

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instrutivo para profissionais e gestores



Brasília-DF
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde

ESTRATÉGIA DE SAÚDE CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instrutivo para profissionais e gestores



Brasília-DF
2022

2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças
Crônicas e Controle do Tabagismo
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Anexo, Ala B, 4º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <http://aps.saude.gov.br>

Supervisão-Geral:

Juliana Rezende Melo da Silva
Patrícia Lisbôa Izetti Ribeiro

Elaboração de texto:

Elivan Silva Souza
Glaciene Analha Leister
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito
Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Natacha de Oliveira Hoepfner
Patrícia Lisbôa Izetti Ribeiro
Thais Coutinho de Oliveira

Colaboração:

Carolina Leite Ossege
Ingridy Isabelle Maia de Souza
Luana Silva Pereira
Olivia Lucena de Medeiros
Renata Torres Sena Pita

Revisão técnica:

Graziela Tavares
Jaqueline Silva Misael
Juliana Michelotti Fleck

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Eireli

Normalização:

Valeria Gameleira da Mota – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde
Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores [recurso ele-
trônico]. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
50 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_cardiovascular_instrutivo_profissionais.pdf

ISBN 978-65-5993-145-3

1. Doença Cardiovascular. 2. Sistemas Públicos de saúde. 3. Políticas de saúde. I. Título.

CDU 616.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0378

Título para indexação:

Cardiovascular Health Strategy: instruction for professionals and managers of Primary Health Care

SUMÁRIO

- 4** Apresentação
- 5** 1 Cenário epidemiológico das doenças cardiovasculares no Brasil
- 9** 2 A Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde
- 20** 3 Publicações, projetos e iniciativas para apoiar a implementação das ações estratégicas às pessoas com doenças cardiovasculares na APS
- 27** 4 Incentivo de custeio para a ECV e monitoramento
- 36** 5 Considerações finais
- 38** Referências

APRESENTAÇÃO

Entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças cardiovasculares (DCV) assumem significativa magnitude no cenário epidemiológico, uma vez que estão entre as principais causas de morte, incapacidade e anos de vida perdidos, no contexto mundial e nacional.

Diante dos desafios para o controle das DCV no País e reconhecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como importante estratégia para as ações de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco, de diagnóstico precoce e de cuidado às pessoas com DCV, instituiu-se a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na Atenção Primária à Saúde, com objetivo de qualificar a atenção integral às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV, contribuindo para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução de complicações, internações e morbimortalidade, de modo a fortalecer a Rede de Atenção à Saúde e qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas.


Este material visa apresentar a ECV aos profissionais e gestores da APS, com o objetivo de consolidar orientações sobre publicações, projetos e iniciativas que possam apoiar a implementação das ações estratégicas nos territórios, além de abordar orientações quanto ao incentivo de custeio ao critério de monitoramento da respectiva estratégia.

Por fim, ressalta-se que a instituição da ECV é um convite de compromisso aos entes federativos, aos profissionais de saúde, da gestão e da assistência, à sociedade civil organizada e aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca por medidas que possam qualificar o controle desses agravos na APS e contribuir para a redução de seus impactos na saúde da população.



1

Cenário epidemiológico
das doenças
cardiovasculares no Brasil



As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), constituem o principal grupo de causa de morte no mundo, sendo responsáveis por cerca de 70% de todas as causas de morte e 85% das mortes prematuras em óbitos de indivíduos entre 30 e 70 anos (1, 2). Entre esses indivíduos, as doenças cardiovasculares (DCV) assumem significativa relevância, uma vez que configuram a principal causa de morte e estão entre as principais causas de incapacidade e anos de vida perdidos, tendo importante impacto social, econômico e na qualidade de vida da população (1-6).

De acordo com o *Global Burden of Disease* (GBD), publicado em 2020, o número de óbitos por doenças cardiovasculares, em 1990, aumentou de 12,1 milhões (Intervalo de Confiança (IC) 95%: 11,4-12,6 milhões) para 18,6 milhões, em 2019 (IC 95%: 17,1-19,7 milhões) e, nesse mesmo intervalo, a taxa de óbitos, por 100 mil, vem apresentando aumento considerável, passando de 225,58 (IC: 213,74-234,62) para 239,9 (220,74-254,88), em ambos os sexos e todas as faixas etárias, mundialmente. Ao se comparar o mesmo período, essa tendência de aumento também foi observada nos anos vividos de indivíduos com incapacidades, com a taxa de 331,49 (241,17-420,26) para 443,99 (IC: 321,73-563,85) por 100 mil (5, 6).

No Brasil, dados do GBD 2019 demonstram aumento na taxa de óbitos por DCV entre 1990 e 2019, passando de 181,22 (IC: 173,17-186,29) óbitos por 100 mil habitantes para 183,69 (166,98-192,82) por 100 mil, com valores consideravelmente maiores para a faixa etária acima de 50 anos. Quando avaliados os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life of Years* – DALYs), as DCV se mantêm como principal causa para todas as idades, com uma taxa de 4.089,91 (IC: 3.874,33-4.273,41 DALYs) por 100 mil em 2019. E quanto à taxa de anos vividos com incapacidade, é importante destacar o aumento significativo entre os anos de 1990 e 2019, passando de 248,56 (IC: 188,96-320) para 337,47 (IC: 245,91-440,46) por 100 mil habitantes (5).

Também no cenário nacional, dados do GBD 2017 apresentados em estudo publicado em 2020 apontam que, embora as taxas de mortalidade por DCV tenham diminuído nos últimos anos, o número total de mortes por DCV aumentou, provavelmente como resultado do crescimento e envelhecimento da população. No ano de 1990 foram registradas 266.958 (II 95%, 264.385-269.671) mortes por DCV e, em 2017, 388.268 (II 95%, 383.815-392.698) mortes. Já a taxa de mortalidade padronizada por idade por 100 mil habitantes foi de 341,8 (II 95%, 338,7-345,2) em 1990 e 178,0 (II 95%, 175,9-180) em 2017, diminuindo -47,9 (II 95%, -48,5 a -47,2) no período. Com relação à distribuição por sexo, embora as taxas de mortalidade padronizadas por idade fossem maiores entre homens em todo o período, a redução percentual foi similar para ambos os sexos, e a mortalidade proporcional por DCV foi maior nas mulheres, excedendo 30% em todo o período, enquanto para os homens permaneceu sempre ligeiramente superior a 25% (3). Em relação aos dados de diagnóstico médico autorreferido de doença cardíaca levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (7) em 2019, caracterizada pela resposta positiva à seguinte questão: “*Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais*

como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?”, também houve aumento do percentual de pacientes que referiram ter alguma doença do coração entre os relatos de doenças crônicas, de 3,80% (IC: 3,40%-4,10%) em 2013, para 5,30% (IC: 5,00%-5,60%) em 2019.

Diante desse cenário, cabe apontar que a hipertensão arterial sistêmica é um dos fatores de risco metabólicos que mais contribui para todas as causas de óbito e para a morbidade e mortalidade por DCV (1, 7-10). No Brasil, segundo dados do GBD 2019, a pressão arterial sistólica elevada foi responsável por 110,5 óbitos por 100 mil (IC 96,74-122,16) para ambos os sexos e todas as idades em 2019 (5). E, de acordo com a PNS 2019 (7), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial foi de 23,9% (IC: 23,4%-24,4%) em 2019, o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas.

Além da hipertensão, também se destaca como importante fator de risco metabólico para todas as causas de óbito a glicemia elevada, que foi responsável, em 2019, pela taxa de 80,4 óbitos por 100 mil (IC: 65,86-100,21) e o colesterol LDL alto, estimando-se associação com 45,87 óbitos, por 100 mil (IC: 36,02-58,22) (5). Segundo a PNS de 2019 (7), 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (em 2013, 6,2%), o equivalente a 12,3 milhões de pessoas.

Cabe destacar que são fatores de risco significativos para todas as causas de óbito: alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de álcool, excesso de peso (5, 11) e os determinantes sociais, fatores relacionados à situação econômica do indivíduo que influenciam nas condições de vida diárias e afetam adversamente a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares (12, 13).

No contexto da pandemia da covid-19, é importante salientar, ainda, que as DCV preexistentes e os fatores de risco cardiovasculares aumentam a vulnerabilidade à doença (14-16). No Brasil, dos 586.558 óbitos por covid-19 notificados até a Semana Epidemiológica 36, as comorbidades de cardiopatia e diabetes foram as condições mais frequentes, estando referidas em 143.691 e 102.507 óbitos, respectivamente, dos indivíduos com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por covid-19 (17).

A complexidade e a magnitude das DCV incidem sobre o Sistema Único de Saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que é responsável por um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. As ações da APS devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por equipe multiprofissional capacitada (18) e, apesar dos avanços da saúde alcançados nos últimos anos e da ampla lista de ações e serviços assistenciais e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS (19), ainda são muitos os desafios para o cuidado das pessoas com doenças cardiovasculares nesse nível de atenção.

Dados da PNS 2019 (7, 20), por exemplo, demonstraram que 6,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade responderam que nunca haviam realizado exame de sangue para medir a glicemia, sendo este percentual ainda maior na área rural (12,9%); 2% dessa população nunca tinham aferido a pressão arterial e 7,5% nunca realizaram exame de sangue para medir os níveis de colesterol, o que indica a falta de acesso desses indivíduos à educação em saúde e ao cuidado adequado. Estudo recentemente publicado, avaliando dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq), com um total de 29.778 equipes de saúde e 114.615 usuários, identificou que cerca de um terço das equipes das Unidades Básicas de Saúde apresentou organização adequada, enquanto menos de um quinto dos usuários referiu ter recebido uma atenção adequada. O estudo demonstra, ainda, que exames vêm sendo solicitados pela maioria das equipes, porém, aproximadamente seis a cada dez usuários realizaram exames de creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma nos últimos seis meses (21).

Levantamento realizado com dados de 2013 demonstrou que apenas 6,2% dos indivíduos com diabetes *mellitus* (DM) no País mantinham-se aderidos ao tratamento farmacológico, e 69,7% possuíam comorbidade descontrolada e/ou não tratada (22). Dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS), apenas 54,4% apresentavam condição controlada e, ao se avaliar a evolução no período entre 1980 e 2008, observou-se aumento de 162% no número de pessoas com HAS descontrolada (23-25).

