

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA  
REGIÃO CENTRO-OESTE**

**DANIELLE ARAÚJO DANTAS**

**ANÁLISE DO PERFIL DE GESTORES EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO  
GROSSO DO SUL: CUIDADOS COM A OBESIDADE, DIABETES E  
HIPERTENSÃO**

**CAMPO GRANDE**

**2024**

**DANIELLE ARAÚJO DANTAS**

**ANÁLISE DO PERFIL DE GESTORES EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: CUIDADOS COM A OBESIDADE, DIABETES E HIPERTENSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: aspectos biopsicossociais, socioculturais, ecoambientais, epidemiológicos e clínicos

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Ligia Rodrigues Macedo

Coorientador: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Bruna Paola Murino Rafacho

**CAMPO GRANDE**

**2024**

ANÁLISE DO PERFIL DE GESTORES EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: CUIDADOS COM A OBESIDADE, DIABETES E HIPERTENSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de Pesquisa: aspectos biopsicossociais, socioculturais, ecoambientais, epidemiológicos e clínicos

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Ligia Rodrigues de Macedo

Coorientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Bruna Paola Murino Rafacho

Banca examinadora:

Nota/conceito

\_\_\_\_\_  
Maria Ligia Rodrigues de Macedo

\_\_\_\_\_  
Rafael Aiello Bomfim

\_\_\_\_\_  
Camila Medeiros da Silva Mazzeti

AValiação FINAL: ( ) Aprovada

( ) Reprovada

## RESUMO

A profissionalização da gestão da saúde é essencial para aprimorar processos de trabalho e garantir desempenho eficaz do Sistema de Saúde, em especial no cuidado às Condições Crônicas Não Transmissíveis. O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil dos gestores e a organização de ações em saúde para pessoas com sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus em Mato Grosso do Sul a partir de área técnica formalmente instituída. Estudo descritivo-exploratório, transversal e quantitativo por meio de questionário online a gestores municipais de saúde sobre conhecimentos e organização dos serviços de saúde. As variáveis foram descritas em frequências absolutas e relativas. Para comparar os municípios com gestores formalmente instituídos com aqueles que não possuíam gestores instituídos, aplicou-se o Teste Exato de Fisher (nível de significância de 5%). A maioria era do sexo feminino e cor branca e 59% dos municípios não possuíam responsável técnico para as Condições Crônicas ou linhas de cuidado de diabetes (52%), hipertensão (46%) e sobrepeso/obesidade (57%). Ter a coordenação formalmente instituída se associou a maior participação em processos decisórios e ações de cuidado e se mostrou essencial para a implementação de política de cuidado para a hipertensão arterial, diabetes mellitus e sobrepeso/obesidade.

**Descritores:** Gestão em Saúde; Obesidade; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

Professionalizing health management is essential to improve work processes and ensure effective performance of the Health System, especially in the care of Noncommunicable Chronic Conditions. The aim of the present study was to describe the profile of managers and the organization of health actions for people with overweight/obesity, high blood pressure, and diabetes mellitus in Mato Grosso do Sul based on a formally established technical area. This is a descriptive-exploratory, cross-sectional, and quantitative study using an online self assessment questionnaire to municipal health managers about their knowledge and organization of health services. The variables were described in absolute and relative frequencies. To compare municipalities with formally established managers with those without, Fisher's exact test was applied (significance level of 5%). The majority were female and white, and 59% of the municipalities did not have a technical manager for Chronic Conditions or lines of care for diabetes (52%), high blood pressure (46%), and overweight/obesity (57%). Having formally established coordination was associated with greater participation in decision-making processes and care actions and proved essential for the implementation of care policies for high blood pressure, diabetes mellitus and overweight/obesity.

**Descriptors:** Health Management; Obesity; Hipertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1 – Gráfico de amputações de MMII decorrentes da Diabetes Mellitus nos estados do Centro Oeste.....19
- Figura 2 – Percentual de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes nas capitais dos estados brasileiros.....20

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos municípios respondentes envolvidos no cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Tabela 2 - Descrição dos municípios respondentes envolvidos no cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024

Tabela 3 - Associação entre uma Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e a organização da Secretaria Municipal de Saúde para cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Tabela 4 - Associação entre uma Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e o conhecimento dos gestores para o cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024

Tabela 5 – Associação entre uma Coordenação de DCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e as ações existentes na assistência para o cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Tabela 6 - Associação entre uma Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e a avaliação do gestor sobre os conhecimentos dos atores da APS para o cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

ABESO – Associação Brasileira para o estudo da obesidade e Síndrome Metabólica

CCNT – Condições Crônicas Não Transmissíveis

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

DM – Diabetes Mellitus

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MMII – Membros Inferiores

MMII – Membros Inferiores

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCCA – Observatório de Condições Crônicas e Alimentação

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PBO – Painel Brasileiro da Obesidade

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SF – Saúde da Família

SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

VIGITEL - Pesquisa de Vigilância por Inquérito Telefônico

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
<b>2.1 Padrão do adoecimento</b>	17
<b>2.2 Condições Crônicas Não Transmissíveis</b>	19
<b>2.2.3 Contexto das condições crônicas em Mato Grosso do Sul</b>	22
<b>2.2.4 Diabetes Mellitus</b>	24
<b>2.2.5 Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	27
<b>2.2.6 Sobrepeso e obesidade</b>	30
<b>2.3 Sistema Único de Saúde e gestão em saúde</b>	32
<b>2.4 Plano de enfrentamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis</b>	35
<b>2.5 O papel dos gestores em saúde e o cuidado a CCNT</b>	36
<b>3 OBJETIVO GERAL</b>	41
<b>3.1 Objetivo específico</b>	41
<b>4 METODOLOGIA</b>	42
<b>4.1 Aspectos éticos</b>	42
<b>4.2 Tipo e procedimento da pesquisa</b>	42
<b>5 RESULTADOS</b>	45
<b>6 CONCLUSÃO E IMPACTO DA PESQUISA</b>	69
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	70
<b>ANEXO A - Declaração de anuência</b>	79
<b>ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos</b>	80
<b>ANEXO C – Comprovante de submissão</b>	82
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	83
<b>APÊNDICE B – Questionário para gestores</b>	84
<b>APÊNDICE C – Normas de submissão</b>	93

## 1 INTRODUÇÃO

As condições crônicas não transmissíveis (CCNT) são tidas como aquelas condições de saúde de curso variável, podendo ser mais ou menos longa ou permanente, das quais exigem respostas e ações contínuas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (Mendes, 2018).

O crescimento da prevalência das CCNT se associa ao aumento da mortalidade e ocorre por consequência da transição epidemiológica, geográfica e nutricional, além do aumento da exposição aos fatores de risco modificáveis como, por exemplo, consumo nocivo de álcool, uso de tabaco, inatividade física e alimentação inadequada (Brasil, 2021).

Assim, o atual cenário representa um desafio para a gestão devido à grande heterogeneidade do país, tendo em vista que, por ser um país de dimensão continental, sendo constituído de regiões geográficas distintas, por composto de climas, diferentes, além de diversas culturas e costumes. (Brasil, 2010a). Tendo em vista a possibilidade de influenciar comportamentos de risco modificáveis por meio de ações governamentais e políticas públicas, intervir na macropolítica passa por atuar nos determinantes sociais, buscando articulações intersetoriais, mudanças na legislação, atuação na regulação, no financiamento das ações, na rede de serviços, na organização da vigilância e informação em saúde, além da construção de uma forte lógica da gestão (Malta, 2010). Contudo, o planejamento por parte da gestão apresenta limites e desafios que comprometem o desenvolvimento regional/local e a superação das desigualdades regionais, portanto, ressalta-se a necessidade de superar o caráter setorial e compartimentado das políticas públicas e implementar, de fato, a transversalidade e a intersetorialidade das mesmas (Silva, 2019).

Nesse contexto, aspectos relacionados às características dos tomadores de decisão, à coordenação dos processos de formulação e implementação de políticas, e à prática da gestão emergem como dimensões de extrema importância a serem consideradas. Tal estudo busca trazer embasamento científico que dê propriedade para uma melhor análise de como a gestão em saúde no estado é realizada, tendo em vista que há poucos estudos voltados para a análise de gestão em saúde tanto a nível

Nacional, bem como estadual (OMS, 2003).

Isso porque, nota-se que a qualidade de trabalho, do serviço, do processo e da estrutura são diretamente influenciados com a implantação da gestão nos serviços de saúde, pois reflete de forma positiva nas expectativas e necessidades da população. Assim, não se pode ter um sistema de saúde funcionando sem haver gestão para executá-lo; logo, o papel do gestor se faz crucial visando o entendimento local das necessidades de sua população (Brasil, 2017).

O gestor precisa ter domínio sobre o planejamento, a organização e a resolução de diferentes situações, quando esse está preparado para exercer as devidas atribuições, os benefícios decorrentes de tais atos serão a organização da gestão e do processo de trabalho, resolutividade dos problemas locais, aumento no desempenho da equipe e menos custos ao sistema. Para que isso ocorra, a profissionalização da gestão na saúde tem sido apontada como uma necessidade urgente e impreterível para a qualificação dos processos de trabalho e bom desempenho do Sistema de Saúde no Brasil (Barbosa, 2016).

As ações de vigilância em saúde são inerentes à Atenção Primária à Saúde (APS), portanto essenciais para o cuidado integrado e gestão qualificada da atenção à saúde no SUS (Brasil, 2017). Diante disto, faz-se necessário o conhecimento acerca dos custos atribuíveis as doenças, isso pode dar embasamento para o aprimoramento e a priorização das políticas de prevenção e enfrentamento das CCNTs, além de fortalecer a defesa de intervenções mais robustas para prevenção dessas condições, inclusive medidas fiscais e regulatórias (Nilson et al., 2020).

O conhecimento sobre as doenças permite dimensionar a magnitude de sua carga para o sistema de saúde e para a economia, permitindo avaliar o impacto de políticas implementadas e subsidiar a tomada de decisões ao permitir a comparação da economicidade de distintas medidas (Nilson et al, 2020). Além disso, a gestão em saúde é um processo dinâmico e complexo, que engloba um contexto rico de abordagem sistêmica a respeito da administração dos órgãos em saúde e possui uma importância cada vez maior distinguir os principais desafios dos gestores para garantir o futuro de suas instituições (Barbosa, 2016).

Por fim, considerando a alta prevalência de sobrepeso/obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM) na população sul-mato-grossense, bem como seus determinantes e fatores de risco, o presente

estudo pretende trazer o apoio para melhoria do processo de trabalho por meio do perfil diagnóstico dos gestores frente às CCNTs no território, a fim de compreender os processos de trabalho para melhor atender a população adstrita. Neste sentido, faz-se necessário identificar nas organizações de saúde do estado do Mato Grosso do Sul as dificuldades enfrentadas pelos gestores e analisar se eles possuem o conhecimento necessário para desempenhar as práticas profissionais relativas à gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde voltada especialmente para a gestão das CCNT.

