

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**



**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
TEMPOS DE COVID-19: UM ENFOQUE NAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

**CARLA HORTÊNCIA HOLANDA DE LIMA
MAYLA DAIANE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**MACEIÓ
2021**

**CARLA HORTÊNCIA HOLANDA DE LIMA
MAYLA DAIANE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
TEMPOS DE COVID-19: UM ENFOQUE NAS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Nutrição da
Universidade Federal de Alagoas como
requisito parcial à obtenção do grau de
bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Leiko Asakura
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

Co-orientador(a): Mestranda Thais Anabelly Rocha dos Santos
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ
2021

Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

L732a Lima, Carla Hortência Holanda de.
Atuação do nutricionista na atenção primária em tempos de COVID- 19 : um enfoque das doenças crônicas não transmissíveis / Carla Hortência Holanda de Lima, Mayla Daiane Oliveira dos Santos. – 2021.
76 f.

Orientadora: Leiko Asakura.
Co-orientadora: Thais Anabelly Rocha dos Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Nutrição.
Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 61-69.
Anexos: f. 71-76.



Universidade Federal de Alagoas
Faculdade de Nutrição
Curso de Graduação em Nutrição

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARLA HORTÊNCIA HOLANDA DE LIMA

MAYLA DAIANE OLIVEIRA DOS SANTOS

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TEMPOS DE COVID- 19: UM ENFOQUE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Nutrição
da Universidade Federal de Alagoas
como requisito parcial à obtenção do
grau de Bacharel em Nutrição.

Banca examinadora

Profª Drª Leiko Asakura

Profª Drª Thatiana Regina Favaro

Profª Drª Risia Cristina Egito de Menezes

Maceió, 11 de fevereiro de 2021.

AGRADECIMENTOS

A nossa Orientadora, Professora Leiko Asakura, uma grande profissional e mulher que terá para sempre a nossa admiração, saiba que nosso amor pela Saúde Pública em parte tem a sua influência.

A nossa Co-orientadora e amiga, Thaís Rocha, obrigada por sempre apostar em nós e aceitar embarcar nessa pesquisa.

As autoras

A Deus, força motriz da minha vida, AQUELE que sempre esteve ao meu lado, inclusive nos momentos que menos mereci.

A minha mãe, mulher de fibra que lutou sozinha pela sobrevivência do meu irmão e minha. Amo-te infinitamente, até depois do fim.

Ao meu irmão, Orlando Júnior e minha cunhada, Aline, que tornaram nossas vidas muito mais felizes com a chegada de Laura, Clara e Isabelle.

Aos irmãos que a FANUT – UFAL me presenteou, Catarina, Samara, Isis, Rodrigo, Jaqueline, Alex, Jordane, Sônia, Krisllany e Tallyta, vocês trouxeram leveza à minha existência.

A minha grande amiga, Carla Lyra, que mesmo com todas as questões de vida para lidar, sempre me colocou como uma das suas prioridades sem ressalvas e foi uma das responsáveis pela minha chegada até aqui.

A minha dupla de TCC e querida amiga, Mayla, não há palavras para descrever o prazer que é conquistar essa vitória contigo, juntas fomos e somos mais fortes.

E por fim, a todos os docentes da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, sem vocês eu não teria a bagagem técnica e de vida que tenho hoje, GRATIDÃO.

Carla Hortência Holanda de Lima

A Deus, pela sua infinita bondade, proteção e auxílio em todos os momentos.

Às mulheres da minha vida: vó Maria, mãe Rita, irmã Iarla e minhas primas, dedico em especial a Emanueline (por todos os momentos que me escutou e me deu forças pra seguir), Joice e Jakeline (por torcerem pelo meu sucesso), amo e admiro todas vocês.

Ao meu pai Ivaldo, que sempre me deu forças, apoiou meus sonhos e não me deixou desistir, obrigada pelos conselhos e apoio.

Ao meu grupo Inteligência Pura com Alex, Carla, Jordane, Krisllany, Sônia e Tallyta, vocês tornaram meus dias melhores, sem vocês teria sido bem difícil enfrentar todos os obstáculos nessa trajetória.

A todas as amigas que a UFAL e Residência me deram, em especial Aline, Laissy, Edivan, Elayne, Loice, Elias, Samylle e Sandrinha, entre tantos outros, obrigada pelos sorrisos, conselhos e surtos compartilhados.

A todos os professores, profissionais que trabalham no desenvolvimento do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no meu desenvolvimento como profissional.

A todos os meus colegas de curso que me estenderam a mão quando precisei e foram tão importantes nessa jornada.

In memoriam

Ao meu irmão Deyvson, que não está mais neste plano, porém esteve comigo em momentos de alegria e também de tristeza, nem todas as palavras conseguiriam expressar a falta que você faz, obrigada pelos momentos que passamos juntos.

Mayla Daiane Oliveira dos Santos

*Quando não houver caminho, nenhum lugar para chegar, é hora do recomeço,
recomece a caminhar.*

Bráulio Bessa

RESUMO

LIMA, C. H. H.; SANTOS, M. D. O. **Atuação do nutricionista na atenção primária em tempos de Covid-19: um enfoque nas doenças crônicas não transmissíveis.** 2021. 70 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Graduação em Nutrição) - Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de descrever a frequência das ações de alimentação e nutrição a nível primário da assistência, voltadas para os usuários adscritos com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), especificamente Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e Obesidade, executadas e registradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Primária pelos nutricionistas atuantes nos NASF-AP do Brasil, Alagoas e Maceió nos anos de 2019 e 2020, este último configurado como um ano pandêmico devido a disseminação da COVID-19 em proporções mundiais. Os dados extraídos para a realização do estudo são de acesso irrestrito e estruturaram-se em três categorias: I - Atividades individuais por tipo de atendimento; II - Atividades coletivas; III – Tipos de condutas adotadas. A busca resultou em cinco tipos de atendimentos individuais, quatro tipos de atividades coletivas e nove tipos de condutas mais adotadas em ambos os anos. Observou-se a partir da análise dos dados a redução da frequência da maioria das ações nas três categorias, apresentando-se em mais de 50% nas atividades individuais nas unidades geográficas Brasil e Alagoas e de 38% em Maceió. No entanto, a demanda espontânea para atendimento de urgência apresentou aumento da frequência de 5% na unidade geográfica Brasil e 140% em Alagoas no ano de 2020. Quanto às atividades coletivas, a redução no Brasil se deu em 77%, Alagoas 80% e Maceió em 100%, e duas das quatro atividades coletivas (Educação em Saúde e Mobilização Social) não apresentaram resultados no sistema de informação desde 2019 acerca das unidades geográficas Alagoas e Maceió. Referindo-se às condutas adotadas, houve redução da frequência na maioria destas, com exceção do encaminhamento intersetorial que apresentou aumento da frequência em cerca de 131% na unidade geográfica Alagoas e de 100% em Maceió no ano de 2020 em relação a 2019. A partir dos resultados obtidos nesta investigação pode-se inferir que a pandemia de COVID-19, apresenta-se como fator preponderante para a redução e/ou suspensão das ações desempenhadas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas

para os usuários da atenção primária em saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e/ou Obesidade. Os resultados desta investigação podem auxiliar na realização de outros estudos que tenham por finalidade uma maior compreensão do processo de cuidado dos usuários com DCNT na Atenção Primária à Saúde e na estruturação e fortalecimento de políticas de enfrentamento às DCNT a qualquer tempo, visando o não negligenciamento dessas doenças que requerem uma atuação vigilante e contínua, sobretudo em situações de calamidade pública e emergências em saúde a exemplo da atual pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: Nutrição; Integralidade em Saúde; Prevenção de Doenças; Sistemas de Informação em Saúde; Pandemia.

ABSTRACT

LIMA, C. H. H.; SANTOS, M. D. O. **Nutritionist 's performance in primary care in times of Covid-19: a focus on chronic non-communicable diseases.** 2021. 70 p. Final work for the undergraduate (Undergraduate Course in Nutrition) - Faculty in Nutrition, Federal University of Alagoas, Maceió, 2021.

This study was developed aiming of describing the frequency of food and nutrition actions at the primary level of health care, aimed at registered users with Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), specifically Systemic Arterial Hypertension, Diabetes, and Obesity, that was performed and recorded in the Health Information System for Primary Care by nutritionists working in the NASF-AP in Brazil, Alagoas and Maceió in the years 2019 and 2020, the latter configured as a pandemic year due to the spread of COVID-19 in worldwide proportions. The data extracted for developing the study are of unrestricted access and were structured in three categories: I - Individual activities by type of service; II - Collective activities; III - Types of conduct adopted after individual activities. The search resulted in five types of individual assistance, four types of collective activities, and nine types of conduct most adopted in both years. From the analysis of the data, a reduction in the frequency of most actions in the three categories was observed, presenting a reduction of more than 50% in individual activities in the geographical units of Brazil and Alagoas and 38% in Maceió. However, spontaneous demand for emergency care showed an increase in the frequency of 5% in the geographic unit Brazil and 140% in Alagoas in 2020. As for collective activities, the reduction in Brazil was 77%, Alagoas 80%, and Maceió 100%, and two of the four collective activities (Health Education and Social Mobilization) have not shown results in the information system since 2019 concerning geographical units Alagoas and Maceió. Referring to the adopted conducts, there was a reduction in frequency in most of them, except for the inter-sectoral referral, which showed an increase in the frequency of approximately 131% in the Alagoas geographical unit and 100% in Maceió in the year 2020 compared to 2019. From the results obtained in this investigation, it can be inferred that the pandemic of COVID-19, presents itself as a preponderant factor for the reduction and/or suspension of actions performed by NASF-AP nutritionists aimed at users of primary health care with Systemic Arterial Hypertension, Diabetes, and/or Obesity. The results of this investigation can assist in

carrying out other studies that aim at a greater understanding of the care process of users with NCDs in Primary Health Care and structuring and strengthening policies to deal with NCDs at any time, aiming at the non-neglect of these diseases that require a vigilant and continuous action, especially in situations of public calamity and health emergencies, such as the current pandemic of COVID-19.

Keywords: Nutrition; Integrality in Health; Prevention of diseases; Health Information Systems; Pandemic.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, DESAFIO GLOBAL.....	16
2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL.....	17
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO DO SUS	19
2.3.1 Atenção Primária à Saúde na linha de cuidados	19
2.3.2 Atenção Primária e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) no contexto da Vigilância em Saúde	21
2.4 A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	23
2.4.1 O Emergir da Pandemia	23
2.4.2 A rede pública de saúde na linha de frente	25
2.5 COVID-19: RELAÇÃO COM AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	26
2.6 O NASF-AP COMO POTENCIALIZADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	28
2.7 ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO ENFRENTAMENTO DAS DCNT EM TEMPOS DE COVID-19	31
2.7.1 A alimentação inadequada: fator de risco para o desenvolvimento de DCNT	31
2.7.2 Atenção nutricional nas bases do cuidado integral à saúde	33
2.7.3 O nutricionista do NASF-AP no enfrentamento das DCNT em tempos de pandemia de COVID-19	34
3. MATERIAL E MÉTODOS	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 COLETA, TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	38
3.2.1 Variáveis do estudo.....	40
3.2.1.1 Variáveis Dependentes	40
3.2.2 Aspectos éticos	41
4. RESULTADOS	43
4.1 ATIVIDADE INDIVIDUAL POR TIPO DE ATENDIMENTO	43
4.1.1 Brasil.....	43

4.1.2 Alagoas.....	44
4.1.3 Maceió.....	45
4.2 ATIVIDADE INDIVIDUAL POR CONDUTA	47
4.2.1 Brasil.....	47
4.2.2 Alagoas.....	48
4.2.3 Maceió.....	49
4.3 ATIVIDADES COLETIVAS	50
4.3.1 Brasil.....	50
4.3.2 Alagoas.....	51
4.3.3 Maceió.....	52
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÕES.....	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXOS	71

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O mundo tem enfrentado um novo desafio com o emergir da COVID-19. Essa doença, causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-COV-2), a qual o primeiro caso notificado no mundo ocorreu no final de 2019 na cidade de Wuhan, na China e logo se espalhou para diversas regiões do mundo, causando diferentes impactos e requerendo estratégias para o seu enfrentamento (DONALISIO; FREITAS; NAPIMOGA, 2020; HARAPAN et al., 2020; WU et al., 2020).

Desde o surgimento da COVID-19, os números de casos crescem exponencialmente, com impactos para a sociedade, economia e saúde dos indivíduos. A COVID-19 conduziu a uma crise de saúde global sem precedentes a qual vem testando a preparação dos sistemas de saúde e capacidade de lidar com uma resposta pandêmica (BARONE et al., 2020; ESTRELA et al., 2020).

Ademais, estudos têm investigado a relação entre a infecção por coronavírus em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendo muitos deles apontando maiores taxas de complicações clínicas e mortalidade por COVID-19 nessa população (CAI et al., 2020; GUO et al., 2020; NAKESHBANDI et al., 2020; SULEYMAN et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, pessoas que apresentam problemas de saúde pré-existentes (como doença cardiovascular, diabetes e problemas respiratórios) correm maior risco de complicações e morte devido à COVID-19 (OMS, 2020). Nesse contexto de pandemia, consultas e serviços considerados eletivos ou não prioritários foram suspensos e os atendimentos foram voltados aos casos de urgência e emergência. Como o acompanhamento das DCNT não é considerado de emergência, muitas das pessoas nessa condição de saúde tiveram suas consultas e exames cancelados, afetando diretamente na vigilância e no controle da doença, vulnerabilizando ainda mais essa população (ESTRELA et al., 2020).

Contextualizando sobre o direito à Saúde e como esta deve ser garantida, segundo a Constituição Federal Brasileira em seu Art. 196, dispõe:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para que esse direito seja assegurado é essencial haver uma rede regionalizada e hierarquizada, que contemple um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, como previsto no Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011a).

Tratando-se da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como base, conferindo um caráter estratégico, exercendo seu papel como o nível de atenção de maior capilaridade e importante ponto de identificação das necessidades de saúde da população, assim como na estratificação de risco. A partir dela estrutura-se a coordenação do cuidado e ordenação da rede de assistência, devendo ser a principal porta de entrada, o contato preferencial dos usuários aos serviços de saúde, como postulado na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL p. 14, 2013a; BRASIL, 2017a).

Ainda segundo a PNAB, dentre suas responsabilidades estão as ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde da população de forma resolutiva, evitando sobrecarga dos demais níveis de atenção (BRASIL, 2017a).