Diante dos desafios existentes e reconhecendo a importância da APS, inclusive no desempenho de sistemas de saúde, são necessárias ações estratégicas para qualificar o cuidado das pessoas com foco na prevenção e no controle das DCV na APS (26-31). Nesse sentido, um estudo identificou que municípios com melhor qualidade de atendimento apresentaram maior redução de hospitalizações por causas sensíveis à APS (30).

Outro estudo, avaliando 1.622 municípios, associou a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família à redução de morbidade e mortalidade por doença cardiovascular: observou-se menores taxas de mortalidade em municípios com maior cobertura (acima de 70%), alcançando a redução máxima de 31% para doenças cerebrovasculares e 36% para doenças isquêmicas e outras formas de doença cardíaca (31).

Diante desse cenário e considerando a possibilidade de intervenções efetivas de baixo custo na APS (26, 32-40), incluindo, por exemplo, ações multicomponentes, estratégias de suporte à decisão, capacitação e atividades de educação em saúde (41), conclui-se que é necessário qualificar ainda mais esse nível de atenção para melhorias nas ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, com intuito, sobretudo, de promover controle da morbimortalidade das DCV e melhores condições de saúde para a população assistida.



2

A Estratégia de Saúde
Cardiovascular na Atenção
Primária à Saúde

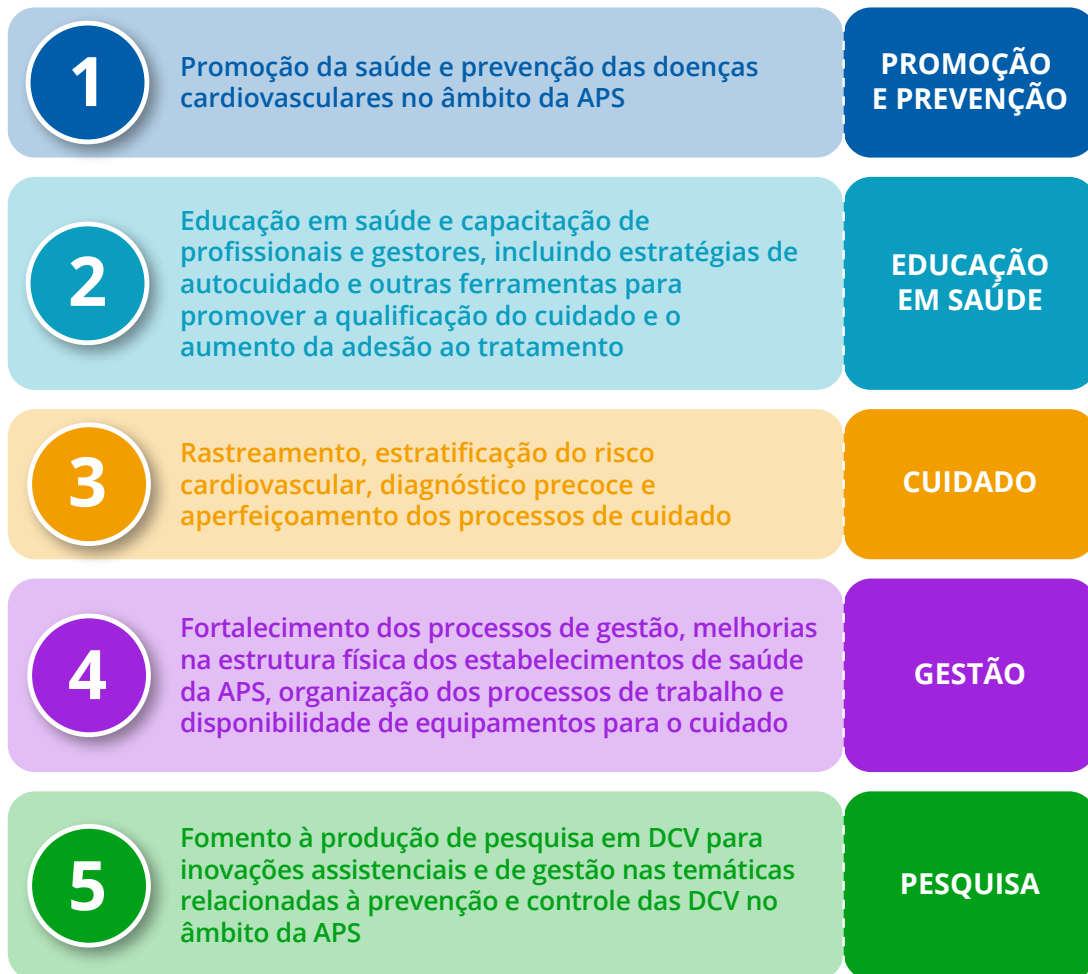


Ao considerar o cenário das DCV no País e ao reconhecer a APS como primeiro ponto de contato do usuário com o Sistema Único de Saúde e com potencialidade para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado a esses indivíduos (26, 33-35, 37), a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) para a Atenção Primária foi formulada para atender os seguintes objetivos:

- Qualificar a atenção integral para prevenção e controle das doenças cardiovasculares na APS.
- Dar suporte ao desenvolvimento de ações para prevenção e controle das doenças cardiovasculares no âmbito da APS, com ênfase às condições consideradas fatores de risco, como HAS e DM.
- Promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução nas taxas de complicações, internações e morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Assim, por meio da [Portaria GM/MS n.º 3.008, de 4 de novembro de 2021, publicado 5 de novembro de 2021, no Diário Oficial, Edição 208, seção 01, página 65 a 66 \(42\)](#), instituiu-se os seguintes eixos de ações estratégicas a serem incentivadas nos municípios e no Distrito Federal, com apoio dos entes estaduais e federal:

Figura 1 – Eixos de Ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS¹.

Sabe-se que existem diferentes ações, modelos e experiências para prevenção e controle das doenças cardiovasculares já implementadas no País. Dessa forma, a ECV não visa à implementação de um único modelo de organização do cuidado a ser adotado pelos municípios e não se institui de forma excludente, mas busca agregar diferentes ferramentas que possam fortalecer a Rede de Atenção à Saúde frente às DCV e qualificar o cuidado ofertado na APS.

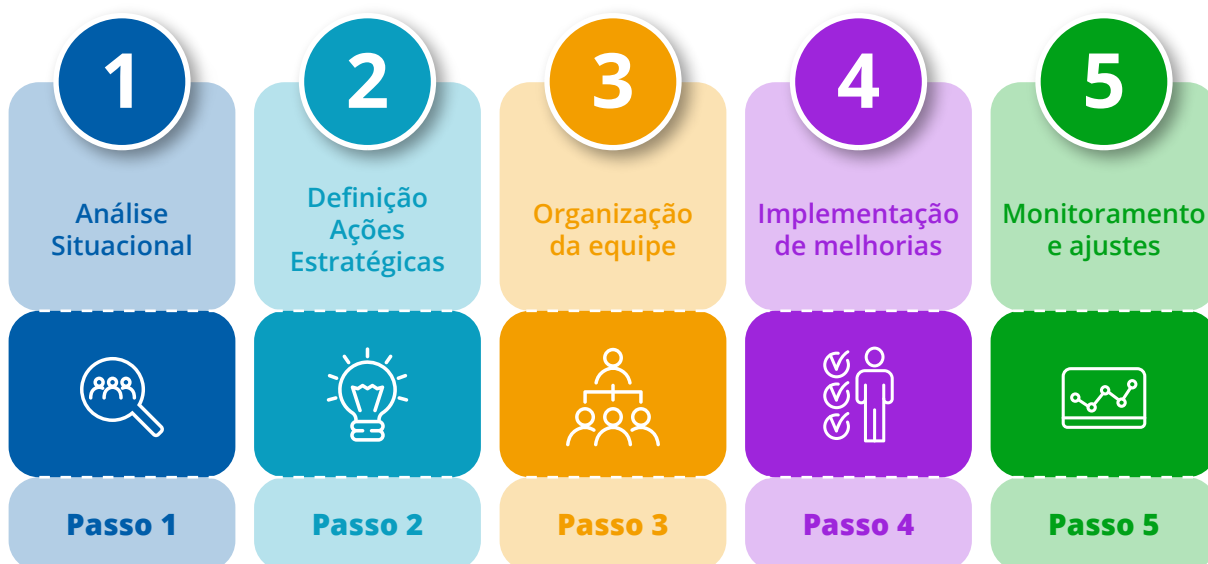
Com o intuito de integrar ações multicomponentes, que possam se estender à qualificação da gestão, do cuidado, da disponibilidade de equipamento e de infraestrutura, o termo Estratégia de Saúde Cardiovascular reúne ampla diversidade de publicações, orientações

¹ A CGCTAB é uma coordenação que compõe o Departamento de Promoção da Saúde (Depros) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) dentro do Ministério da Saúde (MS).

normativas, projetos e iniciativas que, na perspectiva da gestão federal, serão apresentadas e poderão nortear a implementação das ações estratégicas nos territórios, com apoio direto ou indireto das gestões estaduais.

Primeiramente, para orientar o processo de implementação das ações estratégicas, sugere-se alguns passos importantes a serem observados, que podem ser adaptados conforme a realidade local, considerando a escolha das ferramentas e das iniciativas que melhor se adequem ao município. Cabe considerar que os passos sugeridos podem ocorrer de forma simultânea, apresentados a seguir sequencialmente apenas para facilitar a compreensão do leitor.

Figura 2 – Passos para apoio à implementação das Ações Estratégicas da ECV



Fonte: Elaboração da própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

No **Passo 1**, destaca-se a importância da análise situacional do município e/ou de região de saúde, que deve ser realizada por meio do levantamento de dados epidemiológicos ou de informações que as equipes de saúde utilizam em sua rotina para o mapeamento das necessidades de saúde da população (43, 44). Para tanto, sugere-se a realização de pesquisa em meios eletrônicos, tais como: Sistemas de Informação em Saúde disponibilizados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) (<https://datasus.saude.gov.br/>); Sistema de Informação sobre Mortalidade (<http://sim.saude.gov.br/default.asp>); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (<http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>); Sistema de Informação Hospitalar (<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>), bem como outras fontes que possam auxiliar na busca por dados epidemiológicos do território.

Sugere-se, ainda, o Painel de Indicadores de Saúde, que considera os dados das Pesquisas Nacionais de Saúde (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>).

