

# Como endereçar os gargalos na implementação das Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

## Primeiro Olhar

A cada 4 óbitos que ocorrem no Brasil, 3 são causados por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nos municípios brasileiros, as Linhas de Cuidado para o manejo das DCNT ainda pertencem ao mundo da ficção. Para efetivar o cuidado a estas doenças, os gestores municipais precisam reduzir gargalos de acesso à Atenção Primária, ampliar o cadastro e o acompanhamento dos portadores destas condições, além de garantir uma maior adesão aos tratamentos. Experiências locais de cidades de diferentes portes e regiões do país mostram que é possível melhorar o manejo destas doenças, tornando os sistemas de saúde mais resolutivos e fazendo os brasileiros e brasileiras viverem mais e melhor.

## 1. Entendendo o problema

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por 3 de cada 4 mortes de brasileiros e brasileiras, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>. O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de fatores de risco comportamentais — como inatividade física e alimentação inadequada —, tende a elevar, nos próximos anos, a incidência de DCNT na população brasileira, pressionando a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma pesquisa desenvolvida pelo IEPS em parceria com a Umame ([Panorama IEPS n. 2](#)) mostrou que **as Linhas de Cuidado (LC) para DCNT** — conjunto de fluxos assistenciais que manejam as múltiplas necessidades dos portadores destas doenças — **não estão plenamente implementadas nos municípios brasileiros**. As Linhas de Cuidado devem atender às diversas demandas dos usuários, em diferentes níveis de complexidade, garantindo a promoção e a restauração da saúde.

1- OMS, 2016

Esse documento aponta caminhos para melhorar a implementação das LC nos municípios brasileiros, possibilitando que gestoras e gestores públicos avancem na melhoria da assistência aos usuários portadores de DCNT.

*Os municípios brasileiros não têm Linhas de Cuidado 100% implementadas*

## 2. O que dizem as nossas análises?

O estudo base acima citado indica sete causas que dificultam a implementação das Linhas de Cuidado para DCNT no Brasil:

- 1. Existem gargalos de acesso que impedem o rastreamento e tratamento de DCNT.** Isso ocorre porque ainda temos áreas de vazios sanitários e há barreiras de acesso em serviços já existentes — o principal parece ser o horário de funcionamento<sup>2</sup>.
- 2. Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS.** Além disso, as competências, práticas e modelos de transmissão de conhecimento precisam de aprimoramento para se alinharem aos princípios da APS e do SUS<sup>3</sup>. Uma APS com profissionais qualificados é capaz de reduzir a mortalidade por diabetes<sup>4</sup>.
- 3. As Linhas de Cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado** porque os serviços não trabalham integrados. É preciso focar não apenas no compartilhamento de informações, mas também em como melhorar a integração dos serviços<sup>5</sup>.
- 4. A maioria dos portadores de DCNT não estão sendo acompanhados,** em especial quando falamos das DCNT. Isso se comprova quando observamos que somente 4% dos hipertensos têm sua pressão aferida a cada semestre e apenas 10% dos diabéticos recebem solicitação de exames de hemoglobina glicada, como apontam os Dados do Painel de Indicadores da APS.
- 5. Parte considerável dos usuários que sofrem de doenças crônicas não está cadastrada,** o que significa que seus dados pessoais e histórico médico não existem no serviço de saúde. Enquanto temos cerca de 87 milhões de usuários cadastros, o ideal é que esse número atingisse 150 milhões no nosso sistema de saúde, segundo estimativa da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde.
- 6. A lentidão do processo de informatização da Atenção Primária no Brasil ainda é uma barreira para a eficiente implementação das Linhas de Cuidado de DCNT.** De acordo com Dados do Painel de Indicadores da APS, 24% das Unidades Básicas de Saúde não têm prontuário eletrônico implementado. Nos municípios, 11% não fazem uso de prontuários eletrônicos<sup>6</sup>.
- 7. A adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT é baixa.** Enquanto apenas metade dos usuários aderem ao tratamento de DCNT nos países desenvolvidos, em países em desenvolvimento, como o Brasil, espera-se que esse percentual seja ainda pior.

2- Oliveira et al., 2019.

