez, 2015). Nesse aspecto, compreende-

se a importância e a necessidade de serem fortalecidas as ações de busca ativa de hipertensos e diabéticos pelos Agentes Comunitários de Saúde e também de Combates às Endemias, além de intensificação destas Linhas de Cuidado em suas respectivas microáreas adscritas.

A busca ativa pode ser entendida como um princípio político para a garantia das práticas de saúde no território, sendo um campo vivo e propício de atuação profissional na saúde, além de favorecer a produção e o conhecimento das diferentes (micro)realidades biopsicossociais da população (Lemke & Da Silva, 2010). Trata-se de um processo contínuo de identificação e encaminhamento das necessidades de saúde da população – aqui, em especial, de pessoas com Diabetes e Hipertensão às Unidades Básicas de Saúde de referência. Losco e Gemma (2019) ressaltam que os Agentes Comunitários de Saúde são corresponsáveis pela prevenção de doenças e promoção da saúde no território, construindo redes de vínculos que favorecem o cuidado integral e periódico da população coberta pela APS.

Sabe-se que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece as atribuições de cada categoria profissional na APS brasileira, sendo definidas um total de 17 atribuições comuns a todos os membros, dentre as quais destaca-se: I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; V - Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares; VII - Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado; XVI - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território; e XVIII - Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas (Brasil, 2017).

Quanto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), a PNAB (2017) apresenta um conjunto de 14 atribuições específicas, dentre as quais menciona-se: I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; e IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade. Pode-se ainda incluir como atividades do ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência: I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; e II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica (Brasil, 2017).

Torna-se importante pontuar que o número de hipertensos e diabéticos em acompanhamento pelas 24 eSF municipais se mostrou com divergências entre a Sala de Situação e o eSUS-APS (PEC). Isso significa que havia hipertensos e diabéticos em acompanhamento na APS municipal que, à época do levantamento dos dados, ainda não possuíam tais condições ativas inseridas no sistema durante o atendimento individual do médico e/ou enfermeiro da equipe. Sousa *et al.* (2018) discutem que é fundamental aos profissionais de saúde a coleta e registro de informações com qualidade nas anotações SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) do eSUS-APS (PEC), sendo fidedignos aos relatos e à avaliação clínica do usuário, bem como atentando-se aos possíveis contatos estabelecidos pelo usuário em outros Pontos de Atenção à Saúde, bem como aos desfechos cabíveis nos atendimentos. Frente a isso, sugere-se o fortalecimento de mecanismos de aprendizagem colaborativa para a redução de registros com baixa qualidade (Schönholzer *et al.*, 2021), tendo em vista os impactos que isso gera na gestão das Linhas de Cuidado e no alcance de metas do modelo de financiamento vigente na APS brasileira (Silva, 2018).

Nesse contexto, ressalta-se que o desempenho municipal no Previner Brasil em relação ao indicador VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre) foi de 19%, e no indicador VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre) de 13%, conforme resultados oficiais do SISAB no Q1 2022. Esses percentuais estão muito abaixo da meta mínima de 50% em ambos os casos (Brasil, 2021b). Entretanto, aplicando-se o mesmo método de cálculo dos indicadores VI e VII, com uso do numerador do SISAB e do denominador da Sala de Situação da APS de São Cristóvão (SE), o desempenho municipal seria de 89% no indicador VI e de 44% no indicador VII. Tal diferença ocorre devido à mudança do denominador utilizado, que no SISAB é muito superior à realidade informada pelas equipes na Sala de Situação, sobretudo em razão de, no método de cálculo do Ministério da Saúde (SISAB), serem considerados, também, os hipertensos e diabéticos autorreferidos. Compreende-se que isso dificulta, matematicamente, o alcance da meta dos dois indicadores supracitados em razão do aumento dos denominadores, embora seja estabelecido que, na hipótese de o cidadão estar com essa indicação erroneamente inserida no sistema, apenas como autorreferida, o cadastro individual poderá ser atualizado para a retirada desta(s) indicação(ões), sendo validadas no quadrimestre posterior. No entanto, quando se trata de condição avaliada, seja hipertensão e/ou diabetes, é também definido que o sistema não permitirá a retirada do respectivo cidadão do denominador (Brasil, 2022).

Cabe reforçar que o Ministério da Saúde possui Linhas de Cuidado de abrangência nacional na APS, sendo aqui de interesse a *Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no Adulto* e a *Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Adulto*. Os critérios diagnósticos da DM2 no adulto são: Glicemia plasmática de jejum por pelo menos 8 horas (mg/dL) (Livre/Normal: < 100; Atenção/Pré-Diabetes: ≥ 100 e < 126; Alerta/Diabetes Mellitus: ≥ 126); Glicemia em qualquer horário (mg/dL) (Livre/Normal: < 200; Alerta/Diabetes Mellitus: ≥ 200 com sintomas de hiperglicemia); Glicemia plasmática após 2h da sobrecarga oral de 75g de glicose-TOTG (mg/dL) (Livre/Normal: < 140; Atenção/Pré-Diabetes: ≥ 140 e < 200; Alerta/Diabetes Mellitus: ≥ 200); e Hemoglobina Glicada (%) (Livre/Normal: < 5,7; Atenção/Pré-Diabetes: $\geq 5,7$ e < 6,5; Alerta/Diabetes Mellitus: $\geq 6,5$). Em relação à HAS no adulto, o diagnóstico deve ser baseado em 2 a 3 aferições de PA com intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo do nível de pressão), sendo ainda diagnosticado em uma única aferição se a PA estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular. Os valores de referência da PA são: Hipertensão = PA $\geq 140/90$ mmHg (Alerta); Pré-hipertensão = PA entre 121-139/81-89 mmHg (Atenção); e PA $\leq 120/80$ mmHg (Livre/Normal) (Brasil, 2020b; Brasil, 2021a).