Após o levantamento e a organização dos dados, é importante que a equipe de gestão, em conjunto com demais profissionais envolvidos na organização do cuidado, realize o mapeamento dos serviços de saúde disponíveis na região, desde a Atenção Primária à Saúde, até a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, incluindo, ainda, as instituições do sistema logístico e de apoio. A consolidação e a análise desses dados auxiliam inclusive na avaliação dos fluxos assistenciais já estabelecidos e orientam a qualificação de linhas de cuidado que visem definir o percurso assistencial ideal das pessoas com doenças cardiovasculares nos diferentes níveis de atenção.

Nesse sentido, sugerimos a consulta da [Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo IV, Capítulo I – Das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas \(45\)](#) e as plataformas navegáveis de linhas de cuidado citadas na seção 3, que orientam, respectivamente, a organização de fluxos assistenciais e o manejo das condições de saúde às pessoas com doenças crônicas.

No diagnóstico situacional, recomenda-se, ainda, avaliar a disponibilidade de equipamentos e verificar a necessidade de melhorias de infraestrutura para o cuidado das pessoas com doenças cardiovasculares. Para tanto, é importante atentar-se às recomendações para a oferta de equipamentos adequados, podendo ser citadas, entre elas, as seguintes:

Quadro 1 – Orientações e publicações sobre a oferta de equipamentos às pessoas com condições consideradas fatores de risco para as DCV na APS

Orientações relacionadas à oferta de equipamentos às pessoas com doenças cardiovasculares e fatores de risco na APS.

Portaria n.º 46, de 22 de janeiro de 2016, publicada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade E Tecnologia (Inmetro), que aprova Regulamento Técnico Metrológico (RTM) que estabelece os requisitos aplicáveis aos esfigmomanômetros de medição não invasiva, destinados a medir a pressão arterial humana (<http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC002373.pdf>) (46).

Portaria n.º 505, de 26 de outubro de 2018, publicada pelo Inmetro, que atualiza a Portaria Inmetro n.º 046, de 22 de janeiro de 2016, que aprova o Regulamento Técnico Metrológico (RTM) para esfigmomanômetros de medição não invasiva, destinados a medir a pressão arterial humana (<http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC002538.pdf>) (47).

Portaria n.º 384, de 18 de dezembro de 2020, publicada pelo Inmetro, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Equipamentos sob Regime de Regime de Vigilância Sanitária (<http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC002684.pdf>) (48).

Portaria n.º 341, de 9 de agosto de 2021, que aprova o Regulamento Técnico Metrológico consolidado para esfigmomanômetros de medição não invasiva (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-341-de-9-de-agosto-de-2021-337541392>) (49).

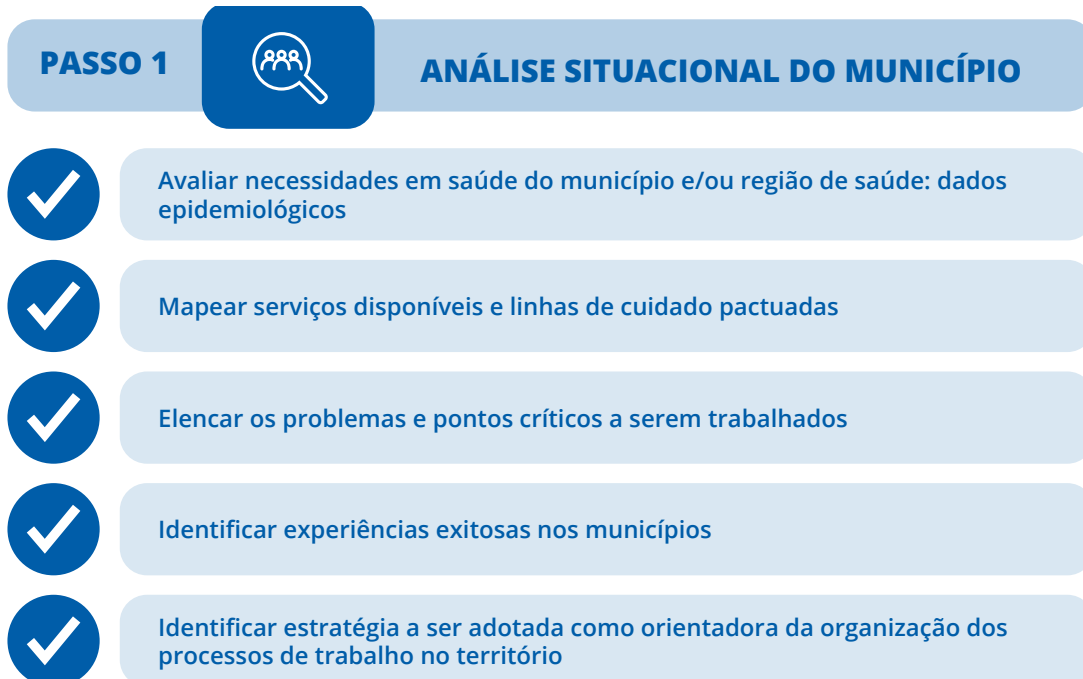
Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete, orientações da OMS quanto aos dispositivos de aferição da pressão arterial, incluindo características, requisitos regulatórios e padrões internacionais de qualidade e manutenção. Ainda apresenta orientações quanto aos elementos precisos da medida de PA e capacitação da equipe (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53145>) (50).

Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual Equipamentos_2012_1201.pdf) (51).

Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

Dada a consolidação e a análise das informações, para apoiar a implementação da ECV no município, sugere-se a elaboração de um plano de ação, com objetivo de definir os pontos críticos a serem trabalhados e as iniciativas que poderão auxiliar na organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas. Nesse sentido, sugere-se considerar as experiências exitosas já implementadas no município ou na região de saúde e avaliar as orientações do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (52) e também da Iniciativa HEARTS, que será apresentada sucintamente na seção 3 (53).

Em resumo, a figura a seguir ilustra as principais orientações para a realização da análise situacional no município.

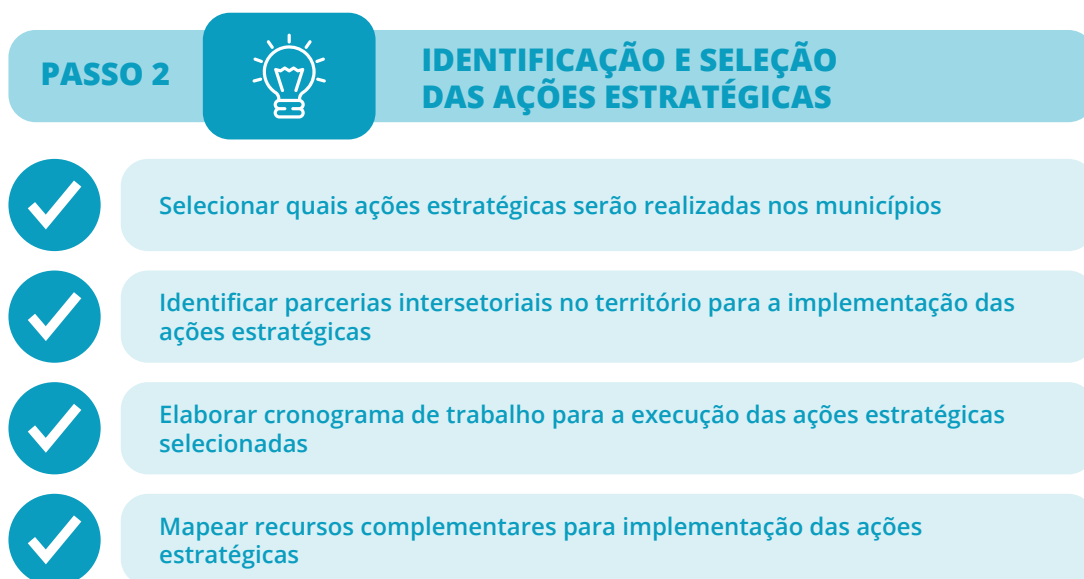
Figura 3 – Passo 1 para apoio à implementação da ECV

Fonte: elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

A partir da análise situacional já realizada, no **Passo 2** – Definição de Ações Estratégicas, recomenda-se selecionar quais das ações propostas pela ECV serão implementadas. Apesar da importância de todos os eixos, a gestão municipal deverá avaliar suas necessidades e priorizar as ações mais adequadas ao seu território, buscando fortalecer a promoção da saúde, a prevenção e o controle das doenças cardiovasculares.

Para implementação das ações estratégicas, é importante construir um cronograma de trabalho, com definição das atividades a serem trabalhadas no território, dos responsáveis envolvidos para a implementação das ações escolhidas e dos recursos necessários para sua execução. A depender da complexidade da ação estratégica selecionada, sugere-se avaliar a possibilidade de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento das metas planejadas. Cabe citar também a importância das articulações interfederativas e do apoio das Comissões Intergestores na pactuação das ações, na organização e no funcionamento dos serviços de saúde que integram as Redes de Atenção à Saúde. Além disso, destaca-se o papel dessas comissões no fortalecimento dos sistemas de governança e na gestão solidária entre os entes para enfrentamento dos desafios nas regiões de saúde (54-56).

A figura a seguir ilustra as principais orientações para a definição das ações estratégicas.

Figura 4 – Passo 2 para apoio à implementação da ECV

Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

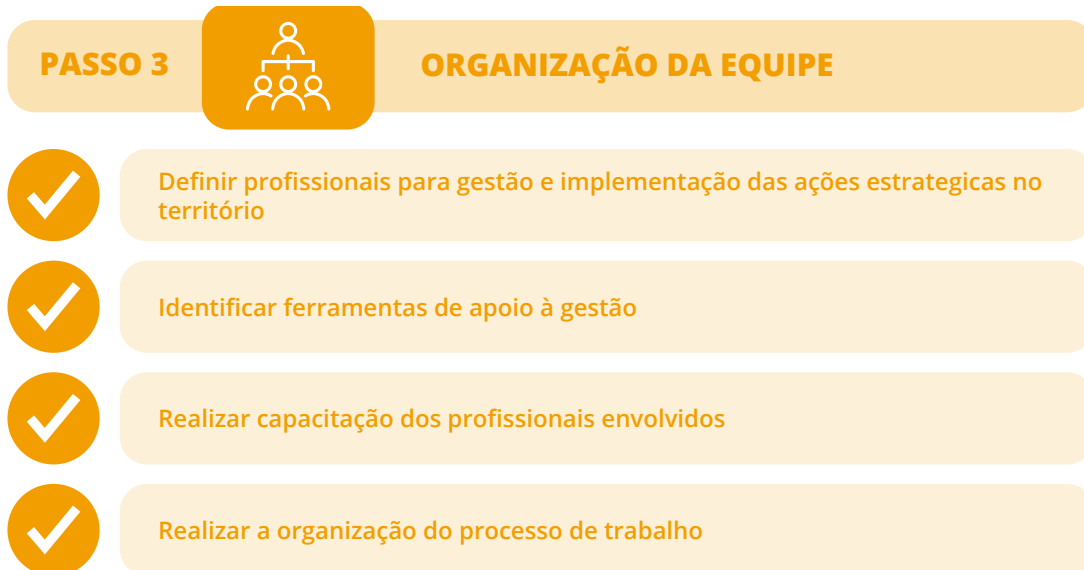
Já no **Passo 3** – Organização da Equipe, deverá ser definido quais profissionais estarão envolvidos na gestão e na implementação dessas ações no território. Diante das constantes atualizações nas publicações e nas diretrizes de prevenção e cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares, torna-se essencial capacitar os profissionais envolvidos, uma vez comprovada a associação entre capacitações de profissionais com a redução na incidência de eventos cardiovasculares (57-59).