3- Silva et al., 2021; Recine et al., 2014.

4- Mrejen et al., 2021.

5- Bousquat et al., 2017.

6- Mendes, 2011.

### 3. IEPS olhou e recomenda

Existem saídas viáveis para que as Linhas de Cuidado sejam efetivamente implementadas nos municípios brasileiros. Cuidar bem de usuários e usuárias que sofrem de DCNT é, potencialmente, a forma mais efetiva de garantir a sustentabilidade do SUS. Abaixo, recomendamos sete caminhos para os desafios descritos para garantir acesso ao cuidado, melhorar a qualidade do mesmo e construir um conjunto de dados que melhore a tomada de decisão das gestões municipais.

#### **a) Reduzir gargalos de acesso que impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT**

A baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) em alguns locais faz com que uma parte importante da população brasileira não tenha acesso a serviços essenciais de saúde. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 40% dos domicílios não estão cadastrados na APS<sup>7</sup>. Há, portanto, população descoberta. Além disso, é preciso eliminar barreiras de acesso nos serviços já existentes.

Para ampliar a cobertura da Atenção Primária, alguns passos são cruciais:

- Mapear a mancha de cobertura de equipes da APS e identificar vazios sanitários;
- Identificar e hierarquizar vulnerabilidades, dando ênfase às áreas de maior vulnerabilidade;
- Planejar a expansão da APS (estimando necessidade de pessoal e equipamentos);
- Implantar uma estrutura física;
- Recrutar e selecionar os profissionais para integrarem as novas equipes.

Para além dos gargalos associados à cobertura, é preciso tornar os equipamentos existentes mais acessíveis. No SUS, dois gargalos importantes são os horários de atendimento das unidades de saúde, que em geral funcionam exclusivamente em horário comercial, quando a maior parte dos usuários do sistema estão trabalhando<sup>8</sup>, associada à reprodução de preconceitos e experiências negativas prévias nos serviços de saúde. Tomando como base esses exemplos, existem dois conjuntos distintos de ações possíveis:

- Buscar financiamento para extensão de horários de atendimento (via o programa Saúde na Hora, do governo Federal, por exemplo) e diversificar modelos de assistência (atendimento em horários estendidos e intervenções em vias públicas e demais pontos de circulação e socialização);
- Apostar no treinamento de profissionais, preferencialmente envolvendo também usuários, para redução de barreiras de acesso ligados a comportamentos dos membros das equipes.

7- Giovanella et al., 2020.

8- Oliveira et al., 2019.

### **Conheça uma aplicação na prática:**

*Doresópolis ampliou o horário de atendimento até as 21h e nos fins de semana.*

O município de Doresópolis, interior de Minas Gerais, estendeu o horário de atendimento em suas Unidades Básicas de Saúde até às 21h, na maioria dos dias da semana, como estratégia de ampliação de acesso aos serviços. Tanto equipes mínimas de Saúde da Família quanto profissionais do NASF-AB e a farmácia da unidade foram incluídos no novo esquema. A prefeitura, com isso, conseguiu aumentar o engajamento de diversos grupos da população. A ação também representou um aumento nas consultas em saúde bucal e engajamento com uma escola contemplada pelo PSE, que funcionava em horário noturno. Um outro ponto forte dessa iniciativa foi sua possibilidade de continuidade, de acordo com os gestores que a implementaram, por meio de incentivo do Programa Saúde na Hora, do Ministério da Saúde.

### **b) Garantir profissionais com treinamento apropriado e em número adequado para atuação multiprofissional nas Linhas de Cuidado**

Sabemos que um cuidado de qualidade às pessoas portadoras DCNT passa pela atuação de profissionais de diferentes áreas<sup>9</sup>. Apesar dos esforços das políticas federais voltadas para a formação profissional para o SUS, existem ainda muitos entraves para garantir que os profissionais que atuam na linha de frente estejam alinhados com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, há falta de profissionais em diversos municípios brasileiros, e os esquemas de transmissão de conhecimento sobre protocolos e guias clínicos ainda não estão plenamente adequados.