Para a oferta do cuidado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram criadas as Equipes de Atenção Primária (eAP): Equipe de Atenção Básica (eAB) e Equipe de Saúde da Família (eSF), de configuração multiprofissional conforme a modalidade da equipe, dirigidas às populações em territórios definidos, pelas quais assumem responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo e da continuidade do cuidado (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2020b).

Com vistas a apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, ampliação da abrangência, escopo das ações da atenção primária e aumento da sua resolutividade, reforçando assim os processos de territorialização e regionalização em saúde,

foi criado, em 2008, pelo Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que ganha uma nova nomenclatura de acordo com a Portaria nº99/2020, passando agora a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) (BRASIL, 2008a; BRASIL 2020b).

Assim como as eAP, a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) também é de composição multiprofissional, porém engloba profissionais de diversas áreas do saber atuando de maneira integrada, prestando apoio pautado no matriciamento permeando as dimensões: assistencial (desempenhando ação clínica direta aos usuários) e técnico-pedagógica (produzindo apoio educativo com e para a equipe de saúde da família) (BRASIL, 2014a).

O nutricionista como integrante da equipe do NASF-AP tem como propósito o fortalecimento das ações voltadas à alimentação e nutrição, desenvolvendo atividades no âmbito individual e coletivo de acordo com a demanda do território adstrito. (BRASIL, 2014a).

No âmbito da atenção primária, a atenção nutricional deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações voltadas ao enfrentamento de uma gama de doenças sob o ponto de vista da integralidade, sobretudo as DCNT e demais relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013b).

Porém, devido a reorganização compulsória dos serviços de saúde pela emergência da COVID-19 e as restrições impostas pelos estados e municípios visando a contenção da transmissão comunitária, em especial para as pessoas que se enquadram nos grupos de risco dentre elas as portadoras de doenças crônicas, as atividades não consideradas de urgência e emergência ou essenciais passam por alterações (BRASIL, 2020c).

Foi constatado pela OMS, que diversos países, incluindo o Brasil, tiveram os serviços de atenção primária à saúde afetados desde que se deu o início da pandemia de COVID-19 (CABRAL et al., 2020; WHO, 2020).

Adicionalmente a essa questão, a deliberação do novo plano de financiamento e custeio da APS em 2019 é um ponto importante e que deve ser mencionado, sobretudo nesse contexto pandêmico, pela interferência direta sobre as equipes do NASF-AP, tirando a obrigatoriedade dos gestores municipais em mantê-las, possivelmente comprometendo o rol de ações e serviços direcionados à população com DCNT (BRASIL, 2019).

Diante disso, faz-se oportuna a avaliação da existência e/ou manutenção de ações desenvolvidas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas ao enfrentamento das DCNT durante a pandemia de COVID-19, contribuindo para uma assistência à saúde vigilante e efetiva, compreendendo que a resolutividade da atenção primária é o ponto chave na minimização de agravos inclusive relacionados às DCNT e sobretudo atualmente, onde há diversas constatações científicas das repercussões desencadeadas pela interação DCNT-COVID-19, o nutricionista pode configurar como um dos atores para integrar o enfrentamento conjunto dessas doenças (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2020d).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever a frequência das ações voltadas aos usuários com DCNT (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Obesidade), realizadas por nutricionistas lotados nos NASF-AP (Brasil, Alagoas e Maceió) durante os anos de 2019 e 2020, sendo este último correspondente ao período de pandemia de COVID-19.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Descrever a frequência das ações individuais;
2. Descrever a frequência das ações coletivas;
3. Descrever a frequência das condutas mais adotadas a partir do atendimento individual;

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, DESAFIO GLOBAL

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco se tornaram a principal causa de morbidade, mortalidade e incapacidade no mundo, e constituem um desafio complexo em termos de saúde pública, bem como uma grave ameaça ao desenvolvimento econômico e social (OPAS, 2019).

A nível mundial, segundo dados divulgados pela OMS em 2016 estimava-se que as DCNT matavam 41 milhões de pessoas anualmente, o que equivalia a 71% de todas as mortes no mundo, dessas, 15 milhões ocorrendo prematuramente (pessoas com idade menor que 70 anos) e mais de 85% desses óbitos concentravam-se em países de baixa e média renda (WHO, 2018a).

De acordo com as Estimativas Globais de Saúde de 2019, atualmente as DCNT constituem 7 das 10 principais causas de morte no mundo e, todas as doenças não transmissíveis juntas foram responsáveis por 74% das mortes em todo o mundo em 2019. Nesse ranking, a doença cardíaca permanece como a principal causa, e o diabetes, apresentou expressivo aumento de 70% entre os anos de 2000 a 2019, destacando a importância de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das DCNT e seus fatores de risco (OMS, 2020).

Como determinantes sociais das DCNT, são elencadas as desigualdades sociais, diferenças no acesso a bens e serviços, a baixa escolaridade, acesso desigual à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e alimentação inadequada, possibilitando assim sua prevenção (BRASIL, 2011b)

Os fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT são classificados em modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis incluem hipertensão arterial, alcoolismo, diabetes, tabagismo, inatividade física, estresse, obesidade e colesterol elevado. Entre os fatores não modificáveis, a idade se destaca, e há uma relação clara entre a idade e o risco de desenvolver DCNT. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, gênero e a raça (CASADO; THULER; VIANNA, 2009).

Apesar do caráter multifatorial das DCNT, estudos têm demonstrado que o aumento dessas doenças tem se apoiado em quatro principais fatores de riscos comportamentais, destacando-se: o tabagismo, sedentarismo, o uso abusivo de álcool, e alimentação inadequada (FERRARI, 2018; WHO, 2018a).

Além dos fatores de risco comportamentais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve os fatores metabólicos, que por sua vez também aumentam o risco de DCNT e contribuem com a mortalidade por DCNT, sendo esses: pressão arterial elevada, sobrepeso / obesidade, hiperglicemia e hiperlipidemia (WHO, 2018a).

As estimativas revelam tendências nas últimas duas décadas na mortalidade e morbidade causadas por doenças e lesões, destacando claramente a necessidade de um foco global intensificado na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, bem como no combate a lesões, em todas as regiões do mundo, conforme estabelecido na agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU (WHO, 2020).

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

No Brasil, assim como no mundo, vem ocorrendo diversos processos que produzem importantes mudanças no perfil de morbimortalidade da população. Essa transição epidemiológica apresenta-se ainda com consideráveis diversidades regionais, decorrentes das diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, resultando em um “modelo polarizado de transição”. Nesse modelo de transição temos, em distintas regiões, a ocorrência ainda elevada de doenças infecciosas e o crescimento da morbimortalidade por DCNT. (ARAÚJO, 1992; BRASIL, 2005a)

No entanto, a transição epidemiológica não deve ser vista com um fenômeno isolado, pois decorre de vários fatores como a urbanização, o acesso a serviços e equipamentos de saúde e mudanças culturais expressivas ocorridas nas últimas décadas, como a “transição nutricional”, que se observa pelo aumento progressivo do sobrepeso e obesidade, decorrentes das mudanças do padrão alimentar e do aumento do sedentarismo (BRASIL, 2008).

As principais doenças que atualmente acometem os brasileiros transfiguraram de agudas a crônicas. O Brasil vem enfrentando um aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, e as DCNT sustentam-se como a principal causa de morte entre adultos. O excesso de peso acomete um em cada dois adultos (IBGE, 2020).

Ao passo que a taxa de fecundidade diminuiu e a expectativa de vida aumentou, o número de idosos se elevou e com ele a prevalência de DCNT, visto que são doenças que se desdobram ao decorrer da vida, portanto, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo várias ações em articulação com diversos setores governamentais e não governamentais objetivando promover a qualidade de vida, prevenir e controlar as DCNT (BRASIL, 2005).

De acordo com dados do Global Burden of Disease Study 2015, as DCNT no Brasil também configuram problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por cerca 75,8% das causas de mortes, atingindo indivíduos de todas as classes socioeconômicas e, mais fortemente, os grupos vulneráveis e as camadas mais pobres da população, como os idosos e os de baixa renda e escolaridade, sendo atribuído à maior exposição aos fatores de risco ou ao restrito acesso à informação e aos serviços de saúde (MALTA et al., 2017a; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011; WHO, 2018a).

Análises feitas a partir dos cadastros individuais de usuários da atenção primária e registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), revelaram que cerca de 34 milhões de pessoas têm hipertensão arterial sistêmica e 9 milhões são portadoras de diabetes mellitus no Brasil. O maior número de casos de hipertensão arterial sistêmica se concentra na região sudeste com cerca de 14 milhões de pessoas acometidas, seguida da região nordeste com 9,8 milhões. Em relação a diabetes mellitus, o sudeste apresenta cerca de 4,1 milhões e o Nordeste 2,7 milhões (BRASIL, 2020b).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a elevada prevalência de excesso de peso, além de tornar-se fator de risco para outras DCNT, acarreta em perda da qualidade de vida, trazendo também maiores custos ao sistema de saúde. Neste sentido, estima-se que os gastos financeiros voltados para a obesidade foram cerca de R\$699 milhões em 2018 (BRASIL, 2020b).

Segundo Malta et al. (2017b), a obesidade aparece como o terceiro principal fator de risco que provoca a maior quantidade das mortes e incapacidades em mulheres no Brasil, e o quinto entre homens.

Os custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram R\$ 3,45 bilhões em 2018, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos (BRASIL, 2020a).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), compilados e divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), considerando os óbitos por residência no ano de 2019, de acordo com o capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório, houve 364.132 mortes no país, configurando cerca de 27% da mortalidade geral, dessas, 6.287 (1,8%) correspondem às mortes ocorridas no Estado de Alagoas. Quanto ao município de Maceió, o total de mortes tendo as doenças do aparelho circulatório como causa, resultou em 1.893, o que representa 30,1% em relação à incidência no Estado de Alagoas (BRASIL, 2021b).

Adicionalmente, as DCNT assim como as repercussões atreladas a elas normalmente cursam em longo curso, são enfermidades especialmente prejudiciais para as famílias em ambientes de poucos recursos, uma vez que o tratamento longo e dispendioso drena os recursos domésticos, força as famílias à pobreza e sufoca o desenvolvimento (OPAS, 2018).

Isto corrobora para a configuração da atual carga de doenças, sendo um desafio permanente para os gestores de saúde, pelo seu forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, maior possibilidade de morte prematura e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral (BRASIL, 2011b).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO DO SUS

2.3.1 Atenção Primária à Saúde na linha de cuidados

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, a garantia desse direito consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças, agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. As ações e

serviços serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, atualmente, tem-se como missão fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), garantir o acesso à saúde a mais de 210 milhões de brasileiros e milhares de estrangeiros que residem ou passam pelo país (SOUZA et al., 2020).

No que tange o primeiro nível de complexidade, a APS se dá como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Segundo dados do SISAB referentes à análise do terceiro quadrimestre de 2020, há cerca de 127.634.021 usuários adscritos na APS o que equivale a cerca de 60,2% da população brasileira atualmente. (BRASIL, 2021d; BRASIL, 2021e).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (ALMA ATA, 1978).

Segundo Cabral et al. (2020), para suprir a demanda de atenção à saúde, a APS é designada como ordenadora da rede de atenção à saúde, inserida em um modelo poliárquico, juntamente com o nível secundário e terciário de serviços. Este nível de atenção possui capacidade de responder de forma continuada, sistematizada e equânime, à maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo, proporcionando uma atenção integral.

A APS é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de atenção de maior descentralização e capilaridade com capacidade de acesso às demandas específicas locais, extremamente importante na estruturação de ações e políticas de cuidados primários, complicações preveníveis, de modo a evitar intervenções desnecessárias, iatrogênicas e reduzindo a sobrecarga de atendimento nos

demais níveis da assistência, sobretudo por causas sensíveis à APS. Mendes (2012), traz que a atenção primária deve ter entre suas funções base a capacidade resolutive de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde (BRASIL, 2017a; MENDES, 2012).

2.3.2 Atenção Primária e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) no contexto da Vigilância em Saúde

Para que as demandas em saúde da população sejam identificadas e atendidas assertivamente é fundamental a integração do trabalho da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, com vista ao planejamento e implementação de medidas e ações articuladas direcionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017a).

O desenvolvimento das ações de vigilância em saúde são de responsabilidade de todos os profissionais da APS e seu leque envolve práticas e processos de trabalho voltados à vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública, a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública, vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, violências, doenças crônicas não transmissíveis e acidentes (BRASIL, 2017a).

Em 25 de agosto de 2016, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio da Resolução nº6, instituiu a criação do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), compondo o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e integrando o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS) como instrumento de coleta de informações essenciais sobre questões epidemiológicas, ações e prestação de serviços de saúde aos indivíduos em uma modalidade assistencial, de forma ininterrupta e em um mesmo estabelecimento de saúde (BRASIL, 2017b).

Na gama das informações do CMD estão os dados: Administrativos: são aqueles relacionados com a gestão de recursos dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência, tais como humanos, materiais ou financeiros; Clínico-administrativos: aqueles relacionados com a gestão dos pacientes, enquanto usuários dos estabelecimentos de saúde; Clínicos: são

aqueles relacionados ao estado de saúde ou doença dos indivíduos, expressos em diagnósticos, procedimentos e tratamentos realizados (BRASIL, 2017b).

A Portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017, estabeleceu a incorporação do SISAB ao CMD, requisitando às Equipes de Atenção Primária (eAP) o envio das informações por meio da estratégia e-SUS AB, visando a redução da fragmentação destas, melhorando o controle e envio de dados para o Ministério da Saúde (MS), aumentando a consistência e qualificando a informação (BRASIL, 2017b).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho (BRASIL, 2013c).

Dentre as responsabilidades das equipes de APS, está a atualização das informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados, alimentando, de forma digital, o sistema de informação de atenção básica vigente, atualmente o SISAB. (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2017a).

A inserção e atualização de dados do SISAB deve ser mensal e recai sobre todos os profissionais lotados diretamente nos estabelecimentos de atenção primária, inclusive os que não fazem parte de equipes com Identificador Nacional de Equipe (INE) e esses dados subsidiam informações para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do MS (BRASIL, 2017b).

Com o SISAB, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, de produção desempenhada pelos profissionais da APS, no âmbito do atendimento individual e coletivo, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe, tornando-se uma ferramenta de extrema importância no planejamento em saúde pública (BRASIL, 2017b).

Portanto, a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que

considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (BRASIL, 2017a).