Para tanto, recomenda-se a avaliação de ferramentas disponíveis que possam auxiliar nos processos de capacitação, tais como o apoio da equipe por processos de matriciamento, a disponibilidade de teleconsultorias e os cursos de capacitação à distância, por exemplo, os cursos disponíveis na plataforma Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – Una-SUS (<https://www.unasus.gov.br/>), no Ambiente Virtual de Aprendizagem UNIVERSUS (<https://universusbrasil.saude.gov.br/>).

Sugere-se, ainda, a avaliação dos processos de trabalho das equipes para viabilizar a implementação das ações estratégicas selecionadas no Passo 2. A organização do processo de trabalho é fundamental para o alcance dos resultados planejados, uma vez que a essência do cuidado ocorre nas práticas profissionais que, apesar de se configurarem como relações complexas, por sua vez, possuem potencialidade para o acolhimento e para a produção subjetiva de cuidado que atenda às diversas necessidades de saúde (60-63).

A figura a seguir ilustra as principais orientações para a organização da equipe.

Figura 5 – Passo 3 para apoio à implementação da ECV



Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

De forma complementar aos demais passos elencados anteriormente, recomenda-se o **Passo 4** – implementação de melhorias, o qual tem como objetivo propor o aperfeiçoamento das etapas anteriores para fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares. Assim, uma vez que os passos anteriores indicavam a necessidade de análise situacional, de planejamento e definição das ações estratégicas, de capacitação das equipes e organização dos seus processos de trabalho, neste Passo 4 sugere-se, finalmente, a execução da ação estratégica selecionada, sendo apresentado resumidamente a seguir.

Figura 6 – Passo 4 para apoio à implementação da ECV

Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

Por fim, recomenda-se o **Passo 5** – monitoramento e avaliação, que não se limita ao final da implementação, mas deve ser realizado de forma simultânea aos passos anteriores, considerando que a avaliação da política pública deve começar na fase de planejamento, a fim de verificar, fundamentalmente, se as ações elegidas respondem a um problema bem delimitado (64, 65).

Nesse sentido, orienta-se fortalecer os sistemas de monitoramento e avaliação, para análise do cuidado das pessoas com doenças cardiovasculares e para ajustes de melhoria no processo de implementação das demais ações estratégicas, incluindo indicadores de processo e de resultados (66).

Na APS, a ferramenta fundamental é o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)ⁱⁱ (67) (<https://sisab.saude.gov.br/>), que possibilita obter dados da situação de saúde da população por estado, município, região de saúde e equipe. Além de facilitar a visualização da informação para monitoramento, avaliação e gestão das ações em saúde na APS, também auxilia os gestores no direcionamento do financiamento e na adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica.

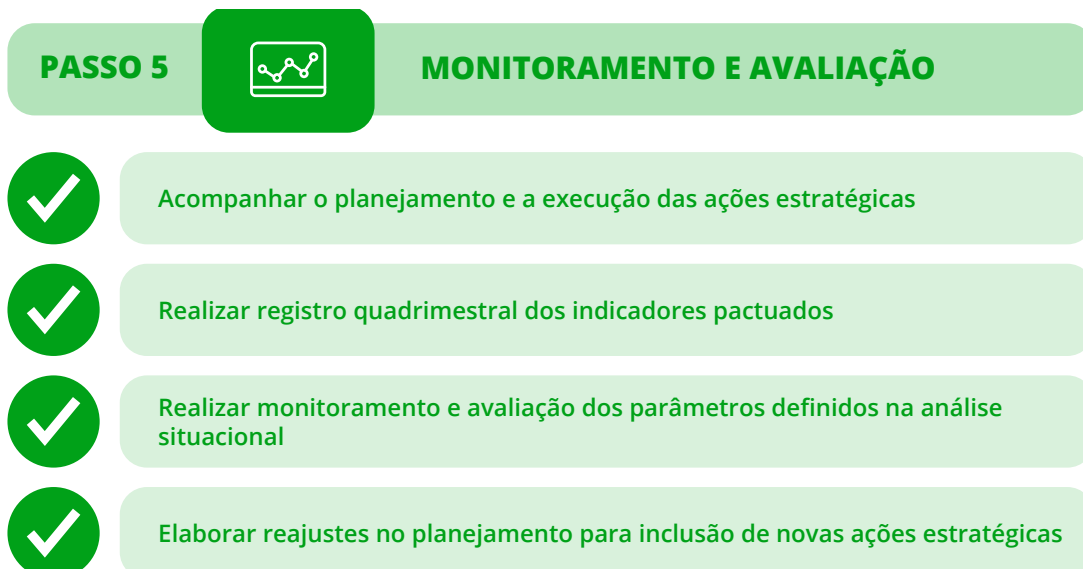
É importante citar a Estratégia e-SUS APS, que reestrutura as informações da APS em nível nacional, sendo composta por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados

ⁱⁱ Os dados do Sisab podem ser acessados de maneira on-line por qualquer cidadão. Informações mais detalhadas podem ser obtidas pelos gestores da esfera municipal, estadual e federal por meio do acesso restrito, mediante cadastro.

que migram no Sisab, como a Coleta de Dados Simplificado (CDS); o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e os aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e Atividade Coletiva. Cabe reforçar que os sistemas da Estratégia e-SUS APS visam qualificar o processo de trabalho da APS para a gestão do cuidado em saúde, sendo recomendado a todos os profissionais das equipes e unidades de APS, Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde (67).

Por fim, ao realizar o monitoramento e a avaliação do processo de implementação das ações estratégicas, é possível realizar o planejamento de novas melhorias ou ampliação das ofertas iniciadas, como ilustrado na figura a seguir.

Figura 7 – Passo 5 para apoio à implementação da ECV




Fonte: elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

Os passos apresentados buscam auxiliar gestores e profissionais no planejamento e desenvolvimento das ações estratégicas da ECV, no entanto, não esgotam as atividades e orientações necessárias ao bom andamento do processo de implementação, monitoramento e avaliação. Dessa forma, além das orientações já apresentadas, com o intuito de facilitar o acesso a materiais que subsidiem e apoiem a implementação das ações estratégicas da ECV, a seguir estão listadas as principais normativas e publicações do Ministério da Saúde, com a indicação do ano de publicação, para orientar as ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV.



3

Publicações, projetos e iniciativas para apoiar a implementação das ações estratégicas às pessoas com doenças cardiovasculares na APS



As publicações, as orientações normativas, os projetos e as iniciativas descritos a seguir consolidam-se em um arcabouço de ofertas da gestão federal que podem subsidiar e apoiar a implementação das ações estratégicas nos diferentes municípios e realidades do País. Cabe destacar que possivelmente um mesmo projeto ou iniciativa estará relacionado transversalmente a mais de uma ação estratégica.

Principais publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares na APS

O Quadro 2 consolida as principais orientações que podem subsidiar processos de educação permanente, a elaboração de protocolos locais e a organização da rede de atenção à saúde no território, não esgotando todas as publicações e normativas do Ministério da Saúde.

Quadro 2 – Publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares na APS: normativas (parte 1)

Publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares na APS – parte 1: normativas		
Título	A que se propõe	Link
Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII – Política Nacional da Atenção Básica (18).	Estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS).	Acesse aqui Publicação de 2017
Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo I – Política Nacional de Promoção da Saúde (68).	Define conceito, referencial teórico, princípios e diretrizes de promoção da saúde nas RAS, pontua objetivos, eixos operacionais e competências entre os entes federativos.	Acesse aqui Publicação de 2017
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (69).	Apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DCNT no Brasil e para a promoção da saúde da população.	Acesse aqui Publicação de 2021
Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo IV – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo I – Das Redes de Atenção à Saúde. Anexo I – Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (45).	Define a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.	Acesse aqui Publicação de 2017

continua

conclusão

Publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares na APS – parte 1: normativas		
Título	A que se propõe	Link
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo III (70).	Apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição.	Acesse aqui Publicação de 2017
Portaria de Consolidação n.º 3, Anexo IV – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II – Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (71).	Redefine diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade em linha de cuidado nos diferentes pontos de atenção da RAS.	Acesse aqui Publicação de 2017

Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

Quadro 3 – Publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares na APS: publicações orientadoras (parte 2)

Publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares na APS – parte 2: publicações orientadoras		
Título	A que se propõe	Link
Manual – Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia (72).	Sintetiza orientações sobre a estratificação de risco, a frequência, a modalidade de atendimentos e o autocuidado às pessoas com doenças crônicas no contexto da pandemia.	Acesse aqui Publicação de 2020
Orientações de manejo em Linhas de cuidado (LC): <ul style="list-style-type: none"> ■ LC do adulto com hipertensão arterial sistêmica (73). ■ LC do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto (74). ■ LC Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 (primeira versão) (75). ■ LC do Infarto Agudo do Miocárdio. ■ Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas (76). 	De acordo com a temática, consolida orientações de promoção da saúde, prevenção e cuidado, considerando o itinerário do indivíduo nos diferentes níveis de atenção.	Acesse aqui: LC HAS Publicação LC HAS plataforma navegável LC AVC publicação LC AVC plataforma navegável LC DM Publicações de 2021 LC IAM Publicação de 2011

continua

conclusão

Publicações e normativas relacionadas às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares na APS – parte 2: publicações orientadoras		
Título	A que se propõe	Link
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas <ul style="list-style-type: none"> ■ PCDT Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 (77). ■ PCDT Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 (78). ■ PCDT Dislipidemias (79). ■ PCDT Tabagismo (80). ■ PCDT Sobrepeso e Obesidade (11). ■ PCDT Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo (81). ■ PCDT Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (82). ■ Diretrizes Brasileiras para Utilização de Stents em Pacientes com Doença Coronariana Estável (83). 	De acordo com a temática, os materiais estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.	Acesse aqui: <ul style="list-style-type: none"> PCDT DM 1 (2019) PCDT DM 2 (2020) PCDT Dislipidemia (2020) PCDT Tabagismo (2020) PCDT Sobrepeso e Obesidade (2020) PCDT Trombólise venosa (2012) PCDT Insuficiência Cardíaca (2020) Diretrizes Stents (2018)
Cadernos de Atenção Básica (CAB): <ul style="list-style-type: none"> ■ CAB 35 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica) (61). ■ CAB 36 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes <i>mellitus</i>) (84). ■ CAB 37 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica) (85). ■ CAB 38 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade) (86). ■ CAB 40 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista) (87). 	De acordo com cada temática, os CAB consolidam orientações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com doenças crônicas, a fim de auxiliar no processo de educação permanente dos profissionais de Saúde da APS e apoiar a construção de protocolos locais que organizem a atenção.	Acesse aqui: <ul style="list-style-type: none"> CAB 35 (2014) CAB 36 (2013) CAB 37 (2014) CAB 38 (2014) CAB 40 (2015)
Orientações de Alimentação e Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ■ Guia alimentar para população brasileira (88). ■ Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica (89). ■ Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (90). ■ Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no SUS (91). ■ Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde: caderno de atividades educativas (92). ■ Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS (92). 	De acordo com as especificidades dos materiais, são consolidadas orientações de vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição e, especificamente, para as condições de DCV, sobrepeso e obesidade.	Acesse aqui <ul style="list-style-type: none"> Guia Alimentar Manual (2014) Alimentação Cardioprotetora (2018) Manual atenção_ sobrepeso e obesidade no SUS (2021) Material teórico_ manejo da obesidade no SUS (2021) Instrutivo Obesidade: atividades educativas (2021) Instrutivo Abordagem Coletiva_ obesidade (2021)
Orientações para a prática de Atividades Físicas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Guia de Atividade Física para a População Brasileira (93). 	Consolida as primeiras recomendações e informações do Ministério da Saúde sobre atividade física para que a população tenha uma vida ativa, promovendo a saúde e a melhoria da qualidade de vida.	Acesse aqui <ul style="list-style-type: none"> Publicação de 2021

Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS.

Além das publicações descritas e ao considerar a proposta da ECV de agregar ações e iniciativas para qualificar o cuidado das pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares, atualmente a Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo (CGCTAB/Depros/Saps/MS) desenvolve diferentes projetos com parceiros institucionais variados a fim de ofertar materiais e ferramentas que possam subsidiar gestores e profissionais de saúde, a saber: elaboração de materiais, protocolos e diretrizes para o cuidado das pessoas com DCNT; oferta de capacitação aos profissionais da APS em temáticas relacionados às ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com DCNT; desenvolvimento de ferramentas digitais para o suporte ao atendimento de condições crônicas na APS no contexto da pandemia de covid-19; além de projetos direcionados a grupos de municípios, de acordo com parâmetros técnicos definidos pela equipe da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, como o projeto para fortalecer a gestão e a implementação de linhas de cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV e a capacitação e qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado nas equipes de saúde da APS. Cabe citar, ainda, o apoio a projetos de pesquisa e inovação tecnológica voltados às DCV e seus fatores de risco associados, com foco nas ações realizadas na APS/SUS, desenvolvido por meio das Chamadas CNPq/MS/Saps/Depros n.º 27 e 28/2020 e do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) de Prevenção do AVC e utilização do Riscômetro por ACS.

Entre os projetos e ações da área, destacam-se os listados a seguir:

- a) Projeto “Estratégias para suporte ao atendimento de condições crônicas na Atenção Primária no contexto da pandemia da covid-19”, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tem por objetivo desenvolver, validar e implementar ferramentas digitais na APS para o cuidado às pessoas com DCNT e para a capacitação continuada de equipes, incluindo ofertas nacionais, como a possibilidade de sistema de suporte à decisão aos profissionais de saúde em prontuário eletrônico; conteúdos educacionais em HAS e DM para profissionais, gestores e usuários; envio de mensagens de texto para fortalecer o autocuidado às pessoas com HAS e DM por meio do ConecteSUS e ofertas direcionadas, como a disponibilização de plataforma para tutoria, teleconsultoria e teleconsultas com especialistas para os casos selecionados pelas equipes da APS.
- b) Plataformas e publicações de Linhas de Cuidado (LC), desenvolvido em parceria com o Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde, com o objetivo de consolidar orientações aos profissionais e gestores de saúde sobre determinadas condições de saúde, considerando o itinerário do usuário entre as diferentes unidades de atenção à saúde, para a condução de possibilidades diagnósticas e terapêuticas nas redes de atenção à saúde. Essa oferta possui abrangência nacional e estão previstas 24 linhas a serem divulgadas por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde. Atualmente seis linhas estão publicadas, den-

tre elas, as LC do adulto com hipertensão arterial sistêmica; com diabetes *mellitus* tipo 2 e com acidente vascular cerebral (73-75) (<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas>).

- c) Projeto de Autocuidado em saúde, qualidade de vida e estilos de vida saudáveis para trabalhadores da saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde, com o objetivo disponibilizar estratégias de capacitação sobre autocuidado em saúde e a literacia para a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo publicações, curso autoinstrucional e materiais de comunicação de saúde direcionados à população. Parceria em desenvolvimento com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- d) Desenvolvimento de materiais para orientar o cuidado das pessoas com DM e HAS, como o *Manual de Boas Práticas para o Cuidado das Pessoas com Hipertensão e Diabetes* e as *Diretrizes para recomendações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica*. Os materiais citados estão em processo de elaboração e poderão auxiliar gestores e profissionais de saúde à época de sua publicação.
- e) Iniciativa HEARTS – Brasil, abordagem internacional adotada no país em 29 de março de 2021 e adaptada às singularidades e aos contextos de cada território, composta por um conjunto integrado de medidas técnicas para auxiliar profissionais e gestores no manejo das doenças cardiovasculares na APS. A iniciativa é sustentada em pilares como: definição de protocolos clínicos e medicamentosos (hipertensão e diabetes) e de material técnico de apoio à gestão; implementação de marcos regulatórios para parâmetros de equipamentos de mensuração da pressão arterial; capacitação por meio da adaptação dos cursos HEARTS para o português e para a realidade brasileira; padronização da informação e inovação no uso de dados; monitoramento e pesquisa avaliativa e inovação e organização dos processos de trabalho em equipe. A partir da implementação dessas propostas citadas, são disponibilizados materiais, denominados módulos, que sistematizam e consolidam resumidamente as principais orientações para o cuidado das pessoas com condições consideradas fatores de risco para as doenças cardiovasculares na APS, publicados em cadernos temáticos, de acordo com a sigla da iniciativa:
- **Hábitos saudáveis:** aconselhamento a pacientes sobre hábitos de vida (94).
 - **Evidências:** protocolos de tratamento baseados em evidências (95).
 - **Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais** (96).
 - **Risco cardiovascular:** informações para estratificação e o manejo do paciente conforme o risco cardiovascular (97).
 - **Trabalho em equipe:** orientações para o cuidado multidisciplinar (60).
 - **Sistemas para monitoramento:** orientações sobre formas de monitoramento, com indicadores e ferramentas de coleta de dados padronizados (66).

Além dos cadernos citados, ainda está disponível o *Guia de Implementação* (98) para orientar gestores e profissionais na operacionalização das ações nos municípios e o *Caderno de Diabetes* (99) direcionados para o cuidado de indivíduos com essa condição.

Por fim, ao considerar a possibilidade de diversas experiências já estabelecidas no País para o cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV, reforça-se que o município poderá escolher, entre as experiências já consolidadas, as que mais se adequarem à sua realidade, já que, sobretudo, a ECV visa incentivar o alcance das ações estratégicas e não definir especificamente a proposta de operacionalização.

Ainda, reconhecendo as limitações e a complexidade dos desafios relacionados ao cuidado das pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares, assume-se que serão necessários ainda mais esforços, ferramentas e incentivos para o alcance do controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, para a adesão ao tratamento e para a redução de complicações, internações e mortalidade por DCV. Nesse contexto, e com o intuito de apoiar a implantação da ECV nos territórios, será descentralizado incentivo de custeio, apresentado a seguir.



Incentivo de custeio para
a ECV e monitoramento

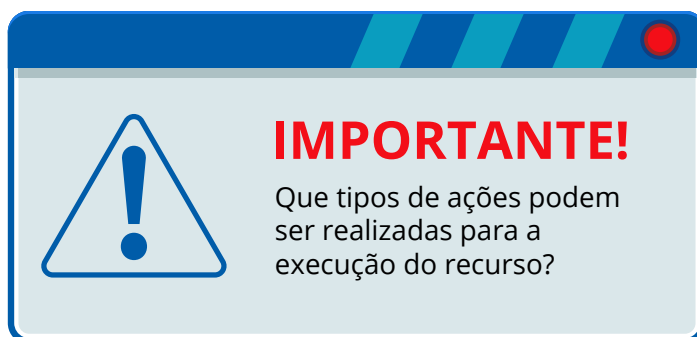
O incentivo financeiro busca apoiar a implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde por meio do fortalecimento de ações para as pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), com ênfase às condições de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM), no âmbito da APS.

Cabe destacar que o repasse financeiro instituído visa incentivar a implementação e/ou o aperfeiçoamento das ações de atenção às pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares na APS, em complementação ao recurso para custeio da APS pelo Programa Previne Brasil. Ressalta-se, ainda, que ao longo do tempo e conforme disponibilidade de recurso, poderão ser instituídos outros incentivos para qualificar o cuidado das pessoas com doenças cardiovasculares na APS.