Para a solução desses desafios, recomenda-se:

- Atuar, junto a instituições de ensino e pesquisa, na criação de programas específicos para provisão de novos profissionais para esse nível de atenção. Por exemplo, residências multiprofissionais e de Medicina de Família e Comunidade;
- Elaborar um plano de valorização e carreira para os profissionais atuantes na APS, visando a fixação de equipes.

No que diz respeito aos modelos de treinamento e difusão do conhecimento, o fator mais importante é que o mero compartilhamento de informação não é suficiente para mudar a conduta dos profissionais. Portanto, é preciso:

- Garantir que se apliquem protocolos baseados na melhor evidência disponível;
- Ter materiais simples e de consulta rápida para que os profissionais usem;
- Apostar em metodologias mais ativas para apoio de construção e implementação de protocolos.

### **Conheça uma aplicação na prática:**

*O estado da Paraíba conseguiu melhorar a avaliação das Unidades de Saúde por meio de programas de integração ensino-serviço.*

Entre os anos de 2012 e 2017, as unidades de saúde mais bem avaliadas do Estado da Paraíba eram as que dispunham de integração ensino-serviço, em decorrência da inevitável qualificação dos cenários de prática dos cursos. Com o olhar voltado para essa qualificação, um curso de medicina do sertão paraibano criou uma residência com 36 vagas/ano confiando na premissa de que para ter um curso qualificado seria necessário qualificar a rede prestadora de serviços<sup>10</sup>.

### **c) Integrar melhor os níveis de atenção (APS, especialistas e cuidado de maior complexidade)**

Integrar serviços de saúde está entre um dos maiores desafios do SUS. No cuidado às pessoas com doenças crônicas, essa integração é absolutamente crucial para que haja bom uso de recursos e se consigam melhores resultados de saúde. A integração de serviços segue uma hierarquia, que pode variar entre uma relação inexistente ou muito frágil até a integração completa. Para avançar na hierarquia é importante compreender que qualquer ação para aumento de integração não pode estar restrita ao compartilhamento de informações (como nos processos de referência e contrarreferência). É preciso ir além.

Para garantir níveis de integração mais altos, indica-se:

- Garantir o compartilhamento de informações clínicas entre serviços em toda a rede;
- Realização de planejamento conjunto entre serviços envolvidos nas Linhas de Cuidado;
- Compartilhar recursos e metas entre serviços;
- Investir em posições de liderança para a integração — uma liderança que é responsável por monitorar e aprimorar os processos de integração, e que pressupõe algumas habilidades específicas.

Evidências<sup>11</sup> apontam alguns fatores são determinantes para o sucesso da empreitada de aumentar a integração na rede de atenção, sendo eles:

- Serem delineadas em função de condições ou necessidades específicas (por exemplo: uma intervenção pensada para uma doença crônica específica tem mais chance de dar certo do que algo amplo, que envolva todo o sistema de saúde local, regional ou nacionalmente);
- Serem realizadas etapas de preparação e engajamento de líderes, profissionais e usuários;
- Envolvimento de times multidisciplinares;

10- Barrêto et al., 2019.

11- Damery et al., 2016.

- Compartilhamento de informações — clínicas ou não — entre os serviços;
- Envolvimento de metas e incentivos compartilhados entre serviços, privilegiando resultados em saúde.

### **Conheça uma aplicação na prática:**

*Parauapebas, no Pará, melhorou fluxos assistenciais e reduziu encaminhamentos desnecessários ao proporcionar momentos de troca de experiências entre profissionais da rede.*

A prefeitura de Parauapebas-PA entendeu a experiência vivida dos profissionais e gestores de unidades de saúde como parte fundamental da melhoria da coordenação e integração do cuidado. No projeto denominado “Giro no SUS”, equipes transitavam entre equipamentos, conhecendo não apenas a rotina de trabalho de seus pares em outros níveis de atenção, mas entendendo, na prática, os fluxos assistenciais e o caminho dos usuários. A Secretaria de Saúde no município avaliou muito positivamente a intervenção, que não só melhorou a adequação e seguimento dos fluxos assistenciais, mas também teve o efeito de reduzir encaminhamentos desnecessários entre serviços<sup>12</sup>.