2.4 A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.4.1 O Emergir da Pandemia

Em dezembro de 2019, houve um alerta de autoridades de saúde da China à Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a presença de vários casos de uma pneumonia grave de origem desconhecida na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China central. Muitos dos casos iniciais tinham um histórico comum de exposição a um grande mercado de frutos do mar, que também comercializava animais vivos (HARAPAN et al., 2020; WU et al., 2020).

Foi então, em 26 de fevereiro de 2020, cinquenta e sete dias após autoridades de saúde da China notificarem a OMS sobre um surto de pneumonia em Wuhan, que o vírus SARS-CoV-2 foi confirmado pela primeira vez no Brasil e desde então, tem se espalhado por todo o país (CRODA; GARCIA, 2020).

Com o aumento e disseminação do vírus em todo mundo, a COVID-19 foi então declarada uma pandemia pela OMS, no dia 11 de março de 2020. Desde então, a doença vem afetando mais de 180 países e gerando uma crise econômica considerável e uma perda significativa de vidas (ZABETAKIS et al., 2020).

A partir da instituição da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, que a infecção humana pelo SARS-COV-2, também chamado de novo coronavírus foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, pelo Ministério da Saúde, considerando uma série de questões de importância Nacional e Internacional, demandando o emprego urgente e coordenado de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública (BRASIL, 2020e).

Em seguida, houve a criação da Lei nº 13.979 (BRASIL, 2020f), de 6 fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de

importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019 e que deveriam ser adotadas em caso de necessidade. Entre estas encontram-se medidas de I - isolamento; II - quarentena; III - determinação de realização compulsória de: exames; testes laboratoriais; vacinação e outras medidas profiláticas; tratamentos médicos específicos; entre outras.

Contudo, o Brasil está entre um dos países mais afetados pela COVID-19, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e Índia em números de casos e dos Estados Unidos em número de mortes, de acordo com o Painel COVID-19 do Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas (CSSE) da Universidade de Johns Hopkins em 30 de janeiro de 2021 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2021).

Desde o dia 4 de fevereiro de 2020, o MS, através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), tem divulgado semanalmente e mensalmente seus Boletins Epidemiológicos, em acesso livre, sobre a situação da SARS-CoV-2 no Brasil e no Mundo. A publicação, de caráter técnico e científico, serve como instrumento de vigilância, pois permite a rápida disseminação de informações sobre doenças no território brasileiro (BRASIL, 2020g; FIOCRUZ, 2020).

Segundo o mais recente Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19 do MS/SVS, referente à semana epidemiológica 2 (SE 2), compreendida entre os dias 10 a 16/1/2021, há 94.495.403 casos de COVID-19 confirmados em todo o mundo, o Brasil ocupa o terceiro lugar desse ranking atingindo a marca de 8.455.059 infectados, o que corresponde a cerca de 9% dos casos mundiais. Em relação aos óbitos, foram confirmados 2.022.125 no mundo até o dia 16 de janeiro de 2021 e o Brasil ocupa a segunda posição nessa incidência com 209.296, cerca de 10,5% das mortes mundiais, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA), corroborando o que foi trazido pela Universidade de Johns Hopkins (BRASIL, 2021c).

O Grupo Técnico de Monitoramento da Emergência (GT COVID-19) do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde do Estado de Alagoas (CIEVS/AL), apresentou através do informe epidemiológico publicado em 03 de fevereiro de 2021, que há 119.088 casos confirmados de infecção pelo coronavírus e 2.771 óbitos, o que corresponde a 1,32% das mortes do país. Quanto a Maceió, até a SE 4 compreendida pelo

período de 01 a 24/01/2021, apresentou 47.005 casos de infecção confirmados o equivale a 39,5% dos casos de Alagoas, e 1.268 óbitos de residentes do município, o que corresponde a cerca de 46% da mortalidade por COVID-19 do estado (ALAGOAS, 2021; MACEIÓ, 2021).

Segundo a OMS, cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 apresentam sintomas leves e sem complicações, 15% evoluem para hospitalização requerendo oxigenoterapia e 5% precisam ser atendidos em unidade de terapia intensiva (UTI). Dependendo da velocidade com que o vírus se espalha pela população, os sistemas de saúde podem sofrer forte pressão decorrente da demanda extra gerada pela COVID-19 (NORONHA et al, 2020).

2.4.2 A rede pública de saúde na linha de frente

A assistência à COVID-19 deve atender às necessidades dos pacientes em diferentes estágios da infecção e ao longo da gravidade da doença e, em uma linha de cuidado que envolve desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, com orientações para o manejo de sintomas e para a identificação precoce de sinais de alerta, até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar. (DAUMAS et al., 2020)

Para Souza et al. (2020), diante da pandemia de COVID-19, o SUS assume papel essencial na contenção da doença no Brasil, através de uma ampla rede de hospitais, laboratórios, centros de pesquisas, unidades de saúde, banco de sangue e hemoderivados, rede privada vinculada a instituições de apoio, e universidades públicas. (SOUZA et al., 2020)

Este cenário pandêmico aponta que, além dos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento, as UBS e suas equipes de profissionais respondem ao primeiro contato do paciente com o serviço de saúde, sendo fundamental para a contenção da disseminação do vírus. (DE PINHO BARBOSA; SILVA, 2020)

Diante da demanda atual, a APS vem contribuindo para alcançar importantes resultados na melhoria das condições de saúde da população brasileira, e pode se constituir em um dos sustentáculos das ações necessárias à contenção do problema, sendo considerada um importante pilar frente a situações emergenciais, como em epidemias anteriores e atualmente a pandemia de COVID-19. Apostar na potencialidade da APS e seu poder em conhecer o perfil da população, assim como suas demandas, é estratégia fundamental tanto

para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento das pessoas com a Covid-19 (DUNLOP et al., 2020; SARTI et al., 2020).

Uma das ferramentas na dispensação do cuidado em tempos de pandemia é a telemedicina; alguns relatórios internacionais de êxito têm mostrado que ela é bastante eficaz para reduzir o contato face a face entre profissionais de saúde e usuários de síndrome respiratória aguda grave, porém ainda mantém a continuidade do atendimento, se mostrando oportuna na manutenção do vínculo do profissional de saúde com usuários que têm outras condições de saúde que requerem cuidados regulares, como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que caso não recebam o manejo clínico adequado, podem levar a condições clínicas que necessitem setores de alta complexidade, como unidades de terapia intensiva (BAI et al., 2020; CAR; GREENHALGH; KOH, 2020).

Contudo, as APS do país apresentam fragilidades no que diz respeito ao uso de tecnologias, com baixa disponibilidade de computadores e de acesso à internet. Logo, a aquisição de equipamentos para o desenvolvimento de um melhor cuidado em saúde de forma remota, torna-se cada vez mais essencial e urgente, uma vez que, será possível garantir melhor atendimento à população (CABRAL et al., 2020).

2.5 COVID-19: RELAÇÃO COM AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Um grande número de estudos ajudou a identificar os perfis clínicos da infecção pelo SARS-CoV-2, demonstrando consistentemente que a presença de morbidades crônicas como a diabetes mellitus (DM) e as doenças associadas (obesidade, hipertensão e doenças cardiovasculares) representam fatores de risco importantes para a gravidade e o prognóstico da doença (FERREIRA; PITITTO, 2020).

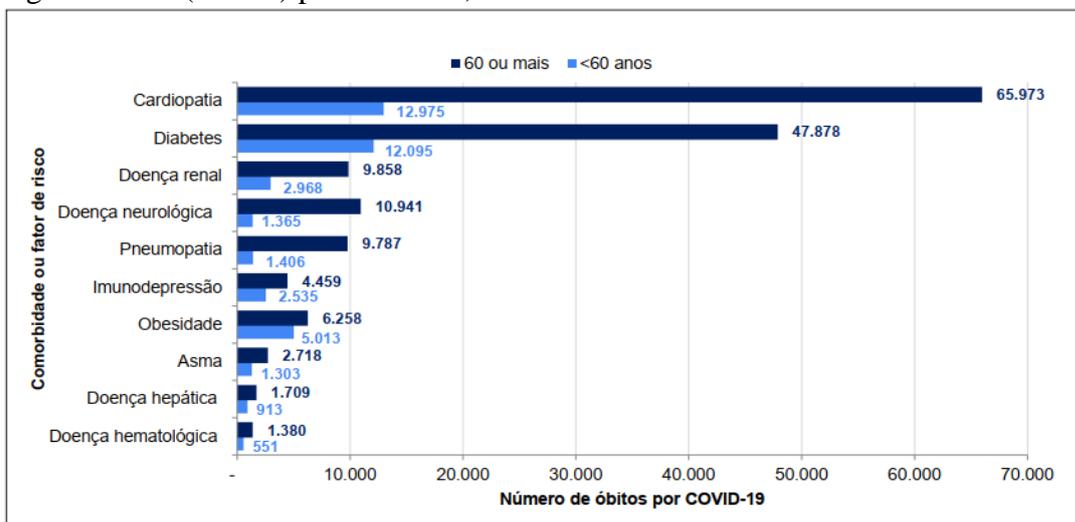
Achados do estudo de coorte retrospectivo de Nakeshbandi et al. (2020), com pacientes hospitalizados por COVID-19 testados na SUNY Downstate Health Sciences University em Nova York, entre 10 de março e 13 de abril de 2020, revelaram que pacientes com sobrepeso e obesidade que têm COVID-19 apresentam risco aumentado de mortalidade e intubação em comparação com aqueles com IMC normal. Esses achados apoiam a hipótese de

que a obesidade é um fator de risco para complicações do COVID-19 e deve ser considerada no manejo do COVID-19.

Desfechos que ligam as DCNT à complicações do COVID-19 também foram apontadas em LI et al. (2020), onde traz que os resultados adversos dos pacientes com COVID-19 estão associados com os danos de múltiplos órgãos, e que os pacientes com DCV são mais susceptíveis de sofrer de múltiplas síndromes de disfunção orgânica.

De acordo com o boletim epidemiológico especial nº 43 de 2020 sobre a COVID-19, entre os 186.762 óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por SARS-CoV-2, notificados entre as Semanas epidemiológicas (SE) 08 e 52, 122.555 (65,6%) apresentavam pelo menos uma comorbidade ou fator de risco para a doença. Cardiopatia e diabetes foram as condições mais frequentes, sendo que a maior parte destes indivíduos, que evoluiu a óbito e apresentava alguma comorbidade, possuía 60 anos ou mais de idade (Figura 1) (BRASIL, p. 36, 2020h).

Figura 1. Comorbidades e fatores de risco dos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid-19, 2020 até SE 52



Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe - Ministério da Saúde (2020)

Um estudo retrospectivo realizado no Brasil avaliou os óbitos totais e excesso de mortalidade cardiovascular em seis capitais brasileiras com maior número de mortes por COVID-19, sendo essas São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife, Belém e Manaus. Para isso, foi utilizado o banco de dados público do Registro Civil, que realiza certificações de vida civil de todos os cidadãos brasileiros, incluindo certidões de óbito (CD). Os registros das seis

capitais brasileiras avaliadas referem-se à semana epidemiológica do primeiro óbito por COVID-19 documentado no Brasil (17 de março) a 22 de maio de 2020 (SE 12 a SE 22), sendo comparado com os óbitos observados. Em relação às tendências nas mortes por doenças cardiovasculares, os resultados revelam que exceto Rio de Janeiro e Recife, houve excesso no total de óbitos cardiovasculares nas demais cidades, com maior magnitude nas cidades do Norte. Para mortes cardiovasculares não especificadas, houve um aumento substancial em todas as capitais (BRANT et al., 2020).

2.6 O NASF-AP COMO POTENCIALIZADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Objetivando a ampliação da abrangência e escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, foi instituída mediante a Portaria de nº 154 de 24 de janeiro de 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hoje nomeado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e atenção Primária (NASF-AP) segundo a Portaria de nº 99 de 7 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2020).

Composto por uma equipe de profissionais de diversas áreas de conhecimento, atuando na retaguarda das eSF, compartilhando e apoiando de forma integrada as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de APS, reforçando a capilaridade da assistência, o NASF-AP tem composição definida pela gestão municipal mediante critérios de prioridades a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2020b).

Seu trabalho pauta-se no apoio matricial aplicado à APS, a partir da integração de equipe, contribuindo no aumento da capacidade e abrangência das ações nas Unidades de Saúde da Família (USF), assim como auxiliando na articulação dos/com os demais níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado. Essas questões materializam-se por intermédio da troca de saberes e práticas, articulação de intervenções de acordo com as especificidades de cada equipe e população adscrita (BRASIL, 2014b).

O apoio matricial, um arranjo preconizado para o trabalho compartilhado, traz em sua estruturação a potencialidade de reduzir a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2014b).

Apesar de compor a APS, o NASF-AP não se constitui como um serviço com espaço físico independente, portanto, os profissionais utilizam-se do próprio espaço das USF e do território adstrito para o desenvolvimento laboral, atuando a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à RAS (BRASIL, 2014b).

É importante salientar que o NASF-AP norteia-se por seus princípios e diretrizes e intervém nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, alguns apontamentos podem ser feitos no sentido da realização de suas ações que permeiam dois públicos-alvo: As eAP e os usuários em cada contexto de vida, sendo fundamental que o NASF-AP crie mecanismos de identificação e escuta das demandas e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta à população adscrita (BRASIL, 2014b).

No Brasil, estudos recentes que avaliaram aspectos da estrutura e processo de trabalho na APS encontraram associação entre essas características e a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária. Em geral, a ciência mostra que a ampliação do acesso a serviços de APS parece estar associada à redução das internações por condições sensíveis a ela (ARAÚJO et al., 2017).

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção primária acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado. Têm sido consideradas indicadoras indiretas da qualidade dos serviços de atenção básica, apontando a possibilidade de barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e prestando-se ao monitoramento da efetividade e desempenho do sistema de atenção básica (ALFRADIQUE et al., 2009; BRASIL, 2008c).

As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional

de Doenças (CID-10), dentre as comorbidades listadas estão as DCNT, tão prevalentes no Brasil e no mundo (BRASIL, 2008b).

De forma geral, as condições decorrentes de diagnósticos classificados como sensíveis às ações de atenção primária, poderiam ser resolvidas neste nível de atenção, sem necessitar de inter-nações hospitalares. Nesse contexto, o papel da atenção primária à saúde é de fundamental importância na prevenção de doenças e promoção da saúde das populações vulneráveis, as quais os cuidados à saúde devem ser redobrados a fim de reduzir as internações evitáveis (ARAÚJO et al., p. 223, 2020).