Desta forma, o objetivo do trabalho é verificar se os gestores em saúde estão aptos a organizar o cuidado das CCNT, no sentido de possuírem conhecimento acerca da temática, bem como as habilidades necessárias para a implementação de linhas de cuidados, programas e ações recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Considerando que o Brasil faz parte das nações afetadas pelos desafios significativos relacionados à prevenção e ao manejo da obesidade e de outras CCNT. Nesse sentido, o estudo foi pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que visa dar subsídios para ações de formação de gestores comprometidos com a assistência integral, universal, promovendo a equidade e fortalecer as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Padrão do adoecimento**

Com início na década de 60, ocorreram diversas modificações nos padrões de morbimortalidade da população devido às causas associadas a transição demográfica, a transição epidemiológica e a transição nutricional (Oliveira, 2019). Nesse contexto, evidências indicam aumento das CCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Assim, a intervenção nos fatores de risco resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo (Malta et al., 2017).

O conceito de transição demográfica se dá à luz da relação entre o crescimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico, contribuindo para o envelhecimento populacional e estes dois processos são associados à transição epidemiológica, que consiste na mudança do perfil de mortalidade, que passa de uma situação onde as principais causas de mortes eram as doenças infecciosas e

parasitárias, características de locais com baixos níveis de desenvolvimento econômico e social, para uma nova fase, em que as doenças típicas da velhice começam a ocupar uma posição cada vez mais intensa entre as enfermidades mais comuns (Oliveira, 2019; Lima e Konrad, 2020).

Ao se falar em transição demográfica, o Brasil está passando por um período de grandes transformações que terão um peso significativo na situação econômica e social do país nas próximas décadas. Após sucessivos anos de crescimento populacional, o país vem apresentando quedas significativas na natalidade. A redução do número de nascimentos vem acompanhada pela redução da mortalidade, esses dois componentes juntos intensificam o processo de envelhecimento populacional. Com mais pessoas alcançando idades mais elevadas, uma série de mudanças são observadas como a Transição Epidemiológica, passando a mortalidade a predominar entre os mais velhos e as principais causas de morte passam a ser as doenças típicas do envelhecimento (Oliveira, 2019).

Em um contexto global, a transição nutricional é um processo de modificações nos padrões de nutrição e consumo, influenciados pelas mudanças econômicas, sociais e demográficas, bem como a mudança do perfil de saúde das populações, tal contexto forma a tríade para o quadro epidemiológico enfrentado pelo sistema de saúde (UNICEF, 2022).

As CCNT, especialmente as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes, são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (Brasil, 2011c). Ao se falar em número de mortes associadas as CCNT, nos últimos anos o Brasil organizou diferentes fontes de dados que constituem os sistemas de informação de morbimortalidade, que possibilitam o monitoramento contínuo da mortalidade, morbidade e fatores de risco cardiovascular (Malta, 2017).

Sendo assim, existe forte evidência da associação dos determinantes sociais como, por exemplo, educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência das CCNTs. No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica, nutricional, urbanização e o crescimento econômico e social

contribuem para o maior risco da população em desenvolver tal condição (Brasil, 2011b).

No contexto do padrão de adoecimento das CCNT, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena, a população negra e quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga das condições crônicas não transmissíveis (Carmo et al.,2021).

Assim, a transição epidemiológica mundial é um fator precursor da elevação das CCNT, em decorrência da queda das taxas de natalidade, da diminuição da mortalidade infantil e conseqüente aumento da população e expectativa de vida. A nova rotina cotidiana dos indivíduos, fruto da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado de alimentos, contribuíram com a transição nutricional para uma dieta rica em gordura saturada e açúcares (Brasil, 2013).

Segundo o Ministerio da Saúde, no Brasil as CCNT são a maior causa de morte na população, ocasionando mais de 700.000 mortes por ano no país e cerca de 50% da população possuía ao menos uma CCNT diagnosticada em 2019 (Brasil, 2023)

Apesar do rápido crescimento das CCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Assim, o monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados reforça a importância e a urgência na execução de linhas de cuidado voltadas para a prevenção e enfrentamento desses agravos (Brasil, 2014). Dados crescimento – colocar nesse contexto, torna-se essencial estabelecer e estruturar localmente e regionalmente a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, abrangendo tanto a Atenção Primária à Saúde quanto à Atenção Especializada de média e alta complexidade, além dos sistemas de suporte, conforme destacado em fontes oficiais (Brasil, 2017).

## **2.2 Condições Crônicas Não Transmissíveis**

O conceito de condições crônicas são aquelas condições que possuem um curso mais ou menos longo ou ainda, permanente e que exigem respostas e ações

contínuas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Tais condições crônicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) são: 1) as doenças crônicas; 2) as doenças transmissíveis de curso longo; 3) as condições maternas e perinatais; 4) a manutenção da saúde por ciclos de vida; 5) os distúrbios mentais de longo prazo; 6) as deficiências físicas e estruturais contínuas; 7) às doenças bucais (CONASS, 2015).

De acordo com Nova Institute for Health (2024), as CCNT representam as principais causas de morte e adoecimento mundial, assim como em nível nacional. O aumento na incidência dessas condições está relacionado ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, diferenças socioeconômicas e de acesso ao serviço de saúde. Essas condições de saúde apresentam em comum a multifatorialidade, associado à exposição prolongada a fatores de risco modificáveis, que favorecem o surgimento de lesões, incapacidade e óbitos;

Sendo as CCNT responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (Malta et al., 2017), faz sentido que os governos atuem visando implementar políticas públicas que versem sobre a redução dos fatores de risco (Brasil, 2005).

Tendo sido comprovado cientificamente que os quatro principais fatores de risco modificáveis associados ao aumento desses agravos são: o uso de tabaco, a inatividade física, o uso prejudicial do álcool e as dietas não saudáveis (Malta et al., 2006). O tabagismo contribui para doenças crônicas como câncer e doenças cardíacas. A inatividade física está ligada à obesidade e diabetes tipo 2. O uso excessivo de álcool pode causar doenças hepáticas e vários tipos de câncer. Dietas não saudáveis, ricas em açúcares e gorduras saturadas, estão associadas a doenças cardíacas e derrames. Modificar esses fatores de risco é essencial para a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Brasil, 2023a).

A Organização Mundial de Saúde, inclui como CCNT as doenças do aparelho circulatório, neoplasias ou cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (DM), por apresentarem em sua história natural fatores de risco e de proteção em comum (OMS, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, é tido como prioridade o fortalecimento da vigilância em saúde, pois há necessidade primordial em se investir na melhoria da cobertura e da qualidade dos dados de mortalidade e na condução de pesquisas regulares dos fatores de risco em escala nacional e global (Brasil, 2011a). No Brasil, a vigilância das CCNT o conjunto de ações que possibilitem conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na saúde da população, além de identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, tendo como objetivo subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle (Brasil, 2011b).

Uma medida vislumbrada foi a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), o conceito de modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, frente às situações demográficas e epidemiológicas, bem como dos determinantes sociais da saúde (CONASS, 2015).

Objetivando criar um modelo de atenção às condições crônicas, foi proposto como variáveis-chaves do modelo de atenção as seguintes estruturas:

1) Organização da atenção à saúde: atenção às condições crônicas como parte do plano estratégico de organização e apoio da liderança, a atenção às condições crônicas como parte dos programas de qualidade da organização;

2) Desenho do sistema de prestação de serviços: trabalho em equipe multidisciplinar com tarefas claras e definidas entre os profissionais, adesão às novas formas de atenção como, por exemplo, atendimento em grupo, atendimento à distância, incremento do atendimento programado e trabalho conjunto entre especialistas e profissionais da atenção primária à saúde (CONASS, 2015);

3) Suporte à decisão: utilização rotineira de diretrizes clínicas baseadas em evidências, sistema regular de educação permanente dos profissionais e sistema de educação em saúde aos usuários;

4) Sistema de informação clínica: adesão ao prontuário clínico eletrônico capaz de fazer o registro das pessoas por condições de saúde e estratificação de risco;

5) Autocuidado apoiado: utilização rotineira de instrumentos de autocuidado apoiada construídos com base em evidências científicas, plano de

autocuidado elaborado e monitorado, conjuntamente, pelos profissionais de saúde e usuários e monitoramento das metas alcançadas.

6) Recursos da comunidade: ligação entre os serviços de saúde e as organizações comunitárias visando prover recursos complementares (CONASS, 2015).

O modelo citado acima compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (Brasil, 2012).

Logo, a melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde seja necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada, planejada e provida por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2012).

Assim, visando viabilizar o monitoramento das CCNTs, foi implementado em 2006, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros o inquérito do Vigitel que vem cumprindo, de forma eficiente, seu objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das condições crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico (Brasil, 2022).

O monitoramento contínuo de indicadores relacionados à hipertensão arterial, ao diabetes mellitus e à autoavaliação negativa da saúde é essencial para a implementação e o acompanhamento de políticas públicas voltadas para a redução e o controle das CCNT e seus fatores de risco associados. Servindo de referência para o acompanhamento das metas definidas no Plano de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento das Condições Crônicas não Transmissíveis (Brasil, 2011).

### **2.2.3 Contexto das condições crônicas em Mato Grosso do Sul**

Em Mato Grosso do Sul, assim como em diversas regiões do Brasil, as CCNT representam um desafio significativo para a saúde pública. O estado enfrenta uma realidade marcada pela prevalência de condições como obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que contribuem substancialmente para a carga de morbidade e mortalidade da população (Ferrari et al., 2022).

A complexidade desse cenário demanda uma abordagem abrangente, que vai desde a promoção de hábitos de vida saudáveis até a implementação de estratégias eficazes de gerenciamento e controle dessas condições crônicas (Serra, 2023). Isso inclui campanhas educativas sobre alimentação balanceada, incentivo à prática regular de exercícios físicos, programas de cessação do tabagismo e regulamentação do consumo de álcool. Além disso, é crucial a realização de intervenções em nível comunitário e políticas públicas que facilitem o acesso a serviços de saúde de qualidade, garantindo um suporte contínuo aos indivíduos afetados por essas condições.

A diversidade sociocultural e econômica presente em Mato Grosso do Sul acrescenta nuances adicionais ao contexto das CCNT como, por exemplo, o vasto espaço geográfico que constitui o estado, a diversidade cultural, tendo como peculiaridade regiões de pantanal, bem como populações indígenas em regiões de difícil acesso. Isto faz com que seja necessário a compreensão aprofundada dos determinantes sociais da saúde e uma adaptação das intervenções às características específicas da população local. A falta de acesso equitativo a serviços de saúde e a variação nos estilos de vida são aspectos que precisam ser considerados ao desenvolver políticas e programas voltados para a prevenção e o controle das CCNT no estado (Serra, 2023).

Nesse contexto, a atuação dos gestores em saúde torna-se crucial para traçar estratégias efetivas, promover a integração de ações e buscar soluções inovadoras que abordem as necessidades específicas da população sul-mato-grossense. A compreensão profunda do perfil epidemiológico e das dinâmicas locais das CCNT essencial para orientar intervenções eficazes e promover

uma melhoria sustentável nos indicadores de saúde da população do estado (Silva et al., 2023).