#### **d) Ampliar e melhorar o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas**

Uma vez que não se tem Linhas de Cuidado plenamente estruturadas, o acompanhamento de quem tem doenças crônicas fica comprometido. Acompanhar adequadamente esses usuários significa ter um calendário de ações de cuidado que contemple desde a promoção da saúde e a prevenção até a recuperação da saúde e limitação de danos (nesse caso, danos causados pela agudização dessas condições). Isso pressupõe organizar o trabalho de forma a seguir um plano de cuidado, garantindo aquilo que é preconizado em termos de números de consultas e realização de exames preventivos.

Para efetivar o acompanhamento e garantir que ele esteja de acordo com as diretrizes nacionais, cabe:

- Levantar lista de usuários diagnosticados com DCNT nos territórios;
- Verificar a rotina de consultas e exames destes, além de apontar aqueles que ainda não estão dentro do padrão de cuidado preconizado;
- Entrar em contato com usuários para agendar consultas e atividades de acompanhamento;
- Realizar busca ativa daqueles que forem difíceis de contactar ou que tenham faltas às atividades.

Algumas das ações de promoção e acompanhamento também podem ser realizadas em grupo, o que facilita o planejamento das equipes. Bons exemplos disso são grupos de promoção da saúde ou consultas coletivas para aferição de parâmetros clínicos relevantes como pressão arterial, glicemia capilar e inspeção dos pés.

### **Conheça uma aplicação na prática:**

*Em Guajeru, na Bahia, os indicadores de saúde de hipertensos e diabéticos melhoraram com estratégias diferenciadas de acompanhamento.*

O Projeto Vigilantes do Peso do município de Guajeru-BA quis reduzir os riscos de doenças cardiovasculares, a principal causa de óbito da cidade desde 2014. Para isso, a Secretaria Municipal de Saúde criou o projeto Vigilantes do Peso, com o intuito de diagnosticar precocemente e acompanhar os usuários com hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Foram realizadas atividades de orientação, atendimento individual, alongamento, atividades físicas, avaliação nutricional e antropométrica, verificação de pressão arterial e glicemia. Ao final da primeira etapa, os usuários hipertensos e diabéticos apresentaram controle da pressão arterial e da glicemia, melhoraram a adesão ao tratamento, reduziram as medidas antropométricas e melhoraram os hábitos de vida.

### **e) Ampliar os cadastros de usuários com DCNT**

Segundo estimativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, temos cerca de 85 milhões de cadastrados, enquanto o esperado seriam 150 milhões.

O cadastramento é uma função primordial da APS. A não realização dos cadastros dos usuários do território implica que estes não são rotineiramente acompanhados pelas equipes e, quando o são, são atendidos em condições de demandas mais urgentes, quando, em geral, houve um quadro de agudização que poderia ter sido evitado.

Para cadastrar adequadamente os usuários orienta-se seguir dois caminhos, que devem ser implementados de modo simultâneo: cadastrar por meio de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde às residências e ações de mobilização que ajudem as populações mais facilmente ignoradas a obterem acesso aos serviços. No primeiro caso, é necessário:

- Elaborar, junto aos ACS, um cronograma para realização de cadastros e recadastros no território, através de visitas;
- Monitorar a execução desse calendário;
- Identificar barreiras para realização de cadastros e formulação de planos de ação para mitigá-los.

No segundo, é recomendado:

- Planejar ações para mobilizar/buscar ativamente grupos populacionais invisibilizados nos serviços;
- Criar estratégias de busca ativa com apoio de lideranças comunitárias;
- Acompanhar o aumento de cadastros e cuidado ofertado aos novos usuários.

É fundamental reforçar que para que essas ações sejam realizadas, os municípios têm que priorizar a manutenção do número de ACS nas equipes, evitando sobrecarga e potencializando a atuação territorial das equipes.