Contudo, os enfrentamentos político-econômicos atuais, como a promulgação da Emenda Constitucional 95/2016; Portaria 2.979/2019, Portaria 99/2020 e a Norma Técnica 3/2020 demandaram obrigatoriamente uma reconfiguração na constituição da APS, extinguindo as equipes NASF-AP do conjunto de ações e serviços oferecidos, visto que a esfera federal se exime da obrigatoriedade em pactuar ou manter essas equipes pelo território brasileiro, ficando a critério do gestor local avaliar a demanda territorial e decidir pela manutenção ou não do vínculo com essas equipe/profissionais. (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; BRASIL, 2020b)

Dados derivados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que, no período compreendido entre dezembro de 2019 a dezembro de 2020, houve no país a despactuação de cerca de 96,5% das equipes do NASF-AP de modalidade 1. 97,4% de modalidade 2 e 98,2% de modalidade 3 (Anexo A, B e C), podendo-se observar inclusive um número elevado de entes federativos que extinguiram completamente o NASF-AP da gama de serviços na APS, porém, visto que a subnotificação e a inconsistência na alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é uma realidade brasileira, os dados podem não retratar fidedignamente o panorama atual, devido a essa série de fatores que interferem diretamente na configuração, manutenção e cadastro dessas equipes (BRASIL, 2021a).

As consequências desses acontecimentos podem ser complexas, tornando o serviço de saúde pública do país cada vez mais obsoleto e retrógrado e, nesse novo modelo, verifica-se a ausência de medidas de valorização e estímulo à implantação dos referidos núcleos nos municípios (CASTRO et al., 2020; CRESS, 2020).

2.7 ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO ENFRENTAMENTO DAS DCNT EM TEMPOS DE COVID-19

2.7.1 A alimentação inadequada: fator de risco para o desenvolvimento de DCNT

A alimentação, cujo acesso e qualidade são diretamente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, constitui-se num dos mais importantes determinantes sociais da saúde. Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional. Essa mudança nos padrões alimentares vem aumentando o risco de excesso de peso na população, contribuindo de forma importante para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades, incluindo desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida como o Diabetes Tipo 2 e doenças cardiovasculares (CNDSS, 2008).

As práticas alimentares da sociedade, cheias de significados atribuídos aos alimentos e à alimentação, são parte da diversidade entre lugares e territórios. A situação alimentar e nutricional decorrente destas práticas exerce influência direta na saúde e no adoecimento dos indivíduos, famílias e comunidades. Questões complexas para além do biológico, aspectos sociais, econômicos, culturais e subjetivos devem ser considerados, portanto, exigindo assim uma atuação interdisciplinar e multiprofissional (BARROS et al., 2014).

A inadequação alimentar é um dos principais fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo. No Brasil, em 2015, ela foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos, mostrando-se superior, inclusive, ao uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física (MALTA et al., 2017b).

Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2019 em relação ao acompanhamento dos indivíduos pela APS, mostram que de um total de 12.776.938 adultos acompanhados, cerca de 8 milhões (69,1%) apresentam excesso de peso e 3,6 milhões (65,2%) obesidade, sendo as regiões sul e centro-oeste as de maior prevalência (BRASIL, 2020a).

No contexto de pandemia de COVID-19, estudos realizados no Brasil e em outros países observaram mudanças nos estilos de vida dos adultos em decorrência da pandemia,

com aumento do consumo do álcool e tabaco, alimentos ultraprocessados e comportamento sedentário. O convívio com situações ansiogênicas e estressantes, como perda do emprego, situações de trabalho inseguras e redução de rendimentos podem resultar na piora dos comportamentos de saúde e em consequência no seu estado geral de saúde. (LEONE; VAN; RICHARDS, 2020; MALTA et al., 2020; STANTON et al., 2020).

O estudo de Clemmensen et al. (2020), chama atenção para os potenciais efeitos negativos do distanciamento e isolamento social sobre a situação de saúde dos indivíduos, por aumentar o risco para desenvolvimento de obesidade e outras doenças metabólicas em grupos com menos recursos financeiros.

Em consonância com as estatísticas atuais, o atlas intitulado: “Situação alimentar e nutricional no Brasil: Excesso de peso e obesidade da população adulta na atenção primária à saúde”, desenvolvido a partir de dados divulgados em 2019 pelo SISVAN, traz que os gastos voltados para políticas de enfrentamento à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil, totalizaram cerca de R\$ 3,45 bilhões em 2018, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos, revelando a magnitude das repercussões causadas por essas DCNT, que afetam os três níveis de complexidade do sistema público de saúde (BRASIL, 2020a).

Segundo o relatório “Salvando vidas, gastando menos: Uma resposta estratégica às doenças não transmissíveis” da OMS:

Investir na prevenção e controle de DCNT não apenas melhora a saúde e salva vidas, mas também pode melhorar a produtividade econômica do país. Pode melhorar a participação e a produtividade da força de trabalho e limitar o ônus financeiro dos custos de saúde inesperados das DCNTs para indivíduos e famílias. O investimento é particularmente importante em países de renda baixa e média-baixa, onde a carga de DCNT continua a aumentar e os sistemas de saúde são menos resilientes (WHO, p. 7, 2018b).

O controle dos fatores de risco é primordial para a redução das Doenças Cardiovasculares (DCV), e é nesse parâmetro que os profissionais de saúde devem reunir esforços, com intervenções que melhorem qualidade de vida e controle da ocorrência desse agravo na população (TESTON et al., 2016).

2.7.2 Atenção nutricional nas bases do cuidado integral à saúde

A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na RAS e devido a capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, a APS contribui diretamente para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários (BRASIL, 2013c).

No atual processo de transformação do modelo assistencial no SUS, no qual se prioriza a ampliação e qualificação da APS, é latente a necessidade de alinhar as práticas de atenção à saúde relativas à alimentação e nutrição aos propósitos desse novo modelo. Nesse sentido, a revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta a diretriz de Organização da Atenção Nutricional (BRASIL, 2013c).

[...] a Atenção Nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, p. 26, 2013c).

Na organização da atenção nutricional faz-se necessário levar em conta as diversas racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS, assim como considerar os pontos focais baseados nas demandas territoriais de maior frequência e relevância, observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013c).

Deverão ser priorizadas as ações de atenção nutricional no âmbito da APS, porém sem esquecer-se de fazer a interlocução a partir das necessidades dos usuários, com os demais pontos de atenção à saúde, a exemplo serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Assim como ações em diferentes equipamentos sociais (governamentais ou não) que possam contribuir com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade (BRASIL, 2013c).

Dessa forma, a atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados. (BRASIL, 2013c)

2.7.3 O nutricionista do NASF-AP no enfrentamento das DCNT em tempos de pandemia de COVID-19

Pessoas acompanhadas na APS apresentam melhores resultados no controle das comorbidades, mudanças alimentares, melhoria da qualidade de vida e do autocuidado, adesão a tratamentos e menos hospitalização por essas condições (BARRETO et al., 2018).

As pessoas com DCNT experimentam um duplo risco quando o acompanhamento adequado de sua condição é interrompido: em caso de infecção pela COVID-19, podem desenvolver complicações características das DCNT e formas graves da doença. Por isso, a retomada do acompanhamento dessa população com regularidade adequada, objetivando sua estabilidade clínica, reduz as chances de desfechos desfavoráveis durante o período de pandemia (BRASIL, 2020d).

Não interromper o acompanhamento revela a importância da APS no sistema de saúde, afinal, a relevância deste ponto de atenção no cuidado das doenças crônicas já é reconhecida na literatura científica (BRASIL, 2014c).

Dentro do trabalho compartilhado desempenhado pelo NASF-AP, o nutricionista como um dos membros constituintes, auxilia na ampliação e fortalecimento das ações de alimentação e nutrição, voltadas para: promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e agravos, no âmbito individual, familiar e coletivo, considerando o perfil epidemiológico da população adscrita e baseando-se pelas demandas locais, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva nos cuidados dispensados à população adscrita (BRASIL, 2013c).

Esse profissional em parceria aos demais, tem papel estratégico no apoio às equipes de APS na organização e oferta da atenção nutricional, com base na disseminação e troca de

saberes, por meio de um fazer integral e de constituição interdisciplinar, buscando maior resolubilidade no âmbito dos cuidados primários à saúde assim como auxiliando na garantia da promoção da Segurança Alimentar e Nutricional nos territórios (BRASIL, 2017a).

Dentre o leque de responsabilidades do nutricionista do NASF-AP estão: Identificar os casos e grupos prioritários, estruturar em conjunto com as eSF e comunidade ações e práticas a serem adotadas nas áreas de sua responsabilidade sanitária embasando-se na intersetorialidade, de forma integrada, humanizada e acolhedora; Elaborar projetos terapêuticos singulares, com discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas eSF e os NASF-AP do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada sobre o cuidado ao indivíduo, família e/ou comunidade. (BRASIL, 2013h).

Durante o período pandêmico, esse profissional deve adaptar a sua atuação de modo a manter e/ou dar continuidade às ações no enfrentamento das DCNT, demonstrando à população a importância da adoção e conservação de modos saudáveis de vida, com base nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira; Manual intitulado “Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica” e no Documento “Recomendações de alimentação e Covid-19”, que traz orientações sobre alimentação adequada e saudável considerando o atual contexto da pandemia (BRASIL, 2020d).

No tocante das ações individuais, como o atendimento ambulatorial, agir com base na estratificação de risco é essencial, pois a partir disso será estabelecida a prioridade e tipo de atendimento dispensado, norteando o profissional dentro das diversas possibilidades que vão desde os esclarecimentos iniciais, orientações nutricionais até encaminhamento para urgência (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2020a).

Outra atuação de extrema importância é contribuir para a ampliação do atendimento a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares, mas não de hospitalização, por meio de um conjunto de ações de promoção à Saúde, prevenção e tratamento das DCNT e reabilitação prestadas em domicílio com garantia de continuidade de cuidados e integradas às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b).

Auxiliar na implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT definidas com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da APS, garantindo a referência e contra referência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção, também é uma das suas responsabilidades igualmente importante (BRASIL, 2011b).

Além dos cuidados elencados acima, os usuários devem ser acompanhados contínuo e periodicamente pelo nutricionista com vistas a minimização do risco de agudização e agravos da condição de saúde (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2020a).

Toda essa complexidade de ações contrasta atualmente com a visão equivocada de que nesse ponto de atenção à saúde são realizadas práticas simplistas de cuidados em alimentação e nutrição ou apenas práticas para indivíduos que são público-alvo de programas específicos, endossando a manutenção da fragmentação do cuidado que não respondem de forma adequada às demandas da população e do sistema de saúde (BRASIL, 2017b)

No entanto, diante do panorama mundial atual, as ações e serviços de saúde têm passado por adaptações na intenção da não interrupção do cuidado a tantas outras questões sanitárias importantes, como é o caso das DCNT (BRASIL, 2020d).

Não obstante, o conhecimento sobre as pessoas cadastradas, território e APS como um todo, é bastante relevante para a tomada de decisão e manutenção dos princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado diante desse cenário, a avaliação da condição clínica da pessoa, de sua capacidade de autocuidado e de seu contexto de vulnerabilidade e suporte familiar ajuda a pensar as estratégias de gerenciamento do cuidado que podem trazer melhores resultados para cada caso segundo o Manual criado pelo MS, intitulado “Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia” (BRASIL, 2020d).

MATERIAL E MÉTODOS

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, envolvendo as ações registradas em sistema de informação em saúde, desenvolvidas pelos nutricionistas lotados nas equipes do NASF-AP do Brasil, estado de Alagoas e município de Maceió - AL, com recorte histórico dos anos de 2019 a 2020. Para o estudo foi realizada a extração de dados secundários provenientes de sistemas de informação em saúde e documentos oficiais de domínio livre.

3.2 COLETA, TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados da pesquisa foram obtidos em janeiro de 2021, extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referentes às ações desenvolvidas pelos nutricionistas dos NASF-AP (Brasil, Alagoas, Maceió), no período de janeiro a dezembro dos anos de 2019 e 2020, a partir dos seguintes critérios de seleção:

1. Atividade Individual;
 - a. Por tipo de atendimento;
 - b. Por conduta;
2. Atividade Coletiva.

Os dados que concernem à atividade individual, classificados por tipo de atendimento, foram selecionados e descritos em cinco tipos (ANEXO D): Consulta agendada¹; Consulta agendada para cuidado programado/continuado²; Demanda espontânea de esclarecimento

¹ Consulta realizada com agendamento prévio, oriunda da demanda espontânea ou por agendamento direto na recepção, de caráter não urgente e que não foi atendido no mesmo dia da procura, mas agendada para outro dia.

² São consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo.

inicial/orientações nutricionais³; Demanda espontânea para consulta no dia ⁴e Demanda espontânea para atendimento de urgência.⁵

Os dados sobre atividade individual (ANEXO E), selecionados e classificados por conduta, retornaram nove tipos: Agendamento para NASF; Agendamento para grupos; Encaminhamento interno no dia; Encaminhamento intersetorial; Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar; Encaminhamento para serviço especializado; Encaminhamento para urgência; Retorno para cuidado continuado/programado ⁶e Retorno para consulta agendada⁷.

Em relação aos dados referentes à atividade coletiva, quanto ao tipo de atividade desenvolvida, foram elencadas em: Educação em Saúde; Atendimento em grupo; Avaliação/procedimento coletivo e Mobilização Social.

Os critérios/filtros que foram utilizados no sistema de informação para seleção dos dados de atividades individuais foram:

- I. Tipo de Equipe: NASF
- II. Categoria Profissional: Nutricionista
- III. Local de Atendimento:
 - A. UBS;
 - B. Rua;
 - C. Domicílio;
 - D. Escola/creche;
 - E. Polo (academia da saúde).
- IV. Ações do NASF / Polo da Academia de Saúde:
 - A. Avaliação / diagnóstico;
 - B. Procedimentos clínicos / terapêutico;
 - C. Prescrição terapêutica.

³ Escuta realizada quando o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos.

⁴ Consulta que é realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente.

⁵ Atendimento realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida e que determinam a necessidade de assistência imediata e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário.

⁶ Conduta aplicada aos casos em que é necessário o retorno para continuidade do cuidado, como condições crônicas ou de acompanhamento prolongado.

⁷ Conduta atribuída no momento do atendimento em consulta ou em escuta inicial que demande o agendamento de uma consulta.