Diante da situação preocupante do estado em relação ao problema do excesso de peso, é essencial identificar áreas de aprimoramento na organização da atenção nutricional. Enfrentar esse desafio de saúde pública requer uma análise cuidadosa, especialmente considerando a escassez de evidências científicas sobre o tema. Nesse sentido, torna-se crucial examinar a gestão da APS no estado de Mato Grosso do Sul (Silva et al., 2023).

#### **2.2.4 Diabetes Mellitus**

O diabetes *mellitus* (DM) caracteriza-se por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, resultante da hiperglicemia causada por defeitos da ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. É uma das quatro CCNTs identificadas como prioritárias para intervenção pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2021-2030 (Brasil, 2011a).

Estudo publicado em 2020, sobre a Carga Global das Doenças, identificou a diabetes como uma das causas de maior impacto nos anos perdidos por incapacidade. O Brasil ocupa a quarta colocação no número de pessoas com DM no mundo, apresentando uma prevalência de aproximadamente 8% (GBD,2019).

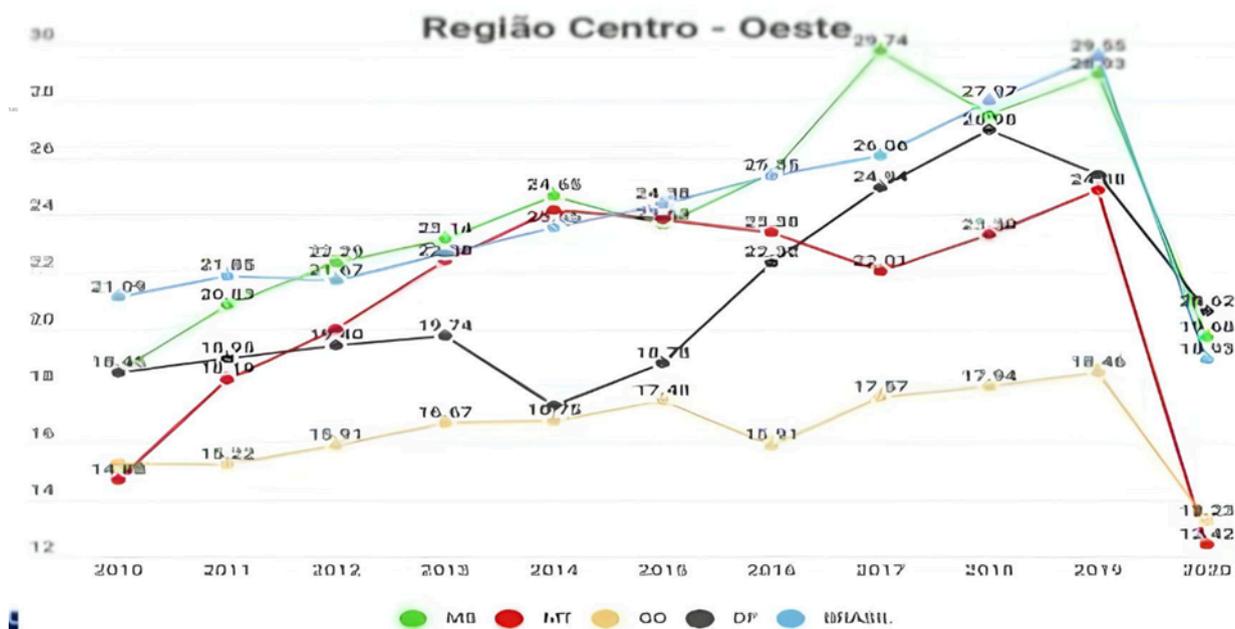
O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (SBD, 2019).

Por ser uma condição de saúde sensível à Atenção Primária à Saúde, o manejo adequado e oportuno é capaz de evitar complicações. Contudo, observa-se uma alta prevalência na ocorrência da DM, bem como das complicações advindas dessa patologia, assim, tal situação aponta a necessidade de investimentos na prevenção, no controle da doença e nos cuidados longitudinais (Flor; Campos, 2017).

Uma das complicações decorrentes da DM e que gera grande impacto na

qualidade de vida dos indivíduos e custos aumentamos ao sistema de saúde é a amputação de membros inferiores que acomete, frequentemente, pessoas com baixo nível socioeconômico, associados a condições inadequadas de higiene e falta de acesso às unidades de saúde (Brasil, 2015).

**Gráfico 15 - Amputações por 100.000 habitantes nos estados do Centro Oeste entre 2010 e 2020.**



Fonte: Silva et al, 2021.

Na região Centro Oeste, entre os anos de 2010 e 2020, Mato Grosso do Sul lidera as prevalências de amputações de MMII para 100.000. (Silva et al., 2021). Assim, pode-se fazer uma associação entre o manejo inadequado da DM e suas complicações por parte dos serviços de saúde (Silva et al., 2021).

Conforme dados coletados pela Vigitel em 2023, a frequência de adultos do sexo masculino que referiram diagnóstico médico de diabetes na capital Campo Grande foi de 4,6%, mostrando-se bem inferior à média máxima observada nos estados de Porto Alegre e no Distrito Federal (11,9%). Contudo, os dados analisados da população feminina, mostrou que as mulheres ocupam a segunda posição, representando uma porcentagem de 12,9%, ficando atrás apenas de Fortaleza/CE (13,6%) (Brasil, 2023b).

**TABELA 47** Percentual\* de adultos (≥18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2023

CAPITAIS/DF	SEXO					
	TOTAL		MASCULINO		FEMININO	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	9,6	7,3 - 11,9	7,8	4,4 - 11,2	11,1	8,1 - 14,1
Belém	6,9	4,9 - 8,8	6,6	3,8 - 9,3	7,1	4,4 - 9,9
Belo Horizonte	8,7	6,6 - 10,7	7,7	4,5 - 10,9	9,5	6,7 - 12,2
Boa Vista	6,9	5,0 - 8,8	3,7 <sup>††</sup>	1,7 - 5,7	9,9	6,8 - 12,9
Campo Grande	9,0	6,8 - 11,2	4,6	2,2 - 7,0	12,9	9,4 - 16,5
Cuiabá	9,0	6,2 - 11,9	10,0	4,8 - 15,1	8,1	5,5 - 10,8
Curitiba	9,8	7,5 - 12,0	9,5	6,2 - 12,8	10,0	6,9 - 13,1
Florianópolis	7,2	5,3 - 9,1	5,1	2,9 - 7,3	9,1	6,2 - 12,0
Fortaleza	11,6	9,2 - 14,0	9,2	5,5 - 12,8	13,6	10,4 - 16,9
Goânia	8,8	6,3 - 11,2	6,8	3,6 - 9,9	10,5	7,0 - 14,0
João Pessoa	7,2	5,4 - 9,1	7,2	4,0 - 10,3	7,3	5,1 - 9,6
Macapá	6,8	4,7 - 9,0	7,5	3,9 - 11,1	6,2	3,7 - 8,6
Maceió	9,6	6,6 - 12,5	8,3	4,1 - 12,5	10,6	6,5 - 14,7
Manaus	8,2	5,9 - 10,6	8,2	4,3 - 12,0	8,3	5,5 - 11,1
Natal	11,8	9,0 - 14,7	11,6	6,9 - 16,4	12,0	8,7 - 15,3
Palmas	8,2	6,2 - 10,3	6,8	4,2 - 9,4	9,5	6,6 - 12,5
Porto Alegre	12,0	9,1 - 14,9	11,9	7,0 - 16,8	12,1	8,7 - 15,5
Porto Velho	6,6	4,2 - 9,0	6,2 <sup>††</sup>	2,3 - 10,2	7,0	4,3 - 9,6
Recife	8,3	6,1 - 10,4	6,9	3,3 - 10,5	9,3	6,7 - 12,0
Rio Branco	5,6	3,9 - 7,3	3,5	1,2 - 5,7	7,6	5,1 - 10,0
Rio de Janeiro	11,0	8,5 - 13,4	9,5	5,9 - 13,2	12,1	8,9 - 15,4
Salvador	9,0	6,8 - 11,2	6,4	3,4 - 9,4	11,2	8,1 - 14,3
São Luís	6,0	4,0 - 8,0	5,0	1,9 - 8,1	6,8	4,2 - 9,3
São Paulo	12,1	9,3 - 14,9	11,5	7,0 - 16,0	12,7	9,2 - 16,1
Teresina	10,2	7,9 - 12,5	9,1	5,8 - 12,4	11,1	7,9 - 14,3
Vitória	9,6	6,9 - 12,4	7,2	3,8 - 10,6	11,7	7,7 - 15,8
Distrito Federal	12,1	9,1 - 15,1	11,9	7,6 - 16,2	12,2	8,0 - 16,5

\*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2023 (ver Aspectos Metodológicos).

†† Número de casos menor que 20. Estimativa deve ser utilizada com cautela, dada sua baixa precisão.

Nota: IC = Intervalo de Confiança.

Fonte: Vigitel Brasil, 2023.

A Federação Internacional de Diabetes estima que o Brasil tenha em torno de 16,8 milhões de pessoas portadoras de DM (FDI, 2020). Se as tendências atuais persistirem, estima-se que o número de diabéticos seja superior a 628,6 milhões em 2045. No Brasil, existe uma incidência crescente de DM, que coloca o país entre os quatro primeiros em relação à prevalência dessa doença a nível mundial (Guariguata et al., 2013).

Sendo está uma condição sensível, ou seja, é uma enfermidade que poderia ser evitada e controlada a partir de um conjunto de ações oportunas e efetivas de profissionais e gestores no âmbito da atenção básica. Assim, devem ser ofertados serviços de saúde suficientes e adequados para atender à crescente demanda,

buscando evitar complicações, hospitalizações, óbitos e elevados gastos do sistema de saúde (Arruda, 2018).

Um ponto chave para o atendimento aos portadores de diabetes mellitus é o cuidado longitudinal. Entende-se como longitudinalidade do cuidado um dos atributos básicos da atenção primária em saúde, no qual consiste em acompanhar o usuário do serviço ao longo do tempo, envolvendo uma relação terapêutica de responsabilidade mútua entre o profissional de saúde e o usuário. Tal atributo constitui-se por três elementos, sendo estes: 1) a existência e o reconhecimento da prestação de cuidado regular; 2) o estabelecimento de vínculo terapêutico; 3) continuidade informacional entre os sujeitos envolvidos no cuidado (Baricati, 2016).

Sabe-se que as CCNT sofrem influência local, regional e cultural, sendo assim, de acordo com um relatório produzido através do sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica – e-Gestor AB – do indicador de desempenho que monitora a proporção de pessoas com diabetes, foi constatado que em Mato Grosso do Sul existem, no ano de 2023, 216.349 pessoas possuíam diagnóstico de Diabetes Mellitus, o equivalente a 7,62% da população do estado (MS, 2023). Desta forma, o gestor em saúde deve estar atento a situação de saúde do seu território e assim pactuar fluxos, reorganizar o processo de trabalho e assim facilitar o acesso às unidades e serviços que a população precisa (BRASIL, 2013).