Para o recurso atualmente instituído tornou-se necessário identificar critérios de elegibilidade para direcionar a seleção dos municípios contemplados. Assim, de forma tripartite, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems), foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade, conforme [Portaria GM/MS n.º 3.009, de 4 de novembro de 2021 \(100\)](#), que teve retificação em 12 de novembro de 2021, publicada na [Edição 213, seção 1, página 126 do Diário Oficial da União \(101\)](#), com lista de municípios contemplados atualizados na [Edição 213, seção 1, páginas 114 a 120 \(102\)](#):

- Possuir equipes de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) que alcançaram valores iguais ou maiores a 60% no indicador 6 (Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre) ou no indicador 7 (Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada) do Programa Previne Brasil no primeiro quadrimestre de 2021.
- Possuir equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), homologadas e válidas para o componente de desempenho, que tenham registrado suas produções no Sisab no primeiro quadrimestre de 2021.

Os municípios selecionados receberam o equivalente ao valor de R\$ 533,33 por eSF e eAP elegível, multiplicado por 12 meses, considerando o exercício financeiro de 2021/2022, o que corresponde, no total, a aproximadamente R\$ 6.400,00 por equipe. Este recurso foi transferido em modalidade de fundo a fundo, em parcela única, devendo ser utilizado para implementar as ações estratégicas da ECV, conforme os eixos de ação abordados na seção 2 deste Manual.



O recurso instituído é caracterizado como incentivo de custeio e compõe o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e, como os demais recursos destinados ao custeio de ações da APS, seguem as orientações legais de aplicação e prestação de contas do recurso, previstos principalmente nas seguintes normativas:

Quadro 4 – Publicações e normativas relacionadas à aplicação e à prestação de contas do Incentivo de Custeio da ECV

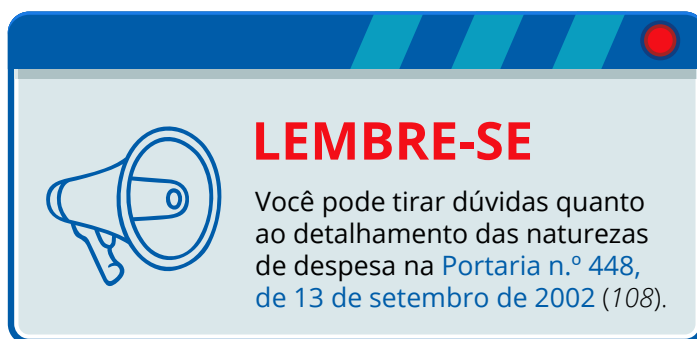
Publicações e normativas relacionadas à aplicação e prestação de contas do Incentivo de Custeio da ECV		
Ato normativo	O que institui no SUS	Link
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017. Título I. Das disposições gerais (103).	Consolida normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	Acesse aqui
Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017. Título II. Seções I a IV. Do custeio da Atenção Primária à Saúde (104).	Institui o Programa Previne Brasil, estabelece o incentivo financeiro com base em critério populacional, da Capitação Ponderada, do pagamento por desempenho e do incentivo para ações estratégicas.	Acesse aqui
Portaria n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (105).	Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.	Acesse aqui
Lei n.º 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990 (106).	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Acesse aqui
Lei Complementar n.º 141/2012 (107).	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; entre outros critérios de financiamento no SUS.	Acesse aqui
Portaria n.º 448, de 13 de setembro de 2002 (108).	Divulga o detalhamento das naturezas de despesa (material de consumo, outros serviços de terceiros pessoa física, outros serviços de terceiros pessoa jurídica e equipamentos e material permanente, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de utilização dos recursos transferidos.	Acesse aqui
Lei n.º 4.320, de março de 1964 (109).	Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.	Acesse aqui

Fonte: Elaboração própria – Coordenação-Geral de Prevenção às Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo – CGCTAB/Depros/Saps/MS.

Dessa forma, além das normativas anteriormente citadas, para orientações e dúvidas sobre aplicação do recurso, também sugere-se consultar o *Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde (110)* e demais instrumentos normativos instituídos junto aos órgãos de controle locais.

Conforme Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017 (103), em seu art. 5º, os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio serão destinados à manutenção das condições de oferta e à continuidade da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação serviço de terceiros do *Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público*, instituído pela Portaria STN/SOF n.º 6, de 18 de dezembro de 2018; e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Destaca-se que nessa mesma portaria são vedadas a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção para o pagamento de: servidores inativos; servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde; gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde; pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e obras de construções novas, bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde (Redação dada pela PRT GM/MS n.º 3.992 de 28.12.2017) (105).



Por fim, ressalta-se que os municípios devem também aplicar os recursos financeiros de acordo com as necessidades locais e normas mencionadas, devendo a prestação de contas ser realizada por meio do Relatório de Gestão da respectiva unidade da Federação, conforme disposto na Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012 (107) e as demais normas aplicáveis. O acompanhamento da entrega de tais relatórios pode ser feito no endereço eletrônico: <http://digisus.saude.gov.br/gestor/#/painel-instrumentos-planejamento/situacao-geral>.

Na perspectiva da gestão federal, o incentivo repassado aos municípios elegíveis será monitorado quadrimestralmente por meio do indicador de avaliação do risco cardiovascular na APS, que será apresentado a seguir.

Por que escolher este indicador?

Ao reconhecer a APS como estratégia potente para as ações de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco, de diagnóstico precoce e de cuidado às pessoas com doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, é importante que metas e indicadores sejam propostos para incentivar a realização das ações e a melhoria da atenção a esses indivíduos, como recomendado inclusive nos contextos internacional e nacional (32, 69, 111).

No contexto internacional, em 2013, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o Plano Global para Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020, incluindo metas relacionadas à prevenção e ao cuidado das pessoas com DCV, como a redução relativa de ao menos 25% na prevalência da pressão arterial elevada até 2025 e a meta de que ao menos 50% das pessoas elegíveis deveriam receber tratamento farmacológico e aconselhamento para prevenir ataques cardíacos e cerebrais, no mesmo período da meta anterior (32, 111).

No Brasil, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030 pactua várias metas que se relacionam com as ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV, entre elas: reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT; reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT. É possível relacionar, ainda, as metas para os fatores de risco que têm direta influência na saúde cardiovascular: reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%; deter o crescimento da obesidade em adultos; aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%; aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%; deter o consumo de alimentos ultraprocessados; reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas; reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10% e reduzir a prevalência de tabagismo em 40% (69).

Para além das metas, também são descritas ações estratégicas para enfrentamento das DCV, incluindo ações de promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. Neste último eixo, destaca-se a recomendação de aumentar, na APS, a cobertura de serviços de rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG), visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular (69).

Assim, entende-se que a avaliação do risco cardiovascular torna-se essencial, como ponto de partida, para as ações de prevenção de mortes e eventos cardiovasculares não fatais (112). Como orientado em recomendações e diretrizes nacionais e internacionais, identificar a probabilidade do indivíduo desenvolver doença cardiovascular em um determinado período de tempo pode nortear estratégias preventivas de tratamento, sendo essencial para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno (8, 8, 38-40).

A avaliação do risco cardiovascular (RCV) tem sido apontada como ação fundamental nos países em desenvolvimento, uma vez que são locais em que há necessidade de melhorias no acesso, na eficiência, na equidade e na cobertura do cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV. Entre essas necessidades, também são citadas lacunas de educação para profissionais de saúde para a adequada identificação e gerenciamento do risco cardiovascular (97, 112).

No País, a avaliação do RCV na APS é recomendada em diferentes referências do Ministério da Saúde, tais como nos *Cadernos da Atenção Básica* (84, 85, 113, 114), no Manual – *Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia* e na *Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica* (72, 73). Outras referências incluem os Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2 e o PCDT de dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite (77-79).

É importante ressaltar que ainda não há uma ferramenta instituída nacionalmente que considere o cálculo do RCV derivado de estudo da população brasileira, e que há diferenças importantes entre os modelos de análise de risco, por exemplo, quando se observa os fatores de risco e os desfechos avaliados. Em estudo comparando a proporção de indivíduos classificados como portadores de alto RCV na população adulta brasileira, segundo seis diferentes calculadoras de risco, identificou-se que as calculadoras de RCV apresentaram baixa concordância para identificar os indivíduos de alto risco e alta concordância entre a classificação de risco baixo/moderado. Apesar das limitações, os autores reforçam a importância da avaliação do risco cardiovascular e recomendam que a definição da ferramenta e do tratamento farmacológico deve ser avaliada em cada contexto (115).

A calculadora proposta pela Estratégia mundial HEARTS utiliza parâmetros definidos a partir do estudo *Global Burden Disease* (GBD), considerando os dados de estimativa populacional brasileira, e inclui variáveis como idade, sexo, tabagismo, hipertensão arterial, presença ou ausência de diabetes, colesterol total e índice de massa corporal. Por possibilitar a estratificação utilizando-se de critérios laboratoriais e não laboratoriais, entende-se que essa ferramenta pode ser considerada como de utilização oportuna e de fácil aplicabilidade na APS. Destaca-se que já está disponível aplicativo para calculadora do risco cardiovascular, que ainda será adaptada para a realidade brasileira, além de publicação com orientações de promoção da saúde, prevenção e cuidado, conforme percentual do risco cardiovascular (97).