Desse modo, Barba *et al.* (2022) apresentam que a APS possui potencial significativo de prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis por meio de ações de nível primário e de baixa tecnologia como a busca ativa, acompanhamento ambulatorial, promoção e educação em saúde, além da identificação precoce das necessidades de cuidados em saúde dos indivíduos e famílias em cada (micro)território, reduzindo, com isso, as superlotações de hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento. Malta *et al.* (2022) e Medeiros *et al.* (2021) complementam que manter a continuidade no

cuidado de portadores de doenças crônicas não transmissíveis na APS se faz necessário e essencial na integração e coordenação da RAS.

Por fim, menciona-se que as limitações do presente estudo estão relacionadas à utilização de dados secundários disponíveis em Painel Eletrônico e Sistemas de Informação, fato que restringiu o instrumento para levantamento de dados às variáveis dispostas nas fontes primárias consultadas. Entretanto, apesar da não possibilidade de aprofunda-se em cada desfecho investigado, ressalta-se que os resultados aqui descritos são significativos em contribuição para Atenção Primária à Saúde do Brasil, com evidências de interesse às diferentes áreas da Saúde Pública.

5. Considerações Finais

O estudo evidenciou número de hipertensos e diabéticos em acompanhamento na APS municipal aquém das estimativas populacionais destes dois grupos no território, com necessidades de fortalecimento da busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde de cada equipe e das Linhas de Cuidado em Hipertensão e Diabetes nas respectivas populações adscritas. Entretanto, dentre os hipertensos acompanhados na APS investigada, houve satisfatório desempenho nos indicadores da Sala de Situação, sendo assim sugerida uma revisão no método de cálculo do novo modelo de financiamento da APS brasileira, o Programa Previne Brasil, quanto à exclusão de autorreferidos nos denominadores dos indicadores VI (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre) e VII (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre).

Foi também observada a efetividade da implementação da Sala de Situação mensal na APS para a qualificação dos registros, com melhoria significativa na inserção da condição ativa de hipertensão e diabetes no eSUS-APS (PEC) do município investigado. A Sala de Situação realizada *in loco* por cada equipe de Saúde da Família se mostrou com potencial de organizar processos e subsidiar o planejamento estratégico e democrático e a tomada de decisões locais a partir de evidências e problematizações coletivas. Ademais, sabe-se que essa qualificação/ajuste de registros da APS nos sistemas de informação se faz essencial para o alcance das metas vigentes no Programa, e sobretudo para o efetivo monitoramento e avaliação das Doenças Crônicas e gestão do cuidado. Nesse contexto, reforça-se a importância de processos formativos e colaborativos contínuos sobre os sistemas de informação junto aos profissionais da assistência.

Frente ao exposto, sugere-se a realização de estudos adicionais para um melhor entendimento das causalidades e/ou de fatores associados ao baixo acompanhamento de hipertensos e diabéticos na APS à luz das estimativas populacionais destes grupos nos diferentes territórios, no sentido de tornar evidente os principais aspectos a serem considerados em níveis locais para melhoria destas Linhas de Cuidado em Doenças Crônicas no país.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão (SE), em especial ao Centro de Informações Estratégicas Municipais em Vigilância e Atenção à Saúde (CIEMVAS), sob responsabilidade da Coordenação de Monitoramento e Avaliação (COMAV) na Diretoria de Planejamento e Gestão do SUS (DPSUS), que disponibilizou acesso ao Painel Eletrônico (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaOTUwODU2OTUtMTM0MC00OTZkLWE3NDUtNjM1OWNkZmViZTk5IiwidCI6ImU5ZjVkJZDdhLTlzM2YtNGZiYS04NDZmLTE2MGU5Y2YyN2RjZiJ9>), Sala de Situação na APS e sistemas de informação necessários à realização do presente estudo ecológico como um dos produtos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFS) no município.

Sousa, A. N., Cielo, A. C., Gomes I. C., Oliveira Junior, J. G. & Costa, M. L. S. (2018). Estratégia e-SUS AB: transformação digital na atenção básica do Brasil. *Pesquisa Tic Saúde*.

Schönholzer, T.E., Pinto, I. C., Zacharias, F. C. M., Gaete, R.A.C., Serrano-Gallardo, M.D.P. (2021) Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3447. 10.1590/1518-8345.4174.3447

Silva, N. S. (2018). *Qualificação dos registros de procedimentos em centros de atenção psicossocial: educação permanente em saúde como estratégia de gestão* (Tese de Doutorado). Goiás: Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás; 140f.

Starfield, B (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>