### **2.2.5 Hipertensão Arterial Sistêmica**

Considera-se a hipertensão arterial sistêmica uma CCNT multifatorial que depende de fatores genéticos e epigenéticos, ambientais e sociais. O diagnóstico é feito por meio da aferição da pressão a partir do ponto de corte definido por pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq$  140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq$  90 mmHg (Brasil, 2020)

Dentre os fatores de riscos para o desenvolvimento da HAS, destacam-se a genética, idade avançada, sexo, etnia, sobrepeso e/ou obesidade, ingestão elevada de sódio, sedentarismo, ingestão de álcool, além de fatores socioeconômicos, incluindo menor escolaridade, condições de habitação inadequadas e baixa renda familiar (Barroso et al., 2020).

A HAS é fator de risco cardiovascular, cerebrovascular e renal altamente prevalente em todo o mundo. Esse risco associado pode ser reduzido por meio da instituição de uma terapia bem estabelecida e validada cientificamente. Por essas razões, o controle da HAS desempenha um papel na prevenção de doenças crônico-degenerativas na saúde pública. A taxa de HAS controlada reflete a qualidade da assistência à saúde oferecida à população (Lobo et al., 2017).

O número de pessoas que vivem com hipertensão (pressão arterial de 140/90 mmHg ou mais ou que tomam medicamentos para hipertensão) dobrou entre 1990 e 2019, passando de 650 milhões para 1,3 bilhão. Quase metade das pessoas com hipertensão em todo o mundo não tem conhecimento de sua condição. Mais de três quartos dos adultos com hipertensão vivem em países de baixa e média renda (OPAS, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com um crescimento global de 60% dos casos até 2025. Além disso, a HAS é responsável por aproximadamente 7,1 milhões de mortes anuais. Esses números alarmantes destacam a importância de medidas preventivas e tratamentos eficazes para combater essa condição de saúde globalmente prevalente (OMS, 2003).

A HAS acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconômico e representa o principal fator de risco para a Doença Cardiovascular (DCV), sendo responsável por significativa contribuição na carga global das doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (Malta et al., 2017).

Tendo em vista tal situação, um levantamento realizado através da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2021 e publicada no ano de 2023, mostrou que a taxa de mortalidade associada a hipertensão arterial atingiu o maior valor dos últimos dez anos, apresentando a ocorrência de 18,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2021. Observa-se o crescimento acentuado da taxa de mortalidade a partir de 2020, passando de 12,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 para 17,8 em 2020 (MS, 2023).

Ao realizar uma análise dos dados disponíveis a respeito da prevalência de hipertensão arterial no estado de Mato Grosso do Sul e o comparativo com as demais regiões do país, há poucas pesquisas realizadas nesse tocante. Contudo, é possível

observar que no cenário das doenças crônicas, a hipertensão arterial alcança prevalência de 21,4% entre adultos, alcançando 55% das pessoas acima de 75 anos (Santos et al.,2017).

Em 2012, de 14.634 óbitos ocorridos em Mato Grosso do Sul, 4.311 (29,4%) foram decorrentes das doenças do aparelho circulatório, sendo 739 (5%) causados por doenças hipertensivas, proporção superior a do país (28,2% e 3,8%) e da Região Centro-oeste (27,3% e 3,8%), respectivamente (Santos et al.,2017).

No Brasil, inquéritos populacionais têm adotado questionários para informações autorreferidas, pela simplicidade e pelos custos reduzidos na aplicação da técnica. Um exemplo é o Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que apontou prevalência de HA constante na última década, atingindo cerca de um quarto da população brasileira adulta (Brasil, 2016).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito domiciliar nacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizou tanto medidas referidas quanto aferidas para estimar a HAS na população brasileira. A inclusão dessas medidas na PNS resultou em um grande avanço para a saúde pública, possibilitando melhor avaliar a extensão do problema na população (Malta et al., 2018).

De acordo com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada em 2021 com relatório publicado em 2022, a frequência de adultos (18 anos ou mais) do conjunto das capitais brasileiras que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 26,3%. Isso representa aumento em relação aos dados de 2011, quando esse percentual era de 24,3% (Brasil, 2023).

Seguindo o padrão de incidência, de acordo com dados do sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica – e-Gestor – entre os meses de setembro e dezembro de 2022, cerca de 25% da população de Mato Grosso do Sul tiveram o diagnóstico de hipertensão registrados. Desta forma, fica evidente a necessidade do trabalho de gestão eficiente de modo a garantir o fluxo adequado de cuidado dos pacientes com HAS e preparar o serviços para esse cuidado (BRASIL, 2013).

### 2.2.6 Sobrepeso e obesidade

O sobrepeso e a obesidade possuem como características comuns o acúmulo de gordura corporal, excedendo o nível dos padrões aceitáveis de normalidade antropométrica em diferentes graus e integram o grupo das CCNT (Filho et al, 2020).

Para o diagnóstico, são utilizados dados antropométricos como valores de corte para classificação do estado nutricional de adultos através do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo o sobrepeso caracterizado por valores entre 25 até 30 Kg/m<sup>2</sup> e a obesidade por valores iguais ou acima de 30 Kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2020).

A obesidade surge frente a um desafio global de saúde, influenciada de forma direta pela interação dos fatores sociais, econômicos e culturais, associada a transição nutricional, caracterizando-se por mudanças nos padrões alimentares, além do aumento do sedentarismo, que desempenha um fator crucial no aumento da prevalência da obesidade (Popkin, Corvalan, Strawn, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade se caracteriza como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado aos riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina (Brasil, 2014).

A organização supracitada também considera que o excesso de peso é tido como uma epidemia global, levando a óbito mais de 4 milhões de pessoas anualmente, devido ao sobrepeso ou à obesidade. No Brasil, os índices referentes à obesidade tornam-se alarmantes e, dados do Ministério da Saúde, a partir da pesquisa VIGITEL, mostram um aumento nos níveis de excesso de peso e obesidade, totalizando, respectivamente, 52,5 % e 17,9 % da população brasileira (Brasil, 2011b). Ao realizar o comparativo entre os dados coletados pela VIGITEL entre os anos de 2011 e 2023, observa-se um acréscimo de 10,9% na população em sobrepeso e 6,4% naqueles com obesidade (Brasil, 2023).

Segundo o mapa da Obesidade da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e dados analisados pelo Painel Brasileiro da Obesidade (PBO) a partir de inquéritos nacionais, a obesidade está presente em

uma proporção de 1 a cada brasileiro, mostrando tendência de crescimento. Sendo assim, a obesidade é uma preocupação recorrente pois mostra-se como realidade complexa e multifacetada (Popkin; Corvalan, Strawn, 2020).

Dados extraídos do VIGITEL de 2023 indicam que 24,3% da população adulta brasileira vive com obesidade. Contudo, quando é realizado o comparativo com a capital Campo Grande, a mesma supera a média nacional em 2,7% de prevalência, correspondendo à segunda capital do País com mais casos de obesidade (Brasil, 2023).

Quando olhamos para o estado do MS a partir de dados dos relatórios públicos do SISVAN, em relação à população coberta pela APS, a situação é ainda mais alarmante. Do total de adultos avaliados no ano de 2023, 38,8% tinham IMC acima de 30kg/m<sup>2</sup>, ficando acima da média da região Centro-oeste (34,3%) e da nacional (33,5%) (Brasil, 2024a). É importante frisar também que em 2019, o estado brasileiro com maior número de mortes atribuíveis ao excesso de peso foi o Mato Grosso do Sul, com 959,7 mortes por milhão de habitantes no ano de 2019 (Malta *et al.*, 2018).

Assim, reconhecer a obesidade como uma doença nos inquéritos nacionais é crucial para uma compreensão abrangente da saúde da população. A obesidade precisa ser avaliada da mesma forma que outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, cujos inquéritos nacionais abordam questões específicas sobre o acesso a serviços de saúde e tratamentos relacionados a essas condições (Popkin, Corvalan, Strawn, 2020).

Neste sentido, vale destacar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que possui a vigilância alimentar e nutricional (VAN) como uma de suas diretrizes, sendo fundamental para a atenção nutricional no SUS e no cuidado do sobre peso e da obesidade (Brasil, 2015; Orué et al., 2022).

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) pode auxiliar gestores e profissionais na garantia do cuidado integral, auxiliando na formulação de estratégias de prevenção e de tratamento dos agravos por meio da avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população, determinante social importante do sobrepeso e da obesidade (Brasil, 2022; Ministério da Saúde, 2015).

Além disso, a VAN subsidia o planejamento nutricional e as ações de promoção da saúde e alimentação adequada e saudável no SUS, o que contribui na

qualificação do cuidado na APS, auxiliando, também, no controle e na participação social (Brasil, 2015).

Por isso, fica claro a importância de fortalecer a vigilância, especialmente da VAN, pois por meio dela é possível realizar diversas estratégias, associando as informações provenientes dos serviços de saúde, bem como de outras fontes, como, por exemplo, inquéritos populacionais, chamadas nutricionais e demais produções científicas (Brasil, 2015).

### **2.3 Sistema Único de Saúde e Gestão em Saúde**

O Brasil tem um Sistema Nacional de Saúde, público e universal, denominado SUS, resultado da luta pela redemocratização do País, que traz em seu arcabouço legal importantes elementos como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos socioambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (Macinko; Mendonça; 2018).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, os serviços de saúde no Brasil iniciaram uma nova jornada com o intuito de democratizar o acesso aos cuidados de saúde para todos os indivíduos, possível a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é regido pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação de saúde e tem como princípio a regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação popular (Santos et al., 2017).

Em 2006, foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB, atenção básica é definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Macinko, Mendonça, 2018).

Em 2011, com a proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas regiões brasileiras, a APS foi definida como porta de entrada do SUS (PNAB, 2011). Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso (Macinko, Mendonça, 2018).

No Brasil, a estruturação de serviços de APS, especialmente quando organizados segundo o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se em um importante diferencial para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a obtenção de melhores resultados em prol de um cuidado mais equânime, abrangente e universal (Macinko, Mendonça, 2018; Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Contudo, a consolidação das diretrizes contidas na proposta da ESF não ocorreu de modo homogêneo e tem sido ainda mais comprometida por instabilidades e retrocessos políticos ao longo dos últimos anos (Giovannella et al., 2019).

Devido à complexidade implícitas às discussões a respeito da organização de serviços de APS, dentro da perspectiva de políticas públicas, dos modelos de atenção, assim como da relevância da análise das práticas de saúde e seu gerenciamento, considera-se que estudos visando às interfaces da gestão municipal com a organização dos processos de trabalho poderão auxiliar nas reflexões sobre a incorporação das diretrizes ético-políticas do SUS para a APS e suas práticas (Castanheiro *et al.*, 2024).

O Brasil possui 440 regiões de saúde instituídas e distribuídas em uma organização federativa com poder compartilhado entre a União, estados e municípios. Isto contribui para uma arquitetura complexa de governo do Sistema Único de Saúde (SUS) nas fronteiras interestaduais, que agregam, além dessa composição tríplice, no mínimo, dois estados (Reis et al., 2017; Aikes; Rizzotto, 2018).

O desenho federativo definido na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde alterou profundamente a natureza das relações intergovernamentais no setor saúde, favorecendo a emergência de uma governança de natureza mais cooperativa (Fleury, 2014).