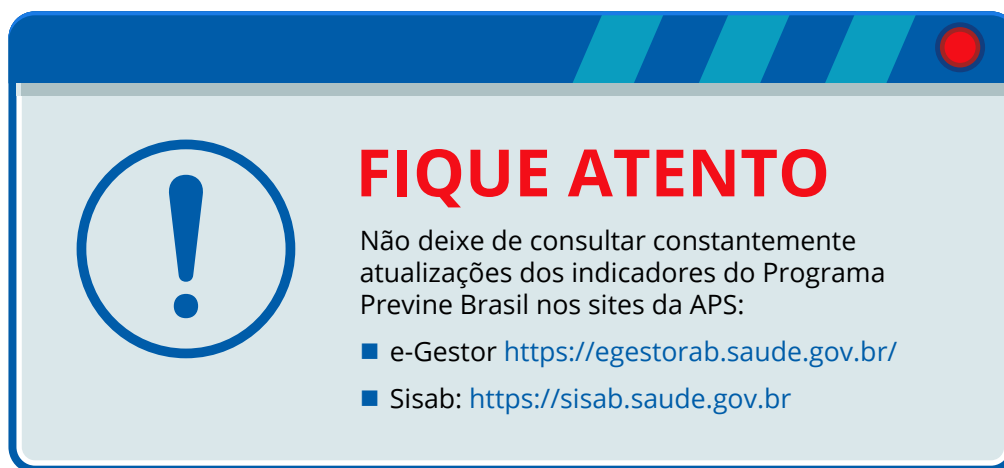
A realização e o registro da avaliação do risco cardiovascular ainda se mantém como desafio na APS. Em estudo para estimar a prevalência de risco cardiovascular (RCV) no Brasil, a prevalência de RCV elevado foi de 10,4% (IC95% 9,2;11,8) em mulheres e de 11,2% (IC95% 9,6;12,9) em homens, tendo aumento crescente com a idade. Ainda no mesmo estudo, entre o grupo de indivíduos com RCV elevado, 68,8% (IC95% 63,7;73,4%) receberam aconselhamento; 59,3% (IC95% 54,2;64,3%) receberam tratamento medicamentoso; e 55,6% (IC95% 50,4;60,7%) receberam ambos. Diante desse cenário, os autores do estudo recomendam a revisão das práticas da APS, já que pouco mais da metade da população avaliada e com RCV elevado havia recebido tratamento e aconselhamento. Apontam, ainda, que a identificação de pessoas e populações com RCV elevado requer ações intersetoriais para prevenção, aconselhamento e cuidado a esses indivíduos (115).

Outro estudo, ao avaliar as barreiras para a implementação de calculadoras de risco cardiovascular na APS, identificou, entre as 13 barreiras analisadas, as 5 restrições mais comuns: restrições de tempo para usar uma calculadora; limitações de acesso à calculadora ou às informações necessárias para seu uso; nenhum ou mínimo domínio dos profissionais para o uso da ferramenta; medo reportado pelos pacientes de efeitos colaterais do uso da estatina ou aversão de pacientes em fazer uso de medicamentos de acordo com as diretrizes; e falta de orientações e fluxos para o uso da calculadora (117).

Diante de tais desafios, a ECV pretende fomentar a avaliação do RCV realizada pelos profissionais da APS. Para o monitoramento da avaliação do percentual de pessoas com risco cardiovascular avaliado, o registro deve ser feito no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Cabe reforçar que, complementarmente, mantém-se o monitoramento dos demais indicadores do Programa Previne Brasil para as ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes *mellitus*, conforme as regras já instituídas no referido Programa.

Desse modo, apesar de reconhecer que a instituição de indicadores não esgota o enfrentamento necessário para a qualificação do cuidado às pessoas com condições consideradas fatores de risco para as DCV, a proposta busca incentivar o acesso desses indivíduos ao cuidado ofertado no sistema de saúde, a cobertura efetiva de APS e qualificação da assistência (110) fortalecendo, portanto, a atenção ao primeiro contato e tensionando os demais atributos

essenciais, relacionados à longitudinalidade, integralidade e à coordenação do cuidado, e os atributos derivados, relacionados à orientação familiar e comunitária e adequação cultural (27).



FIQUE ATENTO

Não deixe de consultar constantemente atualizações dos indicadores do Programa Previne Brasil nos sites da APS:

- e-Gestor <https://egestorab.saude.gov.br/>
- Sisab: <https://sisab.saude.gov.br>

Como calcular o indicador?

O **percentual de pessoas com risco cardiovascular avaliado na Atenção Primária à Saúde** (APS) é o indicador selecionado nesta etapa para promover a identificação dos indivíduos que estão mais predispostos às complicações cardiovasculares, especialmente infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE).

A avaliação do risco cardiovascular é fundamental na definição dos parâmetros de cuidado e estabelecimento dos critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento pela equipe, expressando-se como ferramenta de planejamento e referência para orientação terapêutica mais precisa. Dessa maneira, as equipes de APS e a gestão municipal podem desenvolver ações de reorientação do processo de trabalho e adequação do itinerário terapêutico, visando ao controle mais eficiente de eventos cardiovasculares fatais e não fatais na população atendida.

Para a realização do risco cardiovascular, os profissionais da APS poderão utilizar-se de diversas estratégias, tais como o apoio matricial por profissionais especialistas e a utilização de ferramentas disponíveis, em que se inclui como possibilidade a [calculadora proposta pelo HEARTS \(116\)](#). Ainda, orientações para cálculo do RCV podem ser consultadas na [Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica \(73\)](#).

Importante mencionar que não há necessidade de realizar o cálculo de escore para os indivíduos já considerados como alto risco cardiovascular (85), porém é importante que tais indivíduos tenham registro em prontuário sobre avaliação do risco e quais condições de alto risco

foram observadas, como doenças ateroscleróticas significativas (coronária, cerebrovascular ou vascular periférica) com ou sem eventos clínicos (118), quais sejam:

- Doença coronariana aguda e crônica (códigos CID-10: I20, I21, I22, I23, I24, I25).
- AVC isquêmico ou ataque isquêmico transitório (códigos CID-10 I60, I61, I62, I63, I64, I678).
- Insuficiência vascular periférica (códigos CID-10 I70 – I74, I77, I79).

Quanto à estratificação do risco cardiovascular nas pessoas com diabetes *mellitus*, recomenda-se avaliação e discussão de cada caso e, para tanto, sugere-se as orientações disponíveis na *Linha de Cuidado às pessoas com DM tipo 2* (75).

O indicador será calculado por meio dos dados do Sisab, conforme nota técnica específica a ser disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Importante salientar que o acompanhamento de indicadores deve ser sempre integrado a processos contínuos de qualificação da prática terapêutica, inseridos em um contexto de planejamento estratégico de ações da APS. Dessa maneira, as equipes de APS e a gestão municipal podem desenvolver ações de reorientação do processo de trabalho e adequação do itinerário terapêutico, visando ao controle mais eficiente de eventos cardiovasculares fatais e não fatais na população atendida.



5

Considerações finais



Espera-se que este material possa subsidiar gestores e profissionais de saúde na implementação das ações da ECV nos municípios, a fim de fomentar práticas exitosas nos diferentes territórios brasileiro, com vistas à qualificação da atenção integral às pessoas com condições consideradas fatores de risco para DCV. Por fim, salienta-se a importância da adoção de medidas conjuntas, por parte dos gestores, profissionais de saúde e usuários, que possam contribuir para a redução da morbimortalidade por DCV.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 14 jan. 2022.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.
3. OLIVEIRA, G. M. M. de *et al.* **Estatística Cardiovascular – BRASIL. 2020**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 115, n. 3, p. 308-439, 18 set. 2020.
4. MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as Estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no BRASIL., 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 2, p. 152-160, ago. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020005009205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2022.
5. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global Burden of Disease: GBD Compare**. Seattle: IHME, 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 14 jan. 2022.
6. ROTH, G. A. *et al.* Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 76, n. 25, p. 2982-3021, dez. 2020.
7. IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.
8. UNGER, T. *et al.* International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. **Hypertension**, Dallas, v. 75, n. 6, p. 1334-1357, jun. 2020.
9. ZHOU, B. *et al.* Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, London, v. 398, n. 10304, p. 957-980, set. 2021.
10. VISSEREN, F. L. J. *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. **European Heart Journal**, London, v. 42, n. 34, p. 3227-3337, 7 set. 2021.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Insumos Estratégicos. **Portaria SCTIE/MS no 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Sobrepeso_e_Obesidade_em_Adultos_29_10_2020_Final.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em: 14 jan. 2022.

13. ROGER, V. L. Medicine and society: social determinants of health and cardiovascular disease. **European Heart Journal**, London, v. 41, n. 11, p. 1179-1181, 14 mar. 2020.
14. BANSAL, M. Cardiovascular disease and COVID-19. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, Amsterdam, v. 14, n. 3, p. 247-250, maio 2020.
15. AZEVEDO, R. B. *et al.* Covid-19 and the cardiovascular system: a comprehensive review. **Journal of human hypertension**, Houndmills, v. 35, n. 1, p. 4-11, jan. 2021.
16. RICHARDSON, S. *et al.* Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. **JAMA**, Chicago, v. 323, n. 20, p. 2052, 26 maio 2020.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. **Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Semana Epidemiológica 36. 5/09 a 11/09/2021. Brasília, DF: MS, Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/17/boletim_epidemiologico_covid_80-final17set.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII. Acesso em: 14 jan. 2022.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília, DF: MS, 2020. 83 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6694>. Acesso em: 14 jan. 2022.
20. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Painel de Indicadores de Saúde: Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Acesso em: 14 jan. 2022.
21. NEVES, R. G. *et al.* Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no BRASIL.: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. e2020419, 2021.
22. MEINERS, M. M. M. de A. *et al.* Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no BRASIL.: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 445-459, jul. 2017.
23. BENJAMIN, E. J. *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: a report from the american heart association. **Circulation**, Dallas, v. 135, n. 10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122885/>. Acesso em: 14 jan. 2022.
24. FRIAS, J. *et al.* Effectiveness of Digital Medicines to Improve Clinical Outcomes in Patients with Uncontrolled Hypertension and Type 2 Diabetes: Prospective, Open-Label, Cluster-Randomized Pilot Clinical Trial. **Journal of Medical Internet Research**, Pittsburgh, v. 19, n. 7, p. e246, 11 jul. 2017.
25. TAVARES, N. U. L. *et al.* Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 2016. Suppl. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300307&lng=en&tng=en. Acesso em: 14 jan. 2022.

26. MREJEN, M. The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a 2 longitudinal analysis. **The Lancet Regional Health – Americas**, London, p. 100034, ago. 2021.
27. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002. 726 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 14 jan. 2022.
28. STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v. 26, p. 20-26, mar. 2012.
29. TARGUETA, R. da S. *et al.* Hospitalization for Primary Care-Sensitive Conditions in Adults and Its Impact on Hospital Care in São Paulo City, Brazil. **International Quarterly of Community Health Education**, United States, 272684X20976419, 3 Dec. 2020.
30. CASTRO, D. M. de *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. e00209819, 2020.
31. RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, London, v. 349, n. 5, p. g4014, 3 Jul. 2014.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases (CVDs)**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 14 jan. 2022.
33. PETERSEN, J. *et al.* Primary care use and cardiovascular disease risk in Russian 40–69 year olds: a cross-sectional study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, jech-2019-213549, 4 maio 2020.
34. ÖZÇELİK, E. A. *et al.* Impact of Brazil's More Doctors Program on hospitalizations for primary care sensitive cardiovascular conditions. **SSM – Population Health**, v. 12, p. 100695, dez. 2020.
35. STEPHEN, C. *et al.* Improving blood pressure control in primary care: The ImPress study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 95 p. 28-33, Ju. 2009.
36. SMITH, S. M. *et al.* Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 15 mar. 2016. Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006560.pub3>. Acesso em: 20 jan. 2022.
37. KOTSEVA, K. *et al.* Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. **European Journal of Preventive Cardiology**, London, v. 26, n. 8, p. 824-835, maio 2019.
38. STERGIOU, G. S. *et al.* 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. **Journal of Hypertension**, London, v. 39, n. 7, p.1293–1302, jul. 2021.