V. Problema/ Condição Avaliada:

- A. Diabetes;
- B. Hipertensão arterial;
- C. Obesidade e
- D. Rastreamento de risco cardiovascular.

A obtenção dos dados referentes as atividades e ações coletivas teve como critérios de seleção: atividades voltadas para os públicos-alvo: comunidade em geral e pessoas com doenças crônicas, abordando os seguintes temas para saúde: alimentação saudável e autocuidado de pessoas com doenças crônicas, e envolvendo as seguintes práticas em saúde: antropometria; outro procedimento coletivo e práticas corporais / atividade física.

Para obtenção dos dados acima descritos, foi selecionada a competência de cada mês (janeiro a dezembro) do ano de 2019, selecionados e obtidos de forma individual, contabilizando os doze meses do ano em questão, e da mesma forma realizado para o ano de 2020.

Ao final, todos os dados obtidos foram baixados através do sistema no formato de planilhas do Excel e tabulados com o auxílio do software Windows Excel® 2019 e em seguida submetidos à análise estatística descritiva simples pelo mesmo programa. As frequências das atividades foram calculadas utilizando fórmulas disponíveis no programa e os resultados foram descritos quantitativamente, por meio de tabelas e gráficos contendo as frequências absolutas e relativas dessas atividades.

3.2.1 Variáveis do estudo

3.2.1.1 Variáveis Dependentes

Na análise de dados as variáveis dependentes são: Existência de atividade/ação, expressa de forma dicotômica nominal; Tipo de atividade/ação desenvolvida, expressa de forma politômica nominal; Quantidade de atividade/ação desempenhada/mês expressa de forma quantitativa discreta.

- Existência de atividade/ação: Realização de qualquer atuação por parte dos nutricionistas do NASF-AP voltada para os usuários portadores de DCNT, tanto no

âmbito individual quanto coletivo no período compreendido entre os anos 2019 e 2020;

- Tipo de atividade/ação desenvolvida: Espécie de atuação seja individual ou coletiva;
- Quantidade de atividade/ação desempenhada/mês: Número de atividade/ação desempenhada a cada mês pelos nutricionistas para o enfrentamento das DCNT, para o público individual ou coletivo na área adstrita.

Neste trabalho apenas foi levado em consideração todo e qualquer tipo de atividade ou ação que tenha sido notificado/documentado em sistemas de informação em saúde oficiais.

3.2.2 Aspectos éticos

Conforme referido, os dados que subsidiaram a atual pesquisa foram obtidos de bancos de dados secundários de domínio livre, dessa forma não sendo necessária a submissão ao comitê de ética e pesquisa.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 ATIVIDADE INDIVIDUAL POR TIPO DE ATENDIMENTO

Os resultados apresentados na Tabela 1 expressam as frequências absolutas dos atendimentos individuais voltados aos usuários hipertensos, diabéticos e obesos, realizados pelos nutricionistas dos NASF e registrados no SISAB no ano de 2019 e 2020 no Brasil, em Alagoas e Maceió e a variação (%) entre os anos.

Tabela 1. Frequência absoluta dos atendimentos individuais voltados à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade, realizados pelos nutricionistas dos NASF-AP e registrados no SISAB no Brasil, Alagoas e Maceió em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.

Unidade Geográfica	2019 (n)	2020 (n)	Variação 2019-2020 (%)
Brasil	430.584	189.679	- 55,9
Alagoas	17.026	7.009	-58,8
Maceió	432	266	-38,4

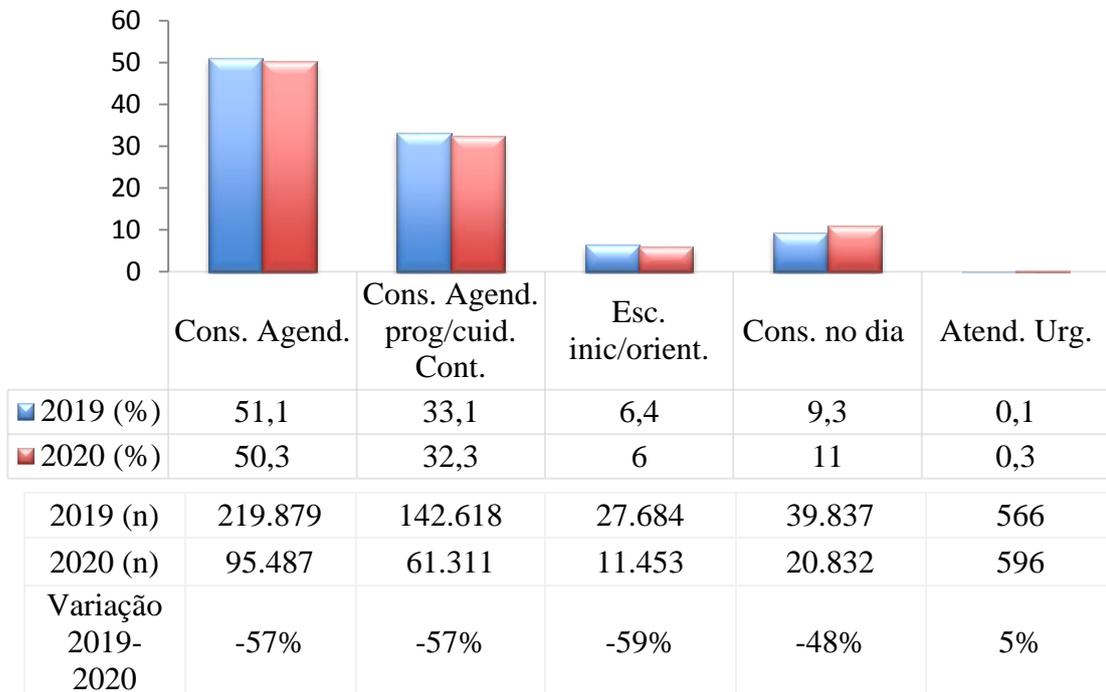
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Na tabela 1 são descritos os atendimentos individuais no Brasil e em Alagoas entre os anos de 2019 e 2020 com redução de mais de 50% na frequência entre os anos. Maceió é apresentada com redução de 38,4% desses atendimentos.

4.1.1 Brasil

Na Figura 2 foram apresentadas as frequências absolutas e relativas de cada tipo de atendimento individual voltado para os usuários obesos, hipertensos e diabéticos adscritos na APS, realizado e registrado no SISAB pelos nutricionistas NASF-AP no Brasil em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.

Figura 2. Frequência absoluta e relativa de cada tipo de atendimento individual voltado à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade, realizados pelos nutricionistas dos NASF-AP e registrados no SISAB no Brasil em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

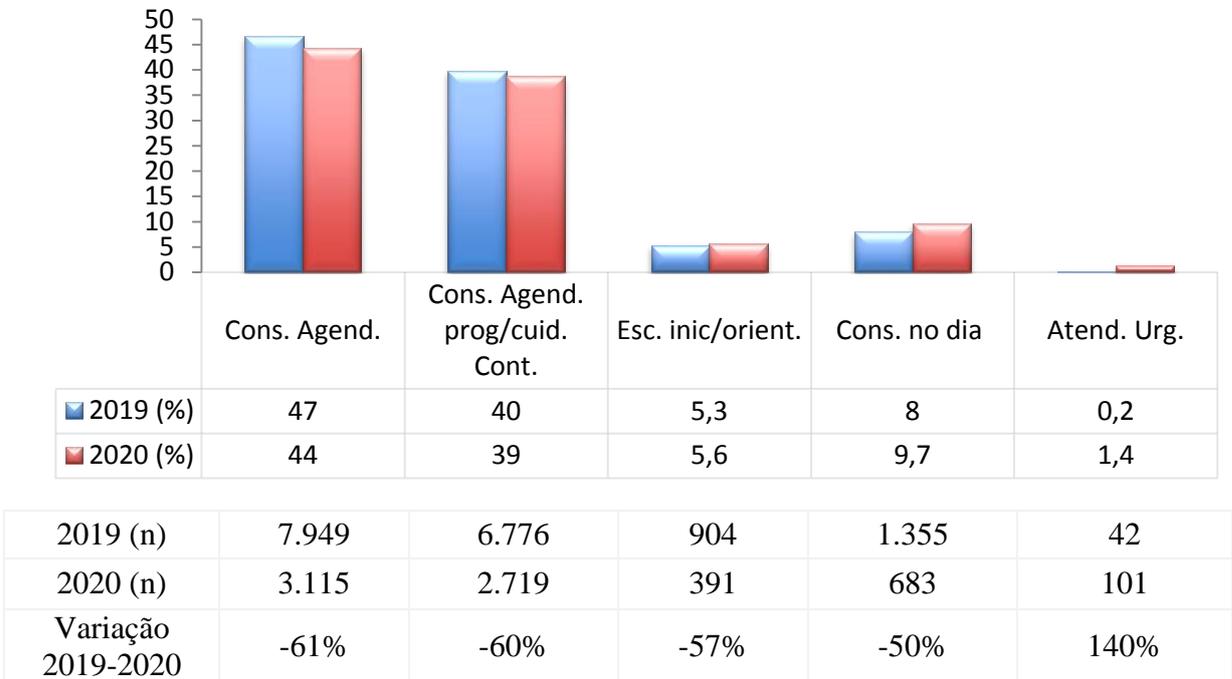
A consulta agendada e consulta agendada para cuidado programado/continuado foram os tipos de atendimentos mais registrados tanto em 2019 como em 2020 (Figura 2).

Porém, houve redução na frequência de quatro dos cinco tipos de atendimento realizados em 2020 em relação a 2019, com reduções se dando principalmente a partir de março. A exceção foi a demanda espontânea para atendimento de urgência que apresentou maior frequência em 2020 (principalmente entre os meses de abril a julho de 2020).

4.1.2 Alagoas

As frequências absolutas e relativas de cada tipo de atendimento individual voltado para os usuários obesos, hipertensos e diabéticos adscritos na APS, realizado e registrado no SISAB pelos nutricionistas NASF-AP no estado de Alagoas em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos podem ser visualizados na Figura 3.

Figura 3. Frequência absoluta e relativa de cada tipo de atendimento individual voltado à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade, realizados pelos nutricionistas dos NASF-AP e registrados no SISAB em Alagoas em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

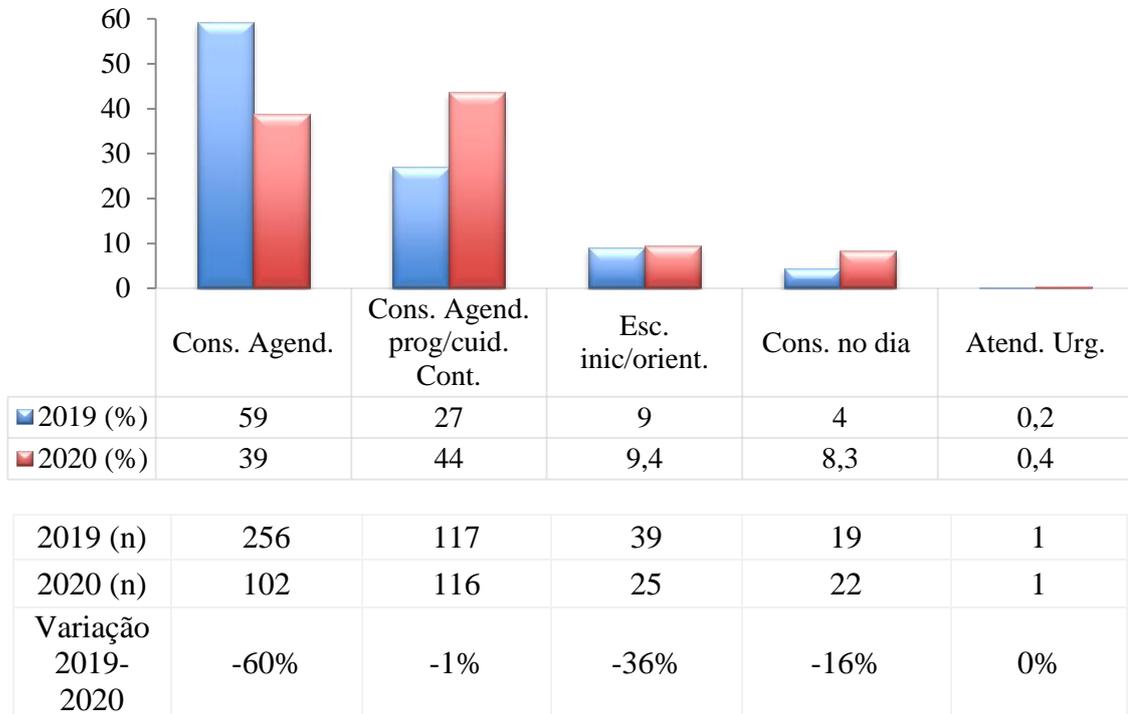
A consulta agendada e consulta agendada para cuidado programado/continuado foram os tipos de atendimentos mais registrados tanto em 2019 como em 2020 (Figura 3).

Em 2020 houve redução na frequência registrada de quatro dos cinco tipos de atendimento realizados, com reduções se dando principalmente a partir de março. O atendimento que apresentou aumento na frequência em 2020 foi a demanda espontânea para atendimento de urgência (principalmente do mês de abril a agosto), com aumento de 140%.

4.1.3 Maceió

Na Figura 4 a seguir foram apresentadas as frequências absolutas e relativas de cada tipo de atendimento individual voltado para os usuários obesos, hipertensos e diabéticos adscritos na APS, realizado e registrado no SISAB pelos nutricionistas NASF-AP na capital Maceió em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.

Figura 4. Frequência absoluta e relativa de cada tipo de atendimento individual voltado à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade, realizados pelos nutricionistas dos NASF-AP e registrados no SISAB em Maceió em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

No ano de 2020, o tipo de atendimento que apresentou maior redução na frequência registrada foi o de consulta agendada. A demanda espontânea para esclarecimento inicial/orientação teve uma redução discreta de sua frequência (Figura 4).