A consolidação desse formato específico de federalismo no SUS envolveu a construção de um arcabouço político-institucional em que as comissões intergestores assumiram um papel central como fóruns de apresentação de propostas, discussão de alternativas e estabelecimento de pactos confiáveis entre as três esferas de governo. A atuação regular e adequada da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), constituída de representantes dos gestores federais, estaduais e municipais, e das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), constituída de representantes dos gestores estaduais e municipais, ambas tratam a respeito da operacionalização e contribuiu de forma

expressiva para gerenciar os dilemas do processo de descentralização e implantação do SUS (MS, 2023).

A partir de 1990, o termo governança se disseminou na América Latina e no Brasil, como retórica oficial de governos para designar um modo específico de governar, em associação com o debate internacional sobre a reforma do Estado e a nova Administração Pública (Marques, 2013).

No caso dos estudos de políticas de saúde, a governança torna-se útil para a compreensão da intervenção regulatória do Estado nesse setor, marcada pela multiplicidade de atores em função dos seguintes processos: repartição dos esquemas de financiamento e provisão (de insumos e serviços) nos sistemas de saúde; descentralização para entes subnacionais (regionais e locais); transferência de funções de gestão e prestação para empresas privadas com ou sem fins lucrativos e, execução de ações e serviços com relativa autonomia dos prestadores (incluindo os profissionais) (Greer; Jarman; Azorsky, 2014).

Com o advento da descentralização, houve uma valorização dos secretários e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento, o que fez declinar a influência dos políticos locais. Nesse contexto, foram criadas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), nos três níveis de governo, com a finalidade de subsidiar a gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS) (Albuquerque et al., 2018).

A descentralização do SUS promoveu mudanças simultâneas na divisão federativa das atribuições, na organização e gestão da rede de serviços, na elaboração, implementação e avaliação de políticas e programas, no financiamento e na tomada de decisões. Em todas essas dimensões, observou-se a transferência de competências da União para os estados e municípios, que assumiram, em seus respectivos territórios, a gestão operacional do SUS, enquanto as instâncias centrais se especializaram na formulação, apoio à implementação, e avaliação de políticas e programas considerados de expressiva relevância (Sauter; Perlini; Kopf, 2012).

As comissões intergestores tiveram um papel essencial nesse processo. Implementadas, efetivamente, nos primeiros anos da década de 1990, como parte da estratégia na NOB 93, desde então têm sido as principais instâncias de coordenação política do pacto federativo setorial (Ouverney, 2021).

Sendo assim, as comissões intergestores CIT e CIB se organizaram como

fóruns permanentes de gestão colegiada do SUS, produzindo negociação e decisão, processando tensões, mas também operando alinhamento em aspectos centrais da implementação. O esforço de coordenação realizado por estas estruturas colegiadas favoreceu a indução de estratégias de gestão para a produção da política. Atuaram promovendo convergência e deliberação sobre normativas e instrumentos de gestão, mas também ampliando o consenso e a legitimidade em torno dos objetivos para os quais se voltam à ação pública bem como dos seus instrumentos operativos (Jaccoud; Meneses; Stuchi, 2021).

#### **2.4 Plano de enfrentamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis**

Considerando-se o panorama epidemiológico e econômico das CCNT no Brasil no ano de 2011, o Ministério da Saúde coordenou o processo de elaboração do 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das CCNT no Brasil, 2011-2022', para o qual contou com a colaboração de outros mais de 20 ministérios, diferentes instituições acadêmicas, secretarias de estado e municipais, sociedades científicas e organizações não governamentais, garantindo a inclusão de ações da Saúde como também dos demais setores envolvidos (Brasil, 2011).

Ainda que o crescimento das CCNT se mostre em ascensão, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde e redução de seus fatores de risco, através da melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Como resposta ao desafio das CCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância Epidemiológica de CCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e agravos e seus atores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (Brasil, 2011).

Neste contexto, destaca-se a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para CCNT do Ministério da Saúde, com o objetivo de fazer o acompanhamento dos fatores de risco da população adulta brasileira (Brasil, 2023). Em paralelo, outra forma de realizar o monitoramento das CCNTs transmissíveis ocorreu com a implementação, em 2019, com o Programa Previne

Brasil, que propõe um novo modelo de financiamento federal para o custeio da APS, por meio da avaliação de indicadores gerados no âmbito do sistema e-SUS APS e do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) (Shonholzer et al., 2023). Especificamente os indicadores 6 e 7, os quais abordam as CCNT com destaque para hipertensão arterial e diabetes mellitus. A escolha de tais patologias se deu devido às elevadas prevalências (Brasil, 2019, 2022).

Outros programas implementados pelo Ministério da Saúde que versa sobre a temática em questão são a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, que prioriza diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool, tem sido uma prioridade de governo (Brasil, 2010b).

O programa 'Academia da Saúde', criado em abril de 2011, visando a promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população (PAS, 2011).

As ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se as ações regulatórias, como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, e adesão, em 2006, à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco. E que no ano de 2023 Instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2023).

Um marco histórico na evolução de políticas que versam sobre alimentação e nutrição, ocorreu em 1999 com a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, uma estratégia do Ministério da Saúde que visa melhorar a qualidade da alimentação e nutrição da população brasileira, prevenir agravos relacionados à má alimentação e à desnutrição, objetivando respeitar, proteger, promover e prover o direito humano à saúde, à alimentação e à nutrição adequada (Brasil, 2013)

Ainda no campo da alimentação e nutrição, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do Ministério da Saúde, ao lado do Guia Alimentar para a População Brasileira, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras *trans* e, para a redução de sal nos alimentos (Brasil, 2011).

Uma das estratégias brasileiras para a implementação das Redes de

Atenção à Saúde é proporcionar cuidados contínuos aos usuários com CCNT. Nesse contexto, torna-se essencial estabelecer e estruturar localmente e regionalmente a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, abrangendo tanto a Atenção Primária à Saúde quanto a Atenção Especializada de média e alta complexidade, além dos sistemas de suporte, conforme destacado em fontes oficiais (Brasil, 2017).

## **2.5 O papel dos gestores em saúde e o cuidado a CCNT**

A gestão do sistema de saúde envolve um conjunto de fatores, que dentre muitas atribuições, faz-se necessário conhecimentos sobre a situação sanitária, sobre práticas administrativas e financeiras, legislação, relações interpessoais, e negociação. O processo de trabalho e a gerência das organizações públicas de saúde abrangem um conjunto de desafios enfrentados cotidianamente (Barbosa, 2016).

Um dos aspectos de destaque é o perfil dos profissionais de saúde para atender as necessidades do Sistema. Pois, aspectos ligados às características de quem decide, coordena os processos de formulação e implementação de políticas e exerce a prática gestora constituem dimensões importantes a serem consideradas (Barbosa, 2016).

Para Motta (1999) a palavra gestão sugere a ideia de dirigir e de decidir. Teixeira e Molesini (2002, p.33) entendem gestão em saúde como o conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas, desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a programação, a direção, a organização e controle do sistema de serviços de saúde.

O caráter profissional do trabalho em saúde sugere que mudanças nas organizações de saúde decorrem de modificações progressivas de comportamento dos profissionais, por meio de ações educativas e de articulação entre a melhoria das condições de trabalho e a responsabilização dos profissionais por seu desempenho individual e coletivo (Motta, 1999).

Nesse sentido, o gestor pode e deve desenvolver estratégias que buscam a qualificação e atualização dos profissionais que o auxiliam na gestão, visando buscar que os profissionais tenham as competências adequadas à realização das atividades

que o alcance dos objetivos da organização requer. Além disso o mesmo gestor pode desenvolver estratégias de gestão relacionadas com a implantação de processos de trabalho mais efetivos e relações de trabalho mais motivadoras (Souza, 2014).

O sistema de saúde sofreu um impacto maior, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS pela lei 8.080/90, gerando um processo de descentralização contínuo dos serviços de saúde para os municípios, que assumiram a responsabilidade pelo gerenciamento dos serviços de Atenção Básica. Ao assumir o planejamento, gestão e execução dos serviços, os municípios passaram a necessitar da atuação de um número progressivamente maior de profissionais gestores (Lima et al., 2020.)

Além do processo de descentralização dos serviços de saúde, outro fator importante na gestão em saúde diz respeito ao estabelecimento de coerência entre a situação de saúde e a população usuária de forma contínua e proativa. Assim, a implementação da Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica no exercício de alguns atributos essenciais para o desempenho das funções, sendo estes: 1) primeiro contato; 2) longitudinalidade; 3) integralidade; 4) coordenação; 5) focalização na família; 6) orientação comunitária; 7) competência cultural. A junção desses atributos é o que dá embasamento para o exercício das funções da APS, sendo elas: 1) resolutividade; 2) comunicação; 3) responsabilização territorial. Só sendo possível possuir uma APS de qualidade com a presença desses sete atributos (Brasil, 2012).

Na prática, isso requer por parte do gestor, articular as ações da APS com os demais setores presentes no espaço regional de atuação. Isto é, articular as intervenções locais da APS com os programas de organizações governamentais e não governamentais dos diferentes setores, levando a uma melhoria dos níveis de saúde da população adscrita.

Do ponto de vista gerencial, há diversas dificuldades associadas ao processo de gestão e que necessitam serem superadas como, por exemplo, o processo de territorialização que muitas vezes não é feito de forma adequada, a gerência com base na oferta, a ausência de gestão da clínica e a baixa profissionalização dos gestores (Brasil, 2012). Sendo a APS uma organização complexa e que atua em diversas vertentes, interagindo com múltiplos processos de trabalho realizados por equipes multiprofissionais, tais características as colocam em

um patamar de alta dificuldade de gestão. Isto porque, relaciona-se com uma população adscrita e se responsabiliza por ela ao longo de toda a rede de atenção à saúde.

Dentro dessa perspectiva, em 2003 foi proposto o Modelo de Atenção Crônica (MACC) que visa nortear a forma de gerir tais condições, isso porque, a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, era de privilegiar as condições e aos eventos agudos, contudo, com a transição epidemiológica e demográfica, bem como a incidência e prevalência das CCNT, fez-se necessário a criação de um modelo de atenção à saúde voltado para as condições crônicas (Brasil, 2012).

Assim, o MACC foi proposto como resposta aos grandes desafios colocados pela emergência das CCNT, sendo eles:

Desafio 1) a mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde; solução 1) a implantação do novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos.

Desafio 2) os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos; solução 2) a atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atua com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde (Brasil, 2012).

Desafio 3) a equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno; solução 3) é necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar suporte às decisões; há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação

permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e feedbacks, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais- líderes.

Desafio 4) a dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas; solução 4) é preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todas as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados (Brasil, 2012). Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todas as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante.

Desafio 5) as pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de confiança para se autocuidarem; solução 5) as tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do CCM.

Desafio 6) os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias; solução 6) deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem complementar os recursos das organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas (Brasil, 2012).

Assim, um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às CCNT deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças. Um facilitador para a implementação e superação de tais desafios são as Redes de Atenção à Saúde (RAS), como apresentado anteriormente. A Organização Mundial da Saúde considera que as RAS contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades, produz-se uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (OMS, 2003).

Não obstante, o fato da responsabilização por determinada população adscrita, requer por parte da gestão em saúde o reconhecimento que tal população apresenta histórias e culturas singulares e que devem ser compreendidas pela gerência em seu cotidiano. Assim, a APS é uma organização singular e complexa a qual exige processos de gerência muito específicos que facilitem os mecanismos de troca e de geração de conhecimento (Mendes, 2012).

Nesse sentido, a concepção de APS é uma atividade bastante complexa, especialmente quando se agrega o manejo adequado das condições crônicas. Não obstante, no SUS, uma pequena parte das unidades de APS dispõe de uma gerência profissional em tempo integral. Apenas 19,5% das unidades possuem gerentes contratados exclusivamente com essa função, sendo 5,1% na região Centro-Oeste e 15,5% na região Sul. Do total de gerentes, somente 38,7% tiveram alguma capacitação em gestão em saúde, sendo entre esses valores 24,8% nas regiões Norte e Nordeste (CONASS,2015).

### **3 Objetivo Geral**

Descrever as características e processo de trabalho dos gestores municipais em saúde do estado do Mato Grosso do Sul em relação à gestão da atenção às pessoas com Condições Crônicas Não Transmissíveis.

#### **3.1 Objetivo Específico**

1. Caracterizar os gestores municipais em saúde quanto ao número, perfil, formações acadêmicas, experiência profissional e cargos ocupados.
2. Avaliar o conhecimento dos gestores sobre hipertensão, diabetes mellitus e sobrepeso/obesidade, incluindo linhas de cuidado, modelos de atenção e organização do cuidado para essas condições de saúde.
3. Analisar as habilidades e capacidade de aplicação do conhecimento dos gestores na gestão da atenção às pessoas com diabetes mellitus e sobrepeso/obesidade, considerando a eficácia das ações implementadas e a adequação às demandas locais.

4. Investigar as ações dos gestores em relação à aplicação do conhecimento na gestão sobre hipertensão, diabetes mellitus e sobrepeso/obesidade, incluindo disposição para adotar práticas inovadoras e adaptar-se às necessidades da população.
5. Identificar barreiras e facilitadores para organizar a gestão da atenção às pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e sobrepeso/obesidade, visando identificar desafios enfrentados e recursos disponíveis para superá-los.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob parecer de número 4.605.843 (CAAE: 43681121.0.0000.0021) e todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online. O presente estudo contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Mato Grosso do Sul, sob gerência do Observatório de Condições Crônicas e Alimentação (OCCA).

### 4.2 Tipo e procedimento da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada a partir da aprovação do projeto de pesquisa e extensão apresentados a Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS No 28/2020 - Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados. A referida chamada solicitou a realização de análise situacional de gestores em saúde. Assim, a partir de critérios definidos na chamada, os pesquisadores elaboraram um questionário autoaplicável (apêndice 2) tendo como referencial norteador os atributos essenciais da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família (Oliveira *et al.*, 2013) e o Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária (em inglês, PCATool) (Brasil, 2010c), além de questões sugeridas pelos pesquisadores.

O questionário autoaplicável não passou por avaliação sistemática, tendo sido validado por meio do compartilhamento e adequações deste entre docentes e profissionais dos serviços de saúde do estado e do país com o auxílio da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) por meio do Acordo de Cooperação (Processo n.º 23104.036650/2021-63-UFMS). Após a aprovação da versão final do questionário, foram coletadas informações dos gestores em saúde municípios do estado do Mato Grosso do Sul sobre: caracterização sociodemográfica dos gestores; avaliação sobre o conhecimento dos gestores sobre HAS, DM e

sobrepeso/obesidade e seus fatores de risco, conhecimento das linhas de cuidado das três condições; conhecimentos sobre modelos de atenção e organização do cuidado para as três condições; avaliação do gestor sobre o conhecimento e processo de trabalho dos profissionais da assistência da APS sobre o cuidado das três condições; aplicação do conhecimento recebido para a gestão da atenção às pessoas sobre as três condições e participação em educação permanente.

Assim, realizou-se estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e baseado em dados primários. O cálculo amostral foi realizado a partir do número de municípios do estado de Mato Grosso do Sul, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2022 (IBGE, 2022), sendo 79 municípios, considerando-se pelo menos um gestor municipal de saúde por município. Os critérios de seleção e elegibilidade para participação da pesquisa foram: 1) atuando nos cargos de gestores envolvidos com rede de crônicas; 2) secretário de saúde; 3) gestores da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; 4) coordenadores da APS. Foram excluídas respostas duplicadas do mesmo indivíduo, indivíduos que não se identificaram claramente como gestores dentro das opções de campo aberto do questionário, indivíduos que declararam não ter formação superior concluída e indivíduos menores de idade.

A coleta de dados ocorreu de forma on-line, no período de janeiro a maio de 2024, através do link do questionário disponibilizado pelo software de questionários SurveyMonkey®, com auxílio Coordenadoria de Doenças Crônicas (CDC) da SES/MS, área técnica estadual para cuidado de CCNT em Mato Grosso do Sul, que mapeou atores-chave nos 79 municípios do estado para comporem a amostra do estudos que objetivou uma (01) resposta por município do estado, em um esforço conjunto do serviço-acadêmia para produção de evidências na construção de linhas de cuidado para CCNT. O software de coleta de dados garantiu que os dados obtidos fossem criptografados, e armazenados em nuvem, o que garantiu o sigilo e segurança dos participantes.

A análise estatística foi conduzida utilizando o software Stata® versão 17.0. Inicialmente, as variáveis categóricas foram descritas em termos de frequências absolutas e relativas (%). Para comparar a proporção de gestores que declararam que a gestão do cuidado de condições crônicas (sobrepeso/obesidade, diabetes e hipertensão) era formalmente instituído em seu município em relação aos gestores

que informaram que não havia essa formalização, aplicou-se o Teste Exato de Fisher, apropriado para amostras pequenas e tabelas de contingência 2x2 adotando-se um nível de significância de 5%.

Foi aplicado o protocolo STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) a fim de tornar transparente e reprodutível os dados aqui apresentados.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados da pesquisa originaram o manuscrito a seguir, submetido para publicação na revista “Ciência e Saúde Coletiva”, estrato A1 na classificação Capes 2017-2020 e percentil 58% no Scopus. O comprovante de submissão e as normas da revista estão apresentados nos Anexos C e Apêndice C

### **PERFIL DE GESTORES EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: CUIDADO DO SOBREPESO/OBESIDADE, DIABETES E HIPERTENSÃO**

### **PROFILE OF HEALTH MANAGERS IN THE STATE OF MATO GROSSO DO SUL: CARE FOR OVERWEIGHT/OBESITY, DIABETES AND HYPERTENSION**

**Autores:** Danielle Araujo Dantas (<https://orcid.org/0009-0007-9692-031X>), Maria Ligia Rodrigues Macedo (<https://orcid.org/0000-0002-6063-0763>), Andreia Ferreira da Costa (<https://orcid.org/0009-0002-5391-5135>), Daniela Marques Monti, Camila Medeiros da Silva Mazzeti (<https://orcid.org/0000-0002-6314-3960>), Bruna Paola Murino Rafacho (<https://orcid.org/0000-0001-8825-6980>)

## **RESUMO**

A profissionalização da gestão da saúde é essencial para aprimorar processos de trabalho e garantir desempenho eficaz do Sistema de Saúde, em especial no cuidado às Condições Crônicas Não Transmissíveis. O objetivo foi descrever o perfil dos gestores e a organização de ações em saúde para pessoas com sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus em Mato Grosso do Sul a partir de área técnica formalmente instituída. Estudo descritivo-exploratório,

transversal e quantitativo por meio de questionário online a gestores municipais de saúde sobre conhecimentos e organização dos serviços de saúde. As variáveis foram descritas em frequências absolutas e relativas. Para comparar os municípios com gestores formalmente instituídos com aqueles que não possuíam gestores instituídos, aplicou-se o Teste Exato de Fisher (nível de significância de 5%). A maioria era do sexo feminino e cor branca e 59% dos municípios não possuíam responsável técnico para as Condições Crônicas ou linhas de cuidado de diabetes (52%), hipertensão (46%) e sobrepeso/obesidade (57%). Ter a coordenação formalmente instituída se associou a maior participação em processos decisórios e ações de cuidado e se mostrou essencial para a implementação de política de cuidado para a hipertensão arterial, diabetes mellitus e sobrepeso/obesidade.

**Descritores:** Gestão em Saúde; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

Professionalizing health management is essential to improve work processes and ensure the effective performance of the Health System, especially in the care of Noncommunicable Chronic Conditions. The objective was to describe the profile of managers and the organization of health actions for people with overweight/obesity, high blood pressure, and diabetes mellitus in Mato Grosso do Sul based on a formally established technical area. This descriptive-exploratory, cross-sectional, and quantitative study uses an online questionnaire to municipal health managers about their knowledge and organization of health services. The variables were described in absolute and relative frequencies. Fisher's exact test was applied to compare municipalities with formally established managers with those without (significance level of 5%). The majority were female and white, and 59% of the municipalities did not have a technical manager for Chronic Conditions or lines of care for diabetes (52%), high blood pressure (46%), and overweight/obesity (57%). Having formally established coordination was associated with greater participation in decision-making processes and care actions and proved essential for implementing care policies for high blood pressure, diabetes mellitus and overweight/obesity.

**Descriptors:** Health Management; Chronic Disease; Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

As condições crônicas não transmissíveis são estados de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas e integradas de diferentes atores, incluindo o sistema de atenção à saúde com seus profissionais e usuários. Essas condições englobam os ciclos de vida e as doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares e a diabetes<sup>3,4</sup>. Tais condições constituem importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, haja vista serem a principal causa de mortes evitáveis, perda da qualidade de vida e sobrecarga do sistema de saúde,<sup>4,5,6</sup>. No Brasil, estima-se que 72% dos óbitos evitáveis sejam decorrentes das CCNT.<sup>7,8</sup>

Em termos epidemiológicos, destacam-se a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) entre essas CCNT. Dados nacionais mostram prevalência de 24,3% para obesidade, 23,9% HAS e de 8% para DM. Na população sul-mato-grossense, os dados indicam 38,8%, 25% e 7,6%, respectivamente<sup>9,10</sup> representando desafio significativo para a saúde pública e sua gestão física e financeira.<sup>4,5,6,7</sup>

Nesse sentido, as ampliações das ações para cuidar e prevenir as CCNT objetivam otimizar custos financeiros para o sistema de saúde, assim como melhoria na qualidade de vida dos indivíduos<sup>12</sup>. A Atenção Primária à Saúde tem protagonismo como ordenadora no cuidado à saúde, com destaque para a articulação intrasetorial e intersetorial, reorientação dos serviços e ações de saúde<sup>13</sup>, desde a promoção e prevenção da saúde, intervenções ao nível comunitário e suporte longitudinal aos indivíduos afetados por estas condições.<sup>14</sup>

No que tange o estado de Mato Grosso do Sul, sua diversidade sociocultural e econômica acrescenta nuances adicionais ao contexto das CCNT como, por exemplo, o vasto espaço geográfico, a biodiversidade e cultura da região do Pantanal e a presença de populações indígenas, ribeirinhas e imigrante. Isto faz com que seja necessária a compreensão aprofundada dos determinantes sociais da saúde e uma adaptação das intervenções às características específicas da população local.<sup>14</sup>