39. RABI, D. M. *et al.* Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. **Canadian Journal of Cardiology**, Oakville, ONT, v. 36, n. 5, p. 596-624, maio 2020.
40. BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes BRASIL.eiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos BRASIL.eiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 51658, 25 marc. 2021.
41. COLLA, C. H. *et al.* Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 74, n. 5, p. 507-550, out. 2017.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.008, de 4 de novembro de 2021**. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS no 5, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.008-de-4-de-novembro-de-2021-356965606>. Acesso em: 19 jan. 2022.
43. MENDONÇA, G. J. M. G. de *et al.* A utilização do diagnóstico situacional para o planejamento das ações na ESF/ The use of situational diagnosis for action planning in the ESF. **Medical Care Research and Review**, Thousand Oaks, v. 4, n. 2, p. 8170-8184, 13 abr. 2021.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás B. **Asis – Análise de Situação de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2015. v. 3.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo IV – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo I – Das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOIV. Acesso em: 20 jan.2022.
46. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade E Tecnologia – Inmetro. **Portaria n.º 46, de 22 de janeiro de 2016**. Regulamento Técnico Metroológico-RTM que estabelece os requisitos aplicáveis aos esfigmomanômetros de medição não invasiva, destinados a medir a pressão arterial humana. Brasília, DF: MDIC, 2016. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC002373.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.
47. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade E Tecnologia – Inmetro. **Portaria n.º 505, de 26 de outubro de 2018**. Regulamento Técnico Metroológico (RTM) para esfigmomanômetros de medição não invasiva, destinados a medir a pressão arterial humana. Brasília, DF: MDIC, 2018. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC002538.pdf>. Brasília, DF: MDIC, 2018. Acesso em: 19 jan. 2022.
48. BRASIL. Ministério da Economia Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia- Inmetro. **Portaria n.º 384, de 18 de dezembro de 2020**. Aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Equipamentos sob Regime de Regime de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: MEC, 2020. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/legislacao/rtac/pdf/RTAC002684.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.

49. BRASIL. Ministério da Economia/Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. **Portaria n.º 341, de 9 de agosto de 2021**. Aprova o Regulamento Técnico Metrológico consolidado para esfigmomanômetros de medição não invasiva. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-341-de-9-de-agosto-de-2021-337541392>. Acesso em: 19 jan. 2022.
50. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete**. Washington, D.C: OPAS; 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53145/9789275323052_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2022.
51. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos**. Brasília, DF: MS, 2012. 18 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual Equipamentos_2012_1201.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
52. MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
53. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HEARTS nas Américas**. Brasília, DF: OPAS, © 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas>. Acesso em: 19 jan. 2022.
54. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 19 jan. 2022.
55. NOGUEIRA, M. S. L.; OLIVEIRA, L. C. de; COSTA, L. F. A. da. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 45, n. 129, p. 263-274, jun. 2021.
56. SILVA, R. C. F. da *et al.* A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300331, 2020.
57. SILVA, D. B. da *et al.* Enfrentamento das doenças cardiovasculares na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5636, 15 fev. 2021.
58. BALDEÓN, M. E. *et al.* Impact of training primary care physicians in behavioral counseling to reduce cardiovascular disease risk factors in Ecuador. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Panama, v. 42, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49468>. Acesso em: 19 jan. 2022.
59. DAMBHA-MILLER, H. *et al.* Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients with Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. **Annals of Family Medicine**, Leewood, v. 17, n. 4, p. 311-318, jul. 2019.

60. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde.** Trabalho de equipe como base para a atenção. Washington, D.C.: OPAS, 40 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51771/OPASNMH19004_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2022.
61. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, DF: MS, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
62. GLERIANO, J. S. *et al.* Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. e20200093, 2021.
63. SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.
64. INSTITUTO DE PESQUISA, ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante. v. 1.** Brasília, DF: IPEA; 2018 [citado 29 de setembro de 2021]. 192 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
65. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2.** Brasília, DF: Presidência da República, 2018. 301 p. Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hearts technical package for cardiovascular disease management in primary health care: systems for monitoring.** Geneva: WHO, 2018. 31 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260423/WHO-NMH-NVI-18.5-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 jan. 2022.
67. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação para Atenção Básica.** Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 jan. 2022.
68. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo I – Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI. Acesso em: 19 jan. 2022.
69. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no BRASIL, 2021-2030.** Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

70. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 19 jan. 2022.
71. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017.** Anexo IV – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II – Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOIVCAPII. Acesso em: 19 jan. 2022.
72. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo. **Manual Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia.** Brasília, DF: MS, 2020. 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/view. Acesso em: 19 jan. 2022.
73. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica.** Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
74. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto.** Brasília, DF, 2020. 52 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs//portaldab/publicacoes/LC_AVC_no_adulto.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
75. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. **Diabetes Mellitus Tipo 2 (Primeira Versão).** Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/). Acesso em: 19 jan. 2022.
76. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n.º 2.994 de 13 de dezembro de 2011.** Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html. Acesso em: 19 jan. 2022.
77. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 1.** Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatrio_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
78. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2.** Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_565_Diabete_Melito_Tipo_2.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

79. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e Pancreatite**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/PCDT_Dislipidemia_PrevencaoEventosCardiovascularesPancreatite_ISBN_18-08-2020.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
80. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://www.conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
81. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo**: Portaria GM/MS n.º 664, de 12 de abril de 2012. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Trombolise-no-Acidente-Vascular-Cerebral-Isquemico-Agudo.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.
82. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta n.º 17, de 18 de novembro de 2020**. Aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2020/20210825_portaria-conjunta-17_diretrizes-brasileiras-icfer.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
83. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Portaria Conjunta no 20, de 24 de julho de 2018**. Aprova as diretrizes brasileiras para utilização de stents em pacientes com doença coronariana estável. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Portaria_Conjunta_20_Diretrizes_Angioplastia.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
84. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
85. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: MS, 2014. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab37.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
86. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: MS, 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

87. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: MS, 2015. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
88. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2.ed. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
89. BRASIL. Ministério da Saúde, Hospital do Coração. **Alimentação Cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora_orien_pro_saude_ab.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
90. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**: versão preliminar. Brasília, DF: MS, 2021. 66 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pessoas_sobrepeso.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
91. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2021. 152 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/material_teorico_suporte_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
92. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo para manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde**: caderno de atividades educativas. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_manejo_obesidade.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
93. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Brasília, DF: MS, 2021. 54 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
94. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde. **Hábitos saudáveis**: aconselhamento a pacientes. Washington, D.C.: OPAS, 2019. 36 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51769/OPASNMH19001_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2022.
95. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde. **Evidências**: protocolos de tratamento baseados em evidências. Washington, D.C.: OPAS, 2019. 48 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51770/OPASNMH19002_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2022.
96. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde**. Acesso a medicamentos e tecnologias essenciais. Washington, D.C.: OPAS, 2019. 48 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51770/OPASNMH19002_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2022.

97. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk based CVD management**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.
98. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. **Guia de implementação**. Washington, D.C.: OPAS. 2019. 40 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51768/OPASNMH19006_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jan. 2022.
99. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D)**. Geneva: WHO, 2020. 35 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/who-ucn-ncd-20.1>. Acesso em: 19 jan. 2022.
100. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.º 3.009, de 4 de novembro de 2021**. Institui incentivo financeiro relativo ao exercício de 2021 para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular – ECV, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.009-de-4-de-novembro-de-2021-356961556>. Acesso em: 19 jan. 2022.
101. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.º 3.009, de 4 de novembro de 2021**. Institui incentivo financeiro relativo ao exercício de 2021 para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular – ECV, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.009-de-4-de-novembro-de-2021-356961556>. Acesso em: 19 jan. 2022.
102. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.º 3.009, de 4 de novembro de 2021**. Institui incentivo financeiro relativo ao exercício de 2021 para apoio à implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular – ECV, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.009-de-4-de-novembro-de-2021-356961556>. Acesso em: 19 jan. 2022.
103. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Título I – Das disposições gerais. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html#TITULOI. Acesso em: 19 jan. 2022.
104. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS no 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Título II – Do custeio da Atenção Primária à Saúde. Seções I a IV. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html#TITULOII. Acesso em: 19 jan. 2022.
105. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 19 jan. 2022.

106. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 jan. 2022.
107. BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 19 jan. 2022.
108. BRASIL. Ministério da Fazenda. **Portaria n.º 448, de 13 de setembro de 2002**. Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2002. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:8754. Acesso em: 19 jan. 2022.
109. BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 4.320, de março de 17 março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 19 jan. 2022.
110. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_financiamento_aps.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
111. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>. Acesso em: 14 jan. 2022.
112. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global NCD target: prevent heart attacks and strokes through drug therapy and counselling**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312283>. Acesso em: 14 jan. 2022.
113. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica Vol. II**. Brasília, DF: MS, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
114. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, DF: MS, 2010. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.
115. MALTA, D. C. *et al.* População com risco cardiovascular elevado em uso de medicamento e aconselhamento: a situação do BRASIL. em relação à meta mundial, 2014-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, p. e2020369, 2021.

116. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HEARTS nas Américas**: Calculadora de risco cardiovascular. Brasília, DF: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: 14 jan. 2022.
117. TUZZIO, L. *et al.* Barriers to Implementing Cardiovascular Risk Calculation in Primary Care: Alignment with the Consolidated Framework for Implementation Research. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 60, n. 2, p. 250-257, fev. 2021.
118. PRÉCOMA, D. B. *et al.* Updated Cardiovascular prevention guideline of the brazilian society of cardiology – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 4, Oct. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2019001000787&script=sci_arttext. Acesso em: 14 jan. 2022.
119. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.0. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEC_V_4_0.pdf. Acesso em: 14 jan. 2022.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.



DISQUE
SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal