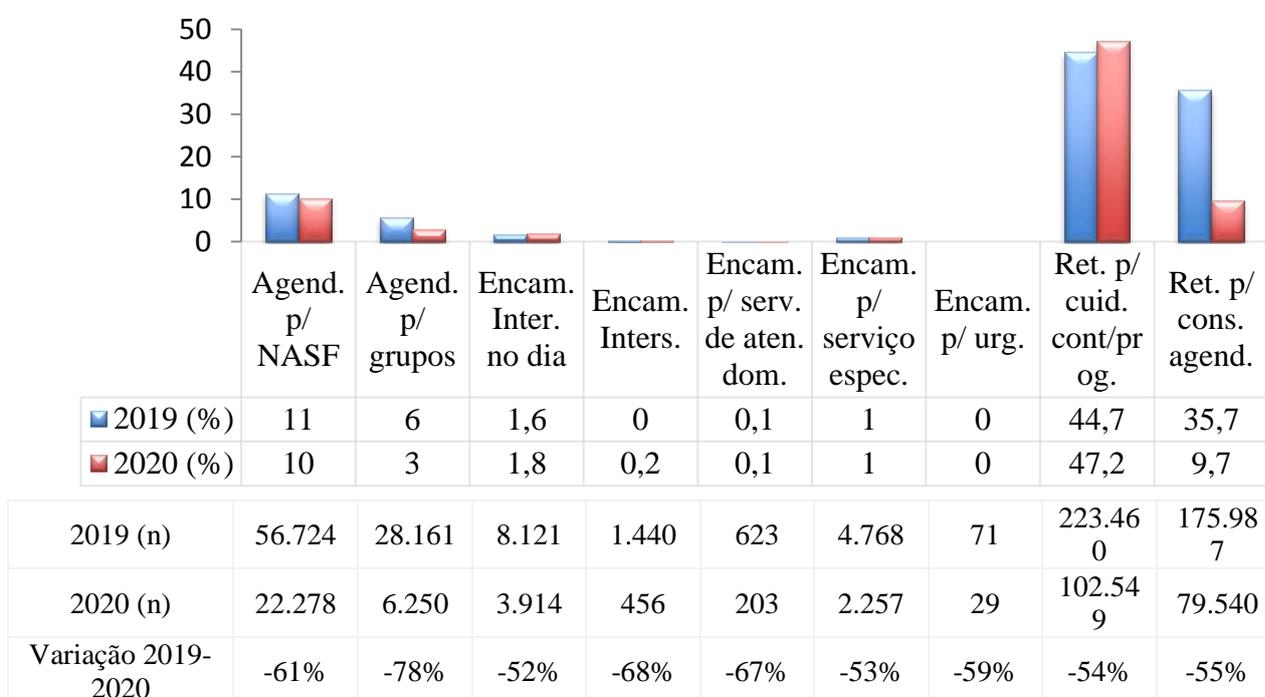
Não houve diferença significativa na frequência da consulta agendada para cuidado programado/continuado em 2020, porém as frequências foram mais baixas até agosto, havendo um aumento em setembro, outubro e dezembro, além disso esse atendimento passou a contribuir mais no total dos atendimentos, representando 44% em 2020, enquanto que a consulta agendada passou a representar 39% do total de atendimentos, demonstrando uma inversão na contribuição dos atendimentos em 2020 em relação a 2019. A frequência de demanda espontânea para consulta no dia apresentou aumento discreto na frequência com aumento na contribuição e o atendimento de urgência não apresentou diferença na sua frequência e contribuição (Figura 4).

4.2 ATIVIDADE INDIVIDUAL POR CONDUTA

4.2.1 Brasil

As frequências absolutas e relativas das condutas adotadas pelos nutricionistas do NASF-AP no Brasil, para os usuários com obesidade, diabetes e hipertensão após atendimento individual em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos, foram apresentadas na Figura 5.

Figura 5. Frequências absolutas e relativas das condutas adotadas pelos nutricionistas dos NASF-AP para população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB no Brasil em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em dados do SISAB.

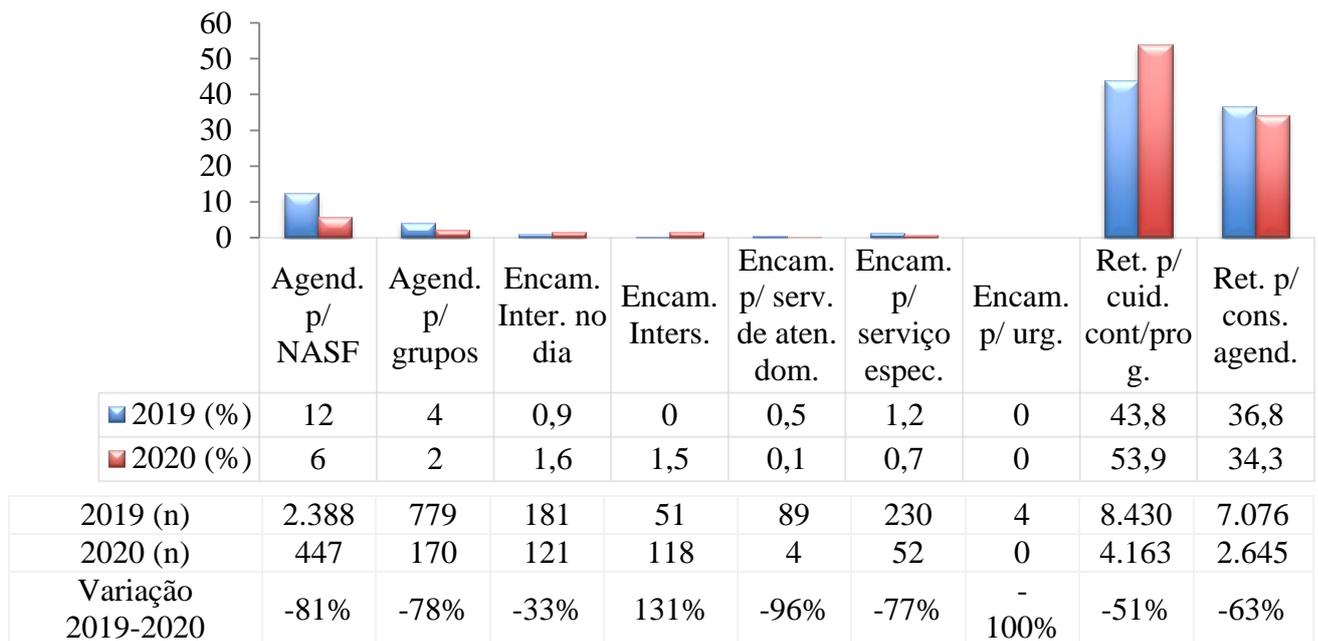
A conduta de retorno para cuidado continuado/programado constituía a principal conduta adotada em 2019 permanecendo em 2020 (Figura 5).

Tratando-se do retorno para consulta agendada, uma das condutas mais adotadas (35,7%) em 2019, verificou-se uma variação em que esta passou a corresponder a 9,7% de todas as condutas adotadas em 2020. Também houve uma variação em relação ao agendamento para grupos que passou a corresponder a 3% das condutas adotadas em 2020. Em relação às outras condutas, todas demonstraram uma diminuição na frequência absoluta, mas com frequências relativas similares entre os anos (Figura 5).

4.2.2 Alagoas

As frequências absolutas e relativas das condutas adotadas pelos nutricionistas do NASF-AP em Alagoas, para os usuários com obesidade, diabetes e hipertensão após atendimento individual em 2019 e 2020, estão apresentadas na Figura 6 a seguir.

Figura 6. Frequências absolutas e relativas das condutas adotadas pelos nutricionistas dos NASF-AP para população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB em Alagoas em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em dados do SISAB.

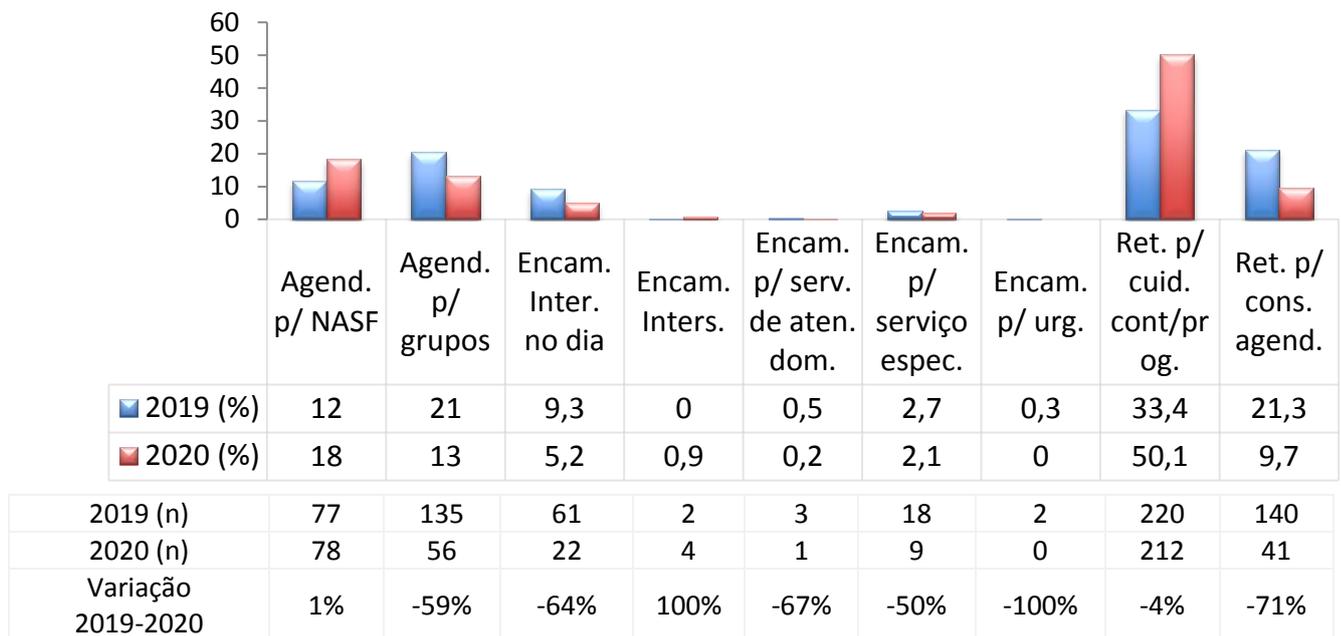
A conduta de retorno para cuidado continuado/programado constituía a principal conduta adotada em 2019 segundo o SISAB, permanecendo em 2020 e passando a representar mais de 50% de todas as condutas adotadas em 2020 (Figura 5).

Na figura 5 é descrita uma variação no que se refere às condutas de agendamento para NASF passando a representar 6% e agendamento para grupos passando a 2% das condutas adotadas em 2020 segundo dados do SISAB. Ainda, podemos verificar de acordo com os dados que houve um aumento na frequência dos encaminhamentos intersetoriais.

4.2.3 Maceió

As frequências absolutas e relativas das condutas adotadas após atendimento individual por nutricionistas do NASF-AP em Maceió, para os usuários com obesidade, diabetes e hipertensão em 2019 e 2020, estão apresentadas na Figura 7.

Figura 7. Frequências absolutas e relativas das condutas adotadas pelos nutricionistas dos NASF-AP para população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB em Maceió em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em dados do SISAB.

Em Maceió, conforme apresentado na Figura 7, as maiores variações foram em relação às condutas de retorno para consulta agendada, que passou a representar 9,7% de todas as condutas adotadas em 2020 e a conduta de retorno para cuidado continuado/programado que passou a representar cerca de 50%.

Houve variação em relação às condutas de agendamento para grupos, encaminhamento interno do dia e encaminhamento para serviço especializado com redução na frequência dessas condutas em 2020, já em relação ao agendamento para o NASF passou a representar 18% de todas as condutas adotadas em 2020 (Figura 7).

4.3 ATIVIDADES COLETIVAS

Tabela 2. Frequências absolutas das atividades coletivas realizadas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB, Brasil, Alagoas e Maceió em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.

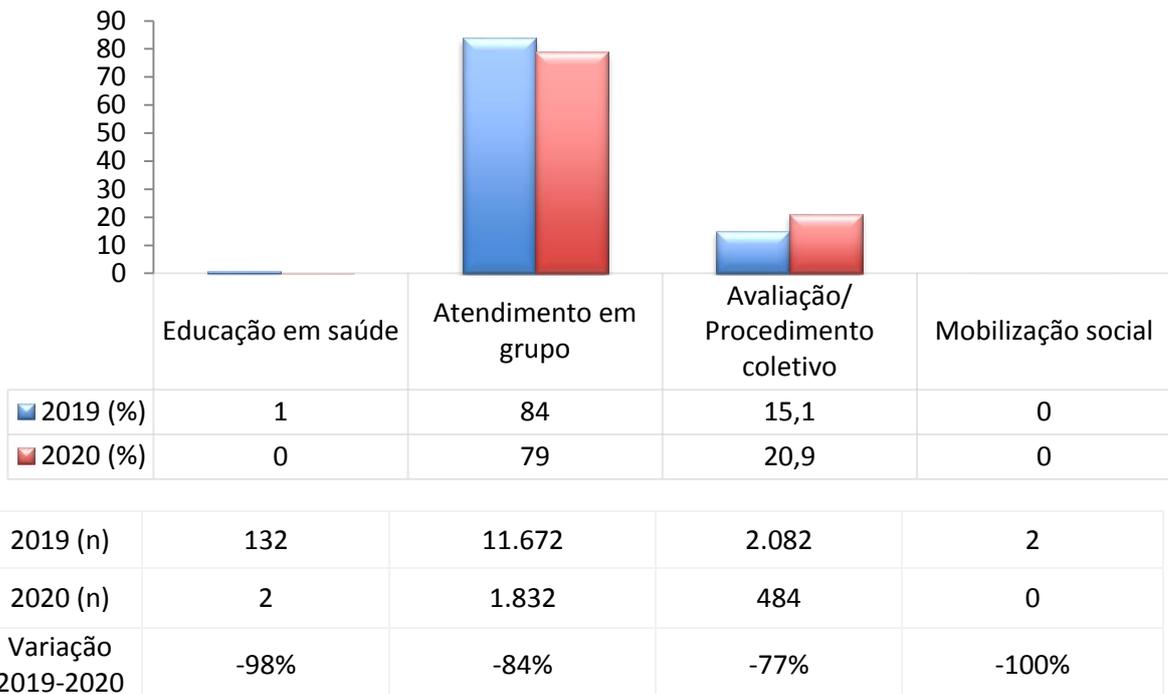
Unidade Geográfica	2019 (n)	2020 (n)	Variação 2019-2020 (%)
Brasil	13889	2318	-83,3
Alagoas	196	32	-83,6
Maceió	14	0	-100

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Foram descritas na Tabela 2 as frequências das atividades coletivas realizadas no Brasil e em Alagoas entre os anos de 2019 e 2020 com redução de mais de 80% de acordo com dados do SISAB. Maceió apresentou a maior redução (-100%) entre as três unidades geográficas.