### **Conheça uma aplicação na prática:**

*Crato, no Ceará, consegue engajar população e trazê-la para os serviços de saúde, aumentando o número de usuários cadastrados.*

Com intuito de qualificar e ampliar o acesso da população aos serviços da APS do Crato-CE, os profissionais de saúde definiram estratégias para trazer a população para os serviços de saúde. O trabalho foi feito com apoio de parceiros como lideranças comunitárias, associações, escolas e outros colaboradores. As equipes desenvolveram um planejamento estratégico situacional para potencializar os resultados de algumas ações prioritárias, como o cadastramento de usuários para implementar o e-SUS AB. O resultado dessas ações foi o aumento do número de pessoas cadastradas de 368 para 1.704, aumento de mulheres na busca de exames preventivos e procura expressiva de homens por consultas, exames e rodas de conversa.

## **f) Acelerar a informatização da Atenção Primária à Saúde**

Informatizar é uma forma de qualificar a gestão da saúde. A informatização permite compilar e analisar informações, o que pode não só agilizar, mas melhorar a tomada de decisão. No Brasil, persistem alguns gargalos de implementação relacionados aos equipamentos e infraestrutura de conectividade. Contudo, municípios podem aplicar para financiamento federal através do Programa Informatiza APS. Sendo assim, os passos a seguir são:

- Estudar o mapa de infraestrutura e hierarquizar as unidades que podem ou não imediatamente receber recursos de informatização;
- Aplicar para os programas de financiamento disponíveis;
- Planejar as compras de equipamentos;
- Estabelecer programas de treinamento para as equipes, de modo a garantir o preenchimento correto das ferramentas de gestão informatizadas e o uso das informações para tomada de decisão no nível local.



### **Conheça uma aplicação na prática:**

*Osório, no Rio Grande do Sul, reduziu custos e aumentou a eficiência dos serviços de saúde com a informatização.*

Um exemplo de implementação da informatização da APS pode ser visto na cidade de Osório-RS. Entre os benefícios, houve a integração entre as unidades da rede com os programas do Ministério da Saúde, aumento da qualidade e eficiência no serviço prestado à população, organização da logística do transporte sanitário, controle dos processos de vigilância sanitária, aumento da segurança das informações, uso de análise de dados para elaboração de relatórios estatísticos e redução em 20% dos custos com medicamentos com o controle do estoque. Além disso, observou-se maior agilidade nos atendimentos, agendamentos de consultas, exames e demais procedimentos. A informatização também permitiu a integração das informações da rede de unidades de saúde do município, bem como o acesso aos dados necessários para um acompanhamento através do Prontuário Eletrônico dos cidadãos. Esse prontuário abriga também informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde, que receberam tablets para inserção de informações online. Essas informações são enviadas, na sequência, para uma única base de dados. Dessa forma, os médicos podem visualizar todo o histórico do paciente e saber a condição geral de saúde do usuário, em especial aqueles com doenças crônicas. A comunicação com a população foi facilitada com o envio de mensagens para celular com 24 horas de antecedência para aviso de consultas, exames, vacinas e marcações, não sendo necessário o deslocamento até a Secretaria de Saúde.

### **g) Aumentar a adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT**

As doenças crônicas pressupõem tratamentos e acompanhamento de longo prazo. Por vezes, o tratamento exige mudança profunda de comportamento e impõe graus variados de efeitos colaterais. A falha de adesão ao tratamento configura, portanto, um grave problema a endereçar. Para superar esse desafio, é preciso:

- Diversificar estratégias de desenvolvimento de vínculo e garantia de acesso. Por exemplo, por meio de atividades coletivas e atuação em espaços de socialização dos usuários;
- Organização do trabalho da equipe com ênfase no protagonismo da enfermagem, que é capaz de melhorar adesão;
- Desenvolver habilidades de ciência comportamental nas equipes, qualificando a abordagem às mudanças de comportamento necessárias para o melhor controle das doenças.

### **Conheça uma aplicação na prática:**

*Uma UBS no município de Amélia Rodrigues-BA aumentou a adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes seguindo as recomendações das normativas vigentes.*

A equipe da UBS de São Bento, na zona rural de Amélia Rodrigues, diagnosticou que os usuários que sofrem com hipertensão e diabetes tinham baixa adesão ao tratamento medicamentoso para essas doenças. A equipe instituiu um questionário de avaliação da adesão e implementou ações para alterar esse indicador. Foram organizados momentos de sensibilização e treinamento dos profissionais, cadastramento de usuários em grupos de hiperdia (conforme as normativas recomendam) e atividades de educação em saúde, abordando hábitos saudáveis e também a importância do tratamento com medicamentos. A equipe conseguiu melhorar os indicadores de adesão, com níveis que chegaram a 98,2% entre os usuários participantes da pesquisa<sup>13</sup>.