4.3.1 Brasil

Figura 8. Frequências absolutas e relativas das atividades coletivas realizadas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB no Brasil em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em dados do SISAB.

No que concerne às atividades coletivas no Brasil registradas no SISAB, pode-se observar uma redução de frequência de no mínimo 77% (como é o caso da avaliação/procedimento coletivo) chegando a 100% (no caso da mobilização social) em 2020 (Figura 8).

4.3.2 Alagoas

Tabela 5. Frequências absolutas das atividades coletivas realizadas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB em Alagoas em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.

Atividade	2019 (n)	2020 (n)	Variação 2019-2020 (%)
Educação em saúde	0	0	0
Atendimento em grupo	176	28	-84
Avaliação/Proc. Coletivo	20	4	-80
Mobilização social	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Como pode-se verificar, houve uma redução das atividades coletivas registradas em Alagoas em 2020, com redução de cerca de 80% dos atendimentos em grupo e avaliação/procedimento coletivo (tendo essas reduções acontecido mais intensamente a partir de março de 2020).

Quanto às atividades coletivas, educação em saúde e mobilização social não foram registradas em nenhum dos dois anos (Tabela 5).

4.3.3 Maceió

Tabela 6. Frequências absolutas das atividades coletivas realizadas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas à população adscrita da APS com HAS, DM e Obesidade registradas no SISAB em Maceió em 2019 e 2020 e a variação (%) entre os anos.

Atividade	2019 (n)	2020 (n)	Variação 2019-2020 (%)
Educação em saúde	0	0	0
Atendimento em grupo	12	0	-100
Avaliação/Proc. Coletivo	2	0	-100
Mobilização social	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Tratando-se da capital Maceió, os resultados mostraram que houve redução de 100% das atividades coletivas em 2020, sendo que educação em saúde e mobilização social não foram registradas no SISAB em nenhum dos anos (Tabela 6).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Conforme os resultados apresentados nesta pesquisa, foi observado redução na frequência da maioria dos atendimentos individuais e atividades coletivas registradas no SISAB no Brasil e em Alagoas em 2020, podendo ser relacionada sobretudo à emergência da COVID-19 no Brasil e às medidas de enfrentamento pelas autoridades de saúde. Em Maceió também houve redução das frequências, principalmente nas atividades coletivas, que pode ter sido ocasionada pela reorganização compulsória dos serviços de saúde, com restrições impostas pelos estados e municípios, considerando as recomendações de medidas de prevenção e controle de transmissão do novo coronavírus.

Como atendimentos individuais que envolvem o cuidado de usuários com doenças crônicas (obesidade, diabetes, hipertensão arterial) de acordo com o SISAB são descritos cinco tipos: a consulta agendada é a realizada com agendamento prévio (para primeira consulta de caráter não urgente); a consulta agendada para cuidado programado/continuado são consultas com ações programáticas direcionadas aos ciclos da vida, doenças e agravos prioritários que necessitam de acompanhamento contínuo (BRASIL, 2013d).

Além desses atendimentos, são realizadas as demandas espontâneas de: esclarecimento inicial/orientações que refere-se a escuta realizada quando o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos e são realizados os primeiros esclarecimentos ou orientações; Consulta no dia que trata-se da realizada no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente e o atendimento de urgência que é o realizado ao usuário quando há possibilidade de agravamento do quadro ou o risco de vida e que determinam a necessidade de assistência imediata e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário (BRASIL, 2013d).

Segundo dados do SISAB houve uma redução dos atendimentos individuais desenvolvidos pelos nutricionistas do NASF-AP no Brasil e Alagoas no ano de 2020 em relação a 2019, tendo redução de mais de 50%. Este achado está provavelmente associado à emergência da COVID-19 no Brasil e no Mundo, em que as autoridades de Saúde começaram a agir no seu enfrentamento (BRASIL, 2020e).

Além disso, de acordo com os dados, apresentaram redução na frequência de quatro dos cinco tipos de atendimentos registrados em 2020 em relação a 2019 (todos os atendimentos exceto demanda espontânea para atendimento de urgência). Estes resultados

estão possivelmente relacionados também a reorganização compulsória dos serviços pela emergência da COVID-19 e as restrições impostas pelos estados e municípios, dentre elas, o isolamento social e/ou quarentena, em especial para as pessoas dos grupos de risco, como pessoas com mais de 60 anos, as imunodeficientes e/ou portadoras de doenças crônicas, visando a não aglomeração em busca da contenção da transmissão comunitária do vírus (BRASIL, 2020c).

Foi descrito maior frequência na demanda espontânea para atendimentos de urgência, principalmente em Alagoas com aumento de 140% desses atendimentos em 2020, podendo ter relação com piora da adesão terapêutica em função da redução do contato com o profissional de saúde, pois estudos revelam que o contato regular, mesmo com uso de tecnologias a distância, faz diferença para a adesão terapêutica (BRASIL, 2020d).

Sabe-se que, as DCNT atingem indivíduos de todas as classes socioeconômicas, especialmente os grupos vulneráveis e as camadas mais pobres da população, tendo sido atribuído à maior exposição aos fatores de risco e dificuldade no controle desses fatores, além do acesso restrito à informação e aos serviços de saúde, tornando-os mais propensos ao desenvolvimento e a um pior manejo e controle da doença (WHO, 2018a).

Além disso, estudos observaram mudanças nos estilos de vida dos adultos em decorrência da pandemia de COVID-19, com aumento do consumo do álcool e tabaco, alimentos ultraprocessados e comportamento sedentário. Têm-se como fatores para essas mudanças, o convívio com situações ansiogênicas e estressantes, como perda do emprego, situações de trabalho inseguras e redução de rendimentos que podem resultar na piora dos comportamentos de saúde e em consequência no seu estado geral de saúde. (LEONE; VAN; RICHARDS, 2020; MALTA et al., 2020; STANTON et al., 2020).

Em relação à Maceió também houve redução da frequência registrada no SISAB dos atendimentos individuais em 2020, porém em menor proporção que a encontrada no Brasil e Alagoas com diminuição de cerca de 38% desses atendimentos.

Quanto à redução dos atendimentos, foi descrita uma redução considerável da consulta agendada em 2020 comparada a 2019. Em relação à consulta agendada programada/cuidado continuado, quase não apresentou redução de frequência entre os anos e passou a ser um dos atendimentos mais frequentes entre os tipos de atendimento, representando mais de 40% dos atendimentos realizados em 2020. Em relação aos meses de 2020, observou-se frequências mais baixas registradas de março a agosto, com retomada no aumento da frequência de setembro a dezembro, podendo ter relação com flexibilização das medidas de isolamento da

pandemia de COVID-19 e retorno das atividades pelas equipes.

No presente estudo, quanto aos resultados das condutas adotadas a partir do atendimento individual no Brasil, observou-se que apesar da redução dos atendimentos, a conduta de retorno para cuidado continuado/programado continuou sendo a principal conduta, o que pode inferir que houve uma priorização no acompanhamento contínuo dos pacientes crônicos.

Em relação às consultas agendadas, que em 2019 configuraram 35% das condutas adotadas, passou a corresponder a apenas 9%, o que possivelmente pode ter relação com articulação para priorização da manutenção do atendimento contínuo/ programado dos usuários que já eram atendidos e redução dos atendimentos em casos não prioritários e de primeira vez.

Observou-se uma diminuição na frequência de encaminhamento para grupos nas três unidades geográficas, podendo ter se dado devido às políticas de isolamento e recomendações de medidas de prevenção e controle de transmissão, como distanciamento e evitar aglomeração de pessoas (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020f), visto que muitas atividades em grupo ocorrem em locais fechados, pode ser contraproducente e dificultar o controle da transmissão do novo coronavírus.

Houve redução no número de encaminhamentos para o NASF no Brasil e em Alagoas, podendo estar relacionado tanto a ocorrência da pandemia e medidas de isolamento (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020f) quanto da redução no número de equipes dos NASF-AP que podem ter influenciado na produção geral, potencializando essa diminuição (BRASIL, 2021a).

Quanto à conduta de encaminhamento para serviço especializado, este reduziu no Brasil, podendo indicar uma melhor efetividade na estratificação de risco ou como consequência da própria redução total das atividades. Relativo à conduta de encaminhamento para a urgência também houve redução nas três unidades geográficas, o que pode apontar que os usuários que agudizaram buscaram diretamente os demais níveis de assistência a depender da gravidade dos sintomas, assim como podem ter sido estratificados pelo risco para atendimento pela própria equipe.

Concernente ao retorno para consulta para cuidado continuado assim como consulta agendada, reduziram as frequências nas três unidades geográficas, podendo estar relacionadas às questões referidas antes como medidas de isolamento, menor produção devido a extinção de equipes de NASF, ou a reestruturação do cuidado para o atendimento remoto como relatado em algumas cidades do Brasil (ABRASCO, 2020).

Em contrapartida com as reduções, foi observado uma maior frequência da conduta de encaminhamento intersetorial em Alagoas e Maceió, que trata da conduta adotada quando se há necessidade de encaminhamento do usuário para outro setor como conselho tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Escola, etc. (BRASIL, 2013d).

Sabe-se que na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a APS também se configura com base, pelo seu caráter estratégico e por ser o nível de atenção de maior capilaridade, importante ponto de identificação das necessidades de saúde da população, assim como na estratificação de risco, para assim haver melhor coordenação do cuidado e ordenação da rede de assistência (BRASIL, p. 14, 2013a; BRASIL, 2017a).

No que se refere às atividades coletivas verificou-se uma redução das frequências nas três unidades geográficas. Em relação a Maceió, esta não retornou nenhuma atividade coletiva em 2020. Possivelmente, um dos fatores que contribuíram para essa redução foram as políticas de isolamento e recomendações de medidas de prevenção e controle de transmissão do novo coronavírus, contudo, vale ressaltar que algumas atividades como educação em saúde e mobilização social não vinham sendo registradas desde 2019, ou seja, independente do atual cenário pandêmico.

Em um momento o qual se conhece claramente a gênese multifatorial das DCNT, tendo os hábitos alimentares como um dos fatores de risco, em um cenário social o qual a morbimortalidade causada por essas doenças configura-se no topo das estatísticas, somado a eclosão de uma pandemia altamente preocupante, nos faz compreender o quão grave pode ser a ocorrência dessas duas situações concomitantemente, a ponto de tomar proporções jamais vistas, exigindo ações em saúde oportunas.

Dessa forma, é importante repensar na estruturação prévia de estratégias e planos de ação a despeito de situações de calamidade pública como a pandemia COVID-19, assim como estimular o fortalecimento da atenção à saúde como um todo, especialmente no que tange aos cuidados primários, reforçando a importância de uma APS multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar, com práticas resolutivas para assim assegurar à população o seu direito pleno à saúde como postulado na Constituição Federal de 1988.

Este trabalho apresenta algumas limitações como a não avaliação das atividades e processos de trabalho de forma qualitativa, além disso, possíveis adaptações na forma de atuação do nutricionista do NASF (como por exemplo, atendimento remoto) durante a pandemia podem não ter sido contempladas pelos dados disponíveis para o desenvolvimento do presente trabalho.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Através dos resultados obtidos neste estudo, pode-se constatar a redução da frequência na maioria das atividades individuais desenvolvidas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas aos usuários adscritos na APS com HAS, DM e obesidade no ano de 2020 em relação ao ano de 2019. Essa diminuição se deu em mais de 50% no Brasil e Alagoas, já em Maceió apresentou-se em torno de 38%. No entanto, a demanda espontânea para atendimento de urgência apresentou aumento da frequência nas unidades geográficas Brasil (5%) e Alagoas (140%).

Quanto às atividades coletivas, houve também diminuição da frequência em ambas as unidades geográficas para a maioria dos tipos, tendo o atendimento em grupo no Brasil e Alagoas uma redução de 84% e Maceió a queda se deu em 100%; Avaliação e procedimento coletivo houve uma redução na frequência de 77% (Brasil), 80% (Alagoas) e 100% (Maceió). Já as atividades coletivas: educação em saúde e mobilização social não apresentaram resultados desde 2019 em Alagoas e Maceió e no Brasil, apresentaram uma redução de 98% (Educação em Saúde) e de 100% (Mobilização Social) no ano de 2020 em relação a 2019.

Tratando-se das condutas adotadas, houve redução da frequência na maioria destas, com exceção do Encaminhamento intersetorial que apresentou aumento de frequência em cerca de 131% na unidade geográfica Alagoas e de 100% em Maceió no ano de 2020 em relação a 2019.

Diante do exposto, pode-se inferir que a pandemia de COVID-19 apresenta-se como fator preponderante para a redução e/ou suspensão das ações desempenhadas pelos nutricionistas dos NASF-AP voltadas para os usuários da atenção primária em saúde com DCNT.

A presente investigação pode auxiliar na realização de outros estudos que tenham por finalidade uma maior compreensão do processo de cuidado dos usuários com DCNT na Atenção Primária à Saúde e na estruturação e fortalecimento de políticas de enfrentamento às DCNT a qualquer tempo, visando o não negligenciamento dessas doenças que requerem uma atuação vigilante e contínua, sobretudo em situações de calamidade pública e emergências em saúde a exemplo da atual pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. Centro de Informações. Estratégias e Resposta em Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico nº334 de 03 de fevereiro de 2021 - Grupo Técnico de Monitoramento da Emergência - GT COVID-19. 2021. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Informe-Epidemiologico-COVID-19-no-334-03-02-2021.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico SUS, v. 1, p. 5-16, 1992.
- ARAÚJO et al. Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. In: Sampaio, E. C. **Envelhecimento Humano: desafios contemporâneos** [recurso eletrônico]. 1 ed. Guarujá, SP: Editora científica, 2020. p. 222-232. Disponível em: <https://www.editoracientifica.org/articles/code/201202399>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- BAI, L. et al. Chinese experts' consensus on the Internet of Things-aided diagnosis and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Clinical eHealth**, v. 3, p. 7-15, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588914120300046>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- BARRA, R. P. et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 38-43, 2020.
- BARROS, D. C. et al. Educação Alimentar e Nutricional no Programa Bolsa. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
- BARONE, M, T. U. et al. The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. **Diabetes research and clinical practice**, v. 166, p. 108304, 2020. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(20\)30556-8/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(20)30556-8/fulltext). Acesso em: 15 jan. 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 jan. 2021.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.
- _____. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020f. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 6 de

fevereiro de 2020f.

_____. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de junho de 2011a.

_____. _____. Emenda constitucional nº 95 de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Atlas sobre a situação Alimentar e Nutricional no Brasil: Excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf. Acesso em: 13 jan. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Boletins Epidemiológicos Coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020g. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 26 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial doença pelo coronavírus covid-19 Nº 43- Semana epidemiológica 52. 2020h. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/30/boletim_epidemiologico_covid_43_final_coe.pdf. Acesso em 20 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico Nº 46. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 03 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Equipes de Saúde Brasil 2019-2020. 2021a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recomendação Nº 022, de 09 de abril de 2020c. Recomenda medidas com vistas a garantir as condições sanitárias e de proteção social para fazer frente às necessidades emergenciais da população diante da pandemia da COVID-19. 2020c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. 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, 28 p. 2013a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual - Como organizar o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas na APS no contexto da pandemia. Brasília: Ministério da Saúde, 43 p., 2020d. Disponível em:
[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como_organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como_organizar_o_cuidado_de_pessoas_com_doencas_cronicas_na_aps_no_contexto_da_pandemia.pdf). Acesso em: 1 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. 1ª ed. 2020e. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em 18 jan. 2021.

_____. 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, 160 p. 2011b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 26 dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**. 22 de setembro de 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das

Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**. 11 de fevereiro de 2020b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**. 24 de janeiro de 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Condições sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**. 17 de abril de 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017. Estabelece o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e encerra o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). **Diário Oficial da União**. 28 de agosto de 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. 13 de novembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**. 10 de julho de 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013d. 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. **Diário Oficial da União**. 19 de março de 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020e. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**. 2020e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade e valorização de resultados. Relatório das atividades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil. Brasília, DF, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. 2021b. Acesso através do link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 2 de fev. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB. 2021c. Acesso através do link: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. Acesso em: 16 de fev. de 2021d.

CABRAL, E. R. M. et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à

pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/87>. Acesso em: 13 jan. 2021.

CAI, Q. et al. Obesity and COVID-19 severity in a designated hospital in Shenzhen, China. **Diabetes care**, v. 43, n. 7, p. 1392-1398, 2020. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/43/7/1392.abstract>. Acesso em: 14 jan. 2021.

CAR, J.; GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; Covid-19: a remote assessment in primary care. **bmj**, v. 368, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>. Acesso em: 20 jan. 2021.

CARVALHO, M. S.; WERNECK, G. L. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101. Acesso em: 24 jan. 2021.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. bras. cancerol**, p. 379-388, 2009.

CASTRO, D. M. et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020001105009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 26 jan. 2021.

Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Editora: Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008

CRESS. Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão. Gestão "Resistência e Luta". 2020. Disponível em: <http://www.cressma.org.br/2020/03/02/cfess-se-posiciona-contr-a-extincao-do-nucleo-ampliado-de-saude-da-familia-nasf/>. Acesso em: 3 de fev. de 2021.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n1/e2020002/pt/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

DONALISIO, M. R; FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020119, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020119/>. Acesso em: 4 jan. 2021.

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 7, 2020.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Alma Ata, Cazaquistão.

DE PINHO BARBOSA, S.; SILVA, A. V. F. G. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. **Aps em revista**, v. 2, n. 1, p. 17-19, 2020.

DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in

emergency preparedness and response. **BJGP open**, v. 4, n. 1, 2020.

ESTRELA, F. M. et al. COVID-19 e Doenças Crônicas: Impactos e desdobramentos frente à Pandemia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020a.

ENGSTROM et al. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no sus no enfrentamento da covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41404/2/RecomendacoesAPSEenfrentamentoCovid-19.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

_____. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903431&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de jan. 2021.

FERRARI, C. K. B. Implementation of public health policies for healthy lifestyles promotion: what Brazil should tell us?. **Health promotion perspectives**, v. 8, n. 3, p. 243, 2018.

FERREIRA, S. R. G; PITITTO, B. A. Diabetes and covid-19: more than the sum of two morbidities. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 54, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102020000100603&script=sci_arttext. Acesso em: 12 jan. 2021.

FIOCRUZ. Os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. Última Atualização em 11 fevereiro 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1746-os-boletins-epidemiologicos-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 27 jan. 2021.

GUO, W. et al. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. **Diabetes Metab Res Rev**. 2020. Epub ahead of print. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233013/>. Acesso em: 14 jan. 2021.

HARAPAN, H. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. **Journal of Infection and Public Health**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7142680/>. Acesso em: 22 dez. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: 17 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sobre/Números do Censo. 2021. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/sobre/numeros-do-censo.html#:~:text=Veja%2C%20a%20seguir%2C%20algumas%20informa%C3%A7%C3%B5es,a%20serem%20visitados%2C%205570%20munic%C3%ADpios..> Acesso em 16 fev. 2021e.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY (JHU). Coronavirus Resource Center. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering. 2021. Link: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 17 jan. 2021.

LEONE, F. T.; RICHARDS, G.; ZYL-SMITH, R. N. V. Tobacco smoking and COVID-19 infection. **The Lancet. Respiratory Medicine**, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30239-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30239-3/fulltext). Acesso em 13 jan. 2021.

LI, M. et al. Cardiovascular disease potentially contributes to the progression and poor prognosis of COVID-19. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 30, n. 7, p. 1061-1067, 2020.

MACEIO. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis. Informe Epidemiológico COVID-19 nº231/2021. 2021. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/pdf/2021/02/Boletim-covid-19-n.%C2%BA-231-de-02-de-fevereiro-de-2021-SE-04%C2%AA.pdf> . Acesso em: 3 fev. 2021.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002. Acesso em: 15 dez. 2020.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de carga global de doenças. **São Paulo Medical Journal**, [s. l.], v. 135, n. 3, p. 213–221, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>. Acesso em: 15 dez. 2020.

_____. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. 13, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000400315&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its Federated Units, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 217-232, 2017b.

MENDES, E. V. et al. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

NAKESHBANDI, M. et al. The impact of obesity on COVID-19 complications: a retrospective cohort study. **International Journal of Obesity**, v. 44, n. 9, p. 1832-1837, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41366-020-0648-x>. Acesso em: 25 jan. 2021.

NORONHA, K. V. M. S. et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 17, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000605004. Acesso em: 29 jan. 2021.

OMRAN. A transição epidemiológica: uma teoria da epidemiologia da mudança

populacional. Boletim da Organização Mundial da Saúde: **International Journal of Public Health**, v 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Investir no controle de doenças crônicas não transmissíveis gera grandes retornos financeiros e de saúde, afirma OMS [internet]. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5675:investir-no-controle-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-grandes-ganhos-financeiros-e-de-saude-afirma-oms&Itemid=839. Acesso em: 28 dez. 2020.

_____. Doenças não transmissíveis na região das américas: fatos e números. 2019.

Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 23 jan. 2021.

_____. OMS revela as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019 [internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e-#:~:text=As%20estimativas%20confirmam%20ainda%20a,foram%20vividos%20com%20boa%20sa%C3%BAde>. Acesso em 10 jan. 2021.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903. Acesso em 26 jan. 2021.

STANTON, R. et al. **Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults.** **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4065, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312903/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SULEYMAN, G. et al. Clinical characteristics and morbidity associated with coronavirus disease 2019 in a series of patients in metropolitan Detroit. **JAMA network open**, v. 3, n. 6, p. e2012270-e2012270, 2020.

TESTON, E. F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118390>. Acesso em: 22 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable diseases. 2018a. Geneva: World Health Organization. 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 10 dez. 2020.

_____. **Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases.**

World Health Organization, 2018b. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 dez. 2020.

_____. Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020. Geneva: World Health Organization; 2020b.

WU, Di et al. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. **International Journal of Infectious Diseases**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102543/>. Acesso em 22 dez. 2020

ZABETAKIS, I. et al. COVID-19: The Inflammation Link and the Role of Nutrition in Potential Mitigation. **Nutrients**, v. 12, n. 5, p. 1466, 2020.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A. NASF 1 – NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA – MODALIDADE 1

CNES - Equipes de Saúde - Brasil				
Quantidade por Unidade da Federação e Tipo da Equipe				
Tipo da Equipe: 06 NASF1 - NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-MODALIDADE 1				
Período: Dez/2019 e Dez/2020				
Unidade da Federação	NASF1 Dez/19	NASF1 Dez/20	Equipes remanescentes (%)	Perdas (%)
11 Rondônia	17	0	0	100
12 Acre	21	1	4,76	95,2
13 Amazonas	70	0	0	100
14 Roraima	9	0	0	100
15 Pará	153	2	1,31	98,7
16 Amapá	12	0	0	100
17 Tocantins	33	3	9,09	90,9
21 Maranhão	223	3	1,35	98,7
22 Piauí	104	0	0	100
23 Ceará	273	14	5,13	94,9
24 Rio Grande do Norte	89	6	6,74	93,3
25 Paraíba	147	1	0,68	99,3
26 Pernambuco	255	4	1,57	98,4
27 Alagoas	107	0	0	100
28 Sergipe	50	1	2	98
29 Bahia	352	7	1,99	98
31 Minas Gerais	489	26	5,32	94,7
32 Espírito Santo	25	2	8	92
33 Rio de Janeiro	203	2	0,99	99
35 São Paulo	360	17	4,7	95,3
41 Paraná	143	7	4,9	95,1
42 Santa Catarina	121	4	3,3	96,7
43 Rio Grande do Sul	71	9	12,7	87,3
50 Mato Grosso do Sul	41	1	2,4	97,6
51 Mato Grosso	30	0	0	100
52 Goiás	91	10	11,0	89
53 Distrito Federal	29	4	13,8	86,2
Total	3518	124	3,5	96,5

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

ANEXO B. NASF 2 – NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA – MODALIDADE 2

CNES - Equipes de Saúde - Brasil				
Quantidade por Unidade da Federação e Tipo da Equipe				
Tipo da Equipe: 07 NASF2 - NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA- MODALIDADE 2				
Período: Dez/2019 e Dez/2020				
Unidade da Federação	NASF2 2019	NASF2 2020	Equipes Remanescentes (%)	Perdas (%)
11 Rondônia	5	0	0	100
12 Acre	4	0	0	100
13 Amazonas	10	0	0	100
14 Roraima	5	0	0	100
15 Pará	18	0	0	100
16 Amapá	3	0	0	100
17 Tocantins	26	0	0	100
21 Maranhão	34	0	0	100
22 Piauí	61	0	0	100
23 Ceará	38	0	0	100
24 Rio Grande do Norte	40	2	5	95
25 Paraíba	56	0	0	100
26 Pernambuco	28	0	0	100
27 Alagoas	27	0	0	100
28 Sergipe	18	1	5,6	94
29 Bahia	113	1	0,9	99,1
31 Minas Gerais	220	3	1,4	98,6
32 Espírito Santo	12	2	16,7	83,3
33 Rio de Janeiro	13	2	15,4	84,6
35 São Paulo	73	10	13,7	86,3
41 Paraná	80	3	3,8	96,3
42 Santa Catarina	65	1	1,5	98,5
43 Rio Grande do Sul	48	2	4,2	95,8
50 Mato Grosso do Sul	22	1	4,5	95,5
51 Mato Grosso	24	0	0	100
52 Goiás	41	0	0	100
Total	1084	28	2,6	97,4

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

ANEXO C. NASF 3 – NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA – MODALIDADE 3

CNES - Equipes de Saúde - Brasil				
Quantidade por Unidade da Federação e Tipo da Equipe				
Tipo da Equipe: 45 NASF3 - NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF MODALIDADE 3				
Período: Nov/2019 e Dez/2020				
Unidade da Federação	NASF 2019	NASF 2020	Equipes Remanescentes (%)	Perdas (%)
11 Rondônia	2	0	0	100
12 Acre	3	0	0	100
13 Amazonas	2	0	0	100
14 Roraima	2	0	0	100
15 Pará	5	0	0	100
16 Amapá	3	0	0	100
17 Tocantins	89	0	0	100
21 Maranhão	9	0	0	100
22 Piauí	95	0	0	100
23 Ceará	2	0	0	100
24 Rio Grande do Norte	55	1	1,8	98,2
25 Paraíba	79	0	0	100
26 Pernambuco	5	1	20	80
27 Alagoas	12	0	0	100
28 Sergipe	12	0	0	100
29 Bahia	12	0	0	100
31 Minas Gerais	257	4	1,5	98,5
32 Espírito Santo	1	0	0	100
35 São Paulo	137	6	4,3	95,7
41 Paraná	103	3	2,9	97,1
42 Santa Catarina	122	6	4,9	95,1
43 Rio Grande do Sul	110	0	0	100
50 Mato Grosso do Sul	15	1	6,7	93,3
51 Mato Grosso	42	0	0	100
52 Goiás	110	1	0,9	99,1
Total	1284	23	1,8	98,2

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13															
Problemas Causados/evitados*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>																											
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>																											
		Dengue	<input type="checkbox"/>																											
		DST	<input type="checkbox"/>																											
	Inatenua- mento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>																											
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>																											
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>																											
	Outros	CIAP-2																												
		CIAP-3																												
		CD-10																												
CD-10																														
Exames solicitados (S)e evitados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/ECU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Electroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antígeno humano (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do orelhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (colarço do SIC/FAU)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ficou em Observação?		Sim	Não																										
	Nas/Polo	Avaliação/Diagnóstica	<input type="checkbox"/>																											
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>																											
Prescrição terapêutica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condições/evitar*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>																											
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>																											
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>																											
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>																											
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>																											
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento interestorital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopática/Convencional, deixar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. ADI: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou diátese perianal.

* Campo obrigatório

ANEXO E – FICHA ATIVIDADE COLETIVA

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Doenças transmissíveis*	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIAP-2														
	CIAP-3														
Doenças aplicadas (D) e avaliadas (A)	Colesterol total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	EAS/ECU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Electroforese de hemoglobina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Espirometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame de escarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hemoglobina glicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hemograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retinografia/Função de olho com oftalmologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sorologia para dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sorologia para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Teste indireto de antioglobulina humana (TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Teste de gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ultrassonografia obstétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Urocultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	<input type="checkbox"/>												
		Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>												
		Teste do pezinho	<input type="checkbox"/>												
	Outros exames (colarigo do SUS/AN)		<input type="checkbox"/>												
			<input type="checkbox"/>												
			<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ficou em Observação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nasf/Bofo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convalescência*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>												
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>												
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>												
Encaminhamento p/ internação hospitalar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ urgência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento interestorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante
 03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde
 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopata/Convencional, deixar este campo em branco)
 Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, AD: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou diálise peritoneal.
 * Campo obrigatório