## Olhar Atento

Este documento aponta que, para endereçar a não implementação adequada de linhas de cuidado para DCNT, gestoras e gestores públicos devem:

- Ampliar a sua cobertura de Atenção Primária e trabalhar para reduzir barreiras de acesso a serviços já existentes, com especial atenção para o horário de funcionamento.
- Instituir programas de treinamento em serviço para nível de graduação e pós-graduação, de modo a prover mais profissionais para esse nível de atenção e alinhar habilidades e competências às necessidades do SUS local.
- Integrar melhor os níveis de atenção, o que significa garantir o compartilhamento de fluxos e informações entre equipamentos da rede, mas não só. A criação de cargos de liderança de integração e a realização de planejamento conjunto, envolvendo metas e recursos compartilhados, são cruciais.
- Ampliar e melhorar o acompanhamento dos usuários que sofrem com DCNT, por meio da gestão de listas e busca ativa de usuários cujo acompanhamento esteja fora dos padrões recomendados.
- Cadastrar mais usuários, utilizando, para tal, estratégias de busca ativa, mobilização da comunidade, ações dentro e fora das unidades, além de busca ativa por visita domiciliar ou outro tipo de contato.
- Acelerar a informatização, aplicando para programas de financiamento federal e planejando cuidadosamente a compra de equipamentos.
- Trabalhar para aumentar a adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT, diversificando estratégias de vinculação e aproximação com os usuários, valorizando a função da Enfermagem no cuidado continuado e aplicando novos conhecimentos em ciência comportamental, que podem ser úteis no manejo de alguns casos.

---

## Ficha Técnica

### Estudo original

Panorama IEPS nº 2 - Linhas de Cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde ([disponível aqui](#)).

### Autores

Helyn Thami, Fernanda Leal e Arthur Aguillar.

### Edição e revisão

Arthur Aguillar, Fernanda Leal, Helena Ciorra, Helyn Thami, Ricardo Gandour e Valentina Ferrari.



## Referências

- Barreto, D. S. et al. 'Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica'. *Interface*, 23(suppl.1), 2019.
- Bousquat, A. et al. 'Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários'. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), p. 1141-1154, 2017.
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Catálogo mostra 'Brasil, aqui tem SUS'*, 2018. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/catalogo\\_mostra\\_brasil\\_aqui\\_tem\\_SUS\\_2017.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/catalogo_mostra_brasil_aqui_tem_SUS_2017.pdf).
- Damery, S. et al. 'Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews'. *British Medical Journal Open*, 6(11), p. e011952, 2016.
- Giovanella, L., Bousquat, E. M., Schenkman, S., Almeida, P. F., Sardinha, L. M. V, Vieira, M. L. F. P. 'Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019'. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl.1), 2020.
- Gomes, J. I. *Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA*. 68fs. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.
- Mendes E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Mrejen, M., Rocha, R., Millett, C., Hone, T. 'The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis'. *The Lancet Regional Health - Americas*, 100034, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100034>.
- Oliveira, R. A. D. de et al. 'Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde'. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00120718, 2019.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Integrated prevention of non-communicable diseases*. Executive Board, 113th Session. Dra global strategy on diet, physical activity and health. EB113/44. Add. 1, 2003. Disponível em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB113/eeb11344a1](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/eeb11344a1).
- Recine, E. et al. 'Saúde coletiva nos cursos de Nutrição: análise de projetos político-pedagógicos e planos de ensino'. *Revista de Nutrição*, 27(6), p. 747-760, 2014.
- Volponi, P. R. R. et al. 'Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde'. *Saúde debate*, 39(spe), p. 221-231, 2015.
- Wagner, E. H. 'The role of patient care teams in chronic disease management'. *British Medical Journal*, 320, p. 569-579, 2000.