Nesse contexto, a atuação dos gestores em saúde torna-se crucial para traçar estratégias efetivas, promover a integração de ações e buscar soluções inovadoras que abordem as necessidades específicas da população sul-mato-grossense. A compreensão profunda do perfil epidemiológico e das dinâmicas locais das CCNT é

essencial para orientar intervenções eficazes e promover uma melhoria sustentável nos indicadores de saúde da população do estado<sup>13</sup>. A gestão do sistema de saúde exige o domínio de diversos fatores, incluindo o conhecimento da situação sanitária, práticas administrativas e financeiras, legislação, além de habilidades em relações interpessoais e negociação. O processo de trabalho e a administração das organizações públicas de saúde no SUS envolvem desafios cotidianos que precisam ser enfrentados constantemente.<sup>16,17</sup> Há diversas dificuldades associadas ao processo de gestão que necessitam serem superadas como, por exemplo, o adequado processo de territorialização, a gerência com base na oferta, a ausência de gestão da clínica e a baixa profissionalização dos gestores.<sup>17</sup>

Destaca-se também a importância de compreender as características de quem toma decisões, coordena os processos de formulação e implementação de políticas, e exerce funções de gestão, pois esses aspectos são essenciais para uma gestão eficaz.<sup>16</sup>

Dentro dessa perspectiva, em 2012 foi proposto o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que visa nortear a forma de gerir tais condições, em substituição ao modelo em que se privilegia os eventos agudos<sup>17</sup>. Assim, a implementação do modelo MACC constitui resposta aos grandes desafios colocados pela emergência das CCNT, para reorganizar as ações de saúde por meio de equipe multidisciplinar, baseado em diretrizes clínicas construídas por evidências e ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada e integral, bem como ações preventivas, educacionais e de autocuidado apoiado.<sup>17</sup> O modelo ainda sugere a estruturação do sistema de informação clínica efetivo, prontuários informatizados e monitoramento constante para vigilância em saúde, além da conjugação entre os recursos comunitários e os recursos das redes de atenção à saúde.<sup>17</sup>

Desta forma, considerando a relevância e o papel do gestor para a organização dos serviços, o presente estudo objetivou descrever o perfil dos gestores e analisar a organização das ações de saúde para pessoas sobrepeso/obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus no Mato Grosso do Sul, bem como identificar os fatores que podem favorecer o cuidado das três condições no estado.

## **MÉTODOS**

O presente estudo foi realizado por meio de estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e baseado em dados primários a partir da aprovação do projeto na Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS No 28/2020 - Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados, financiada pelo CNPq em parceria com Ministério da Saúde em diferentes territórios do Brasil. A partir de critérios definidos na chamada, os pesquisadores elaboraram um questionário autoaplicável tendo como referencial norteador os atributos essenciais da APS e Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Manual do instrumento de avaliação da APS (em inglês, PCATool), além de questões sugeridas pelos pesquisadores.<sup>17</sup>

A validação do questionário ocorreu por meio do compartilhamento e adequações deste entre docentes e profissionais dos serviços de saúde do estado e do país com o auxílio da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) por meio do Acordo de Cooperação (Processo n.º 23104.036650/2021-63-UFMS). Após a aprovação da versão final do questionário, foram coletadas informações dos gestores em saúde municípios do estado do Mato Grosso do Sul sobre: caracterização sociodemográfica dos gestores; avaliação sobre o conhecimento dos gestores sobre HAS, DM e sobrepeso/obesidade e seus fatores de risco, conhecimento das linhas de cuidado das três condições; conhecimentos sobre modelos de atenção e organização do cuidado para as três condições; avaliação do gestor sobre o conhecimento e processo de trabalho dos profissionais da assistência da APS sobre o cuidado das três condições; aplicação do conhecimento recebido para a gestão da atenção às pessoas sobre as três condições e participação em educação permanente.

A coleta de dados ocorreu de forma on-line, no período de janeiro a maio de 2024, por meio do link do questionário disponibilizado pelo software de questionários SurveyMonkey®, com auxílio Coordenadoria de Doenças Crônicas (CDC) da SES/MS, área técnica estadual para cuidado de CCNT em Mato Grosso do Sul, que mapeou atores-chave nos 79 municípios do estado para comporem a amostra do estudo que objetivou uma (01) resposta por município do estado, em um esforço conjunto do serviço-acadêmia para produção de evidências na construção de linhas de cuidado para CCNT.

A CDC enviou ofícios por meio de correio eletrônico convidando os municípios a responderem o questionário por meio de seus gestores mais qualificados. O

software de coleta de dados garantiu que os dados obtidos fossem criptografados, e armazenados em nuvem, o que garantiu o sigilo e segurança dos participantes. Os critérios de seleção e elegibilidade para participação da pesquisa foram: ser gestor municipal em saúde com atuação na rede de doenças crônicas, admitindo-se os seguintes cargos: gestor da área técnicas de doenças crônicas, Secretário Municipal de Saúde; Gestor da área técnica de Alimentação e Nutrição; coordenador da APS. Foram excluídas respostas duplicadas do mesmo indivíduo, indivíduos que não se identificaram claramente como gestores dentro das opções de campo aberto do questionário, indivíduos que declararam não ter formação superior concluída e indivíduos menores de idade. Considerou-se a existência de coordenação formalmente instituída de CCNT quando o gestor referiu que existia um responsável técnico formalmente indicado ou coordenação municipal de CCNT responsável por todos os programas de cuidado voltados para a obesidade, diabetes e hipertensão.

A análise estatística foi conduzida utilizando o software Stata® versão 17.0. Inicialmente, as variáveis categóricas foram descritas em termos de frequências absolutas e relativas (%). Para comparar a proporção de gestores que declararam que a gestão do cuidado de condições crônicas (sobrepeso/obesidade, diabetes e hipertensão) era formalmente instituído em seu município em relação aos gestores que informaram que não havia essa formalização, aplicou-se o Teste Exato de Fisher, apropriado para amostras pequenas e tabelas de contingência 2x2 adotando-se um nível de significância de 5%. O teste foi escolhido devido à natureza da amostra e à distribuição das frequências esperadas, respeitando as premissas do método (caselas da tabela de contingência 2x2 com menos 10% da amostra). Indivíduos com dados faltantes (missing) ou que deixou em dúvida em resposta de perfil demográfico quanto à sua autodeclaração de gestor em saúde relacionado ao cuidado de CCNT, foram excluídos na análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob parecer de número 4.605.843 (CAAE: 43681121.0.0000.0021).

O protocolo STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) foi aplicado ao presente trabalho a fim de tornar transparente e reproduzível os dados aqui apresentados.

## RESULTADOS

Dos 79 municípios de Mato Grosso do Sul, 57 retornaram a pesquisa, representando 72,15% do universo amostral pretendido; contudo, ocorreram respostas advindas de mais de um gestor para o mesmo município, totalizando em amostragem final de 74 respondentes após os critérios de exclusão. Optou-se por manter, mesmo duplicadas respostas por municípios, para ampliar os dados de análise para comparação, e subsidiar a SES no diagnóstico da gestão do cuidado da HAS, DM e sobrepeso/obesidade.

Tabela -1 Descrição dos municípios respondentes envolvidos no cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Em qual o município você atua?	N	%
Alcinópolis	1	1,35
Amambai	3	4,05
Anastácio	1	1,35
Angélica	2	2,70
Antônio João	2	2,70
Aparecida do Taboado	1	1,35
Aquidauana	1	1,35
Aral Moreira	2	2,70
Bandeirantes	1	1,35
Bataguassu	1	1,35
Batayporã	1	1,35
Bela Vista	2	2,70
Bonito	1	1,35
Camapuã	1	1,35
Campo Grande	3	4,05
Caracol	2	2,70
Chapadão do Sul	3	4,05
Coronel Sapucaia	1	1,35
Corumbá	1	1,35
Costa Rica	1	1,35
Coxim	1	1,35
Deodápolis	1	1,35
Dois Irmãos do Buriti	1	1,35
Douradina	1	1,35
Dourados	4	5,40
Eldorado	2	2,70
Figueirão	1	1,35

Gloria de Dourados	1	1,35
Guia Lopes da Laguna	1	1,35
Iguatemi	1	1,35
Inocência	1	1,35
Ivinhema	1	1,35
Japorã	1	1,35
Maracaju	1	1,35
Miranda	1	1,35
Mundo Novo	1	1,35
Naviraí	1	1,35
Nioaque	1	1,35
Nova Alvorada do Sul	1	1,35
Nova Andradina	1	1,35
Novo Horizonte do Sul	1	1,35
Paranaíba	1	1,35
Paraíso da Águas	1	1,35
Porto Murtinho	1	1,35
Ribas do Rio Pardo	2	2,70
Rio Brilhante	1	1,35
Rio Negro	1	1,35
Rochedo	1	1,35
Santa Rita do Pardo	1	1,35
Selvíria	1	1,35
Sete quedas	1	1,35
Sidrolândia	1	1,35
Sonora	1	1,35
Tacuru	1	1,35
Taquarussu	1	1,35
Terenos	1	1,35
Três Lagoas	2	2,70
<b>Total</b>	7	100,0
	4	0

Fonte: elaboração própria. N= 74 gestores respondentes

A mediana de idade dos gestores foi de 37 anos (23 a 60 anos), sendo 97,3% do sexo feminino e 62,2% autodeclarados como raça branca. A mediana de tempo de serviço no cargo atual foi de 2 anos (0 a 20 anos). A formação mais prevalente relatada foi enfermagem (78,4%), sendo que a maioria ocupava o cargo de Coordenador da APS (81,1%) e eram servidores públicos municipais (75,7%). Apesar da grande maioria dos gestores em saúde serem servidores municipais, notou-se uma alta rotatividade do cargo, isto é, 49,3% dos gestores que ocupavam o cargo estavam há no máximo 2 anos no exercício da função. As demais características dos gestores respondentes estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição do perfil de gestores envolvidos no cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024

Variáveis	N	%
<b>Qual a sua formação?</b>		
Enfermagem	58	78,38
Farmácia	5	6,76
Fisioterapia	1	1,35
Medicina	1	1,35
Nutrição	2	2,70
Odontologia	1	1,35
Outro	6	8,11
<b>Qual o seu cargo?</b>		
Coordenador de Rede de CCNT	6	8,11
Coordenador da APS	60	81,08
Coordenador de ATAN	2	2,70
Secretário de Saúde	2	2,70
Outros	4	5,41
<b>Tipo de contrato/ Vínculo Empregatício</b>		
Servidor público municipal	56	75,68
Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde	8	10,81
Contrato temporário por serviço público	7	9,46
Servidor público estadual	1	1,35
Outro	2	2,70

Fonte: elaboração própria.  
N= 74 gestores respondentes

Os dados mostraram que 38 respondentes referiram que seu município possui a Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura para cuidado do sobrepeso/obesidade, diabetes e hipertensão (tabela 3). Desta forma, visando identificar fatores que favorecem a organização dos cuidados às CCNT no estado, foram testadas as associações entre a existência de coordenação formalmente indicada e demais respostas referidas pelos gestores.

No tocante a existência da coordenação de cuidado em CCNT institucionalizada observa-se que, aqueles municípios formalização de um responsável

por programas de cuidado voltados para o sobrepeso/obesidade, diabetes e hipertensão têm maior participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da secretaria municipal de saúde (SMS) ( $p = <0,001$ ). Foi possível correlacionar ao fato de que os municípios que possuem uma coordenação possuem plano municipal de saúde vigente apresentando propostas de ações relacionadas aos problemas e necessidades de saúde da população com CCNT ( $p=0,029$ ) e maior incentivo de forma direta ou indireta na realização de ações voltadas a educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle das CCNT para os profissionais de saúde ( $p=<0,001$ ), como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Associação entre uma Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e a organização da Secretaria Municipal de Saúde para cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Variáveis	Total		Existe Coordenação de cuidado em CCNT institucionalizada?				p-valor
			Sim (n=38)		Não (n=36)		
	n	%	n	%	n	%	
A coordenação municipal de Doenças Crônicas tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde?							
Sim	37	50,0	35	92,1	2	5,5	<b>&lt;0,001</b>
Não	37	50,0	3	7,9	34	94,4	
Existe Linha de Cuidado de Diabetes Mellitus organizada em seu município?							
Sim	34	45,9	20	52,6	14	38,8	0,254
Não	40	54,0	18	47,3	22	61,1	
Existe Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade organizada em seu município?							
Sim	37	50,0	16	42,1	16	44,4	0,839
Não	37	50,0	22	52,6	20	55,5	
Existe Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial organizada em seu município?							
Sim	32	43,2	20	52,6	17	47,2	0,816
Não	42	56,8	18	47,3	19	52,7	
O município possui uma política de cuidado das CCNT, instituída e regulamentada (publicada em Boletim Oficial), que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática?							
Sim	6	8,1	6	15,7	0	-	0,025
Não	68	91,9	32	84,2	36	100	
O Plano Municipal de Saúde vigente apresenta propostas de ação relacionadas aos problemas e necessidades de saúde da população com CCNT?							
Sim	47	63,5	29	76,3	18	50	<b>0,029</b>
Não	27	36,5	9	23,6	18	50	
Existe acompanhamento da meta 6 e 7 (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e							

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre) dos indicadores do Programa Previne Brasil no seu município?							
Sim	73	98,7	38	100	35	97,2	0,486
Não	1	1,3	0	-	1	2,7	
A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de algum manual de manejo clínico de hipertensão arterial para profissionais da saúde?							
Sim	30	40,5	19	50	11	30,5	0,103
Não	44	59,6	19	50	25	69,4	
A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de algum manual de manejo clínico de diabetes mellitus para profissionais da saúde?							
Sim	28	37,8	19	50	9	25	0,033
Não	46	62,2	19	50	27	75	
A Secretaria Municipal de Saúde divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município para o cuidado das pessoas com CCNT?							
Sim	48	64,7	27	71,1	21	58,3	0,252
Não	26	35,2	11	28,9	15	41,6	
A Secretaria Municipal de Saúde incentiva (direta ou indiretamente) ações de educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle CCNT para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?							
Sim, de educação permanente e continuada	35	47,9	26	68,4	9	25	<0,001
Sim, mas apenas educação continuada	7	9,9	4	10,5	3	8,3	
Sim, mas apenas educação permanente	15	20,7	5	13,1	10	27,7	
Não/ Não sei	17	22,3	3	7,8	14	38,8	

Fonte: elaboração própria.

N= 74 gestores respondentes

p-valor pelo Teste Exato de Fisher.

A Tabela 4 mostra que onde se referiu possui uma coordenação de cuidado em CCNT institucionalizadas, apresentou-se mais conhecimento acerca das orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação das linhas de cuidado de DM ( $p=0,047$ ), de HAS ( $p=0,047$ ) e de sobrepeso/obesidade ( $p=0,004$ ), respectivamente.

Tabela 4 - Associação entre uma Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e o conhecimento dos gestores para o cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Variáveis	Total		Existe Coordenação de cuidado em CCNT institucionalizada?				p-valor
			Sim (n=38)		Não (n=36)		
	n	%	N	%	n	%	
Conhece ou já teve contato com o Diretriz do Ministério da Saúde ou Consenso de Sociedade Acadêmica/Científica do Manejo de Diabetes na sua atuação?							
Sim	48	64,3	28	74,6	20	55	0,144
Não	26	35,1	10	26,3	16	44,4	

Conhece ou já teve contato com o Diretriz do Ministério da Saúde ou Consenso de Sociedade Acadêmica/Científica do Manejo de Hipertensão Arterial na sua atuação?							
Sim	46	62,1	26	68,4	20	55,5	0,338
Não	28	37,8	12	31,5	16	44,4	
Conhece documentos oficiais do Ministério da Saúde ou recomendações de Sociedade Acadêmica/Científica sobre atividade física para usuários com CCNT?							
Sim	55	74,3	31	81,5	24	66,6	0,186
Não	19	25,6	7	18,4	12	33,3	
Conhece orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação de Linha de Cuidado de Diabetes Mellitus em seu município?							
Sim	50	67,5	30	78,9	20	55,5	<b>0,047</b>
Não	24	32,4	8	21	16	44,4	
Conhece orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação de Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial em seu município?							
Sim	50	67,5	30	78,9	20	55,5	<b>0,047</b>
Não	24	32,4	8	21,1	16	44,4	
Conhece orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação de Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade em seu município?							
Sim	53	71,6	33	86,8	20	55,5	<b>0,004</b>
Não	21	28,3	5	13,1	16	44,4	
Você tem conhecimento se a Secretaria de Estado de Saúde disponibiliza materiais de apoio/orientações sobre CCNT aos gestores da APS?							
Sim, disponibiliza	33	44,5	18	47,3	15	41,6	0,872
Não, não disponibiliza	17	22,9	8	21	9	25	
Não sei	24	32,4	12	31,5	12	33,3	
Você tem conhecimento se são realizadas pactuações intersetoriais para incentivar a promoção da atividade física?							
Sim, são realizadas	40	54,0	22	57,8	18	50	0,489
Não são realizadas	14	18,9	8	21	6	16,6	
Não sei	20	27,0	8	21	12	33,3	
Você tem conhecimento se são realizadas pactuações intersetoriais para promoção da alimentação saudável?							
Sim, são realizadas	40	54,0	24	63,1	16	44,4	0,163
Não são realizadas	16	21,6	8	21	8	22,2	
Não sei	18	24,3	6	15	12	33,3	
Você já fez algum curso de capacitação para gestores sobre diabetes mellitus, hipertensão arterial e/ou obesidade?							
Sim	19	25,6	13	34,2	6	16,6	0,112
Não	55	74,3	25	65	30	83,3	
Você acredita que fazer cursos de capacitação sobre CCNT, alimentação e saúde contribuem para uma melhor atuação como gestor(a) da APS?							
Com certeza sim	63	85,1	35	92	28	77,7	0,108
Provavelmente sim	11	14,8	3	7,8	8	22,2	
Provavelmente não	-	-	-	-	-	-	
Com certeza não	-	-	-	-	-	-	
Não sei	-	-	-	-	-	-	

Fonte: elaboração própria.

N= 74 gestores respondentes

p-valor pelo Teste Exato de Fisher.

A Tabela 5 mostra também que a existência de uma coordenação de CCNT instituída no organograma da prefeitura reflete de forma direta no acompanhamento

realizado pelas equipes de saúde da família/e-MULTI no tocante a realização da vigilância alimentar e nutricional (VAN) dos pacientes ( $p=0,012$ ). Logo, aqueles municípios que possuem a coordenação realizam um melhor acompanhamento dos pacientes com CCNT de seu município.

Tabela 5 - Associação entre uma Coordenação de DCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e as ações existentes na assistência para o cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Variáveis	Total		Existe Coordenação de cuidado em DCNT institucionalizada?			p-valor	
			Sim (n=38)		Não (n=36)		
	n	%	N	%	n	%	
Existe nas unidades de saúde de seu município programas e ações que estimulam, desenvolvem e/ou acompanham atividades no campo das práticas corporais (alongamento, caminhada, capoeira, dança etc.) com a população?							
Sim	5	77,03	28	73,6	29	80,5	0,584
Não	1	22,97	10	26,5	7	19,4	
Existem polos do Programa Academia da Saúde em seu município (oficialmente financiado pelo Ministério da Saúde)?							
Sim	4	66,22	26	68,4	23	63,8	0,807
Não	2	33,78	12	31,4	13	36,2	
As unidades realizam grupos específicos (na APS ou em outro ponto da atenção) para acompanhamento de usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (HIPERDIA ou outro)?							
Sim	6	91,89	36	94,1	32	88,8	0,424
Não	8	8,11	2	5,9	4	11,2	
Existem unidades da APS em seu município que realizam grupos específicos para apoio/tratamento de usuários tabagistas?							

Sim	5	79,73	32	84,2	27	75	0,393
Não	1	20,27	6	15,7	9	25	

No seu município há equipes multidisciplinares que apoiam a APS (NASF, e-MULTI ou outras conformações de equipes diferentes da equipe mínima da estratégia Saúde da Família)?

Sim	5	79,73	33		26		0,153
Não	1	20,27	5	13,5	10		

Fonte: elaboração própria.  
N= 74 gestores respondentes  
p-valor pelo Teste Exato de Fisher.

As equipes de saúde da família/e-Multi de seu município realizam vigilância alimentar e nutricional (registro de peso, altura e consumo alimentar) dos pacientes com DCNT?

No

Sim	5	77,03	34		23		0,012
Não	1	22,97	4	10,5	13		

tocante a percepção sobre a formação para o cuidado das pessoas com HAS, DM e sobrepeso/obesidade por parte dos gestores, observa-se que os indivíduos que referiram ter a gerência do cuidado de HAS, DM e sobrepeso/obesidade formalmente instituída na SMS declaram com maior frequência que avaliam como suficiente a formação dos gestores para cuidado de CCNT em seu município, sendo estatisticamente diferente daqueles que referiram não ter a institucionalização da área/coordenação para cuidado do HAS, DM e sobrepeso/obesidade ( $p=0,011$ ). O mesmo se observa quando se pergunta sobre como se avalia a formação dos profissionais de saúde da assistência para cuidado das CCNT em seu município ( $p=0,009$ ). Esses e demais resultados podem ser vistos na Tabela 6.

Tabela 6 - Associação entre uma Coordenação de CCNT constituída oficialmente no organograma da prefeitura e a avaliação do gestor sobre os conhecimentos dos atores da APS para o cuidado da obesidade, diabetes e hipertensão, Atenção Primária em Saúde em Mato Grosso do Sul, 2023-2024.

Variáveis	Total		Existe Coordenação de cuidado em CCNT institucionalizada?				p-valor
			Sim (n=38)		Não (n=36)		
	n	%	n	%	n	%	
Como você avalia a formação para cuidados para pessoas com CCNT dos gestores do seu município (coordenação da APS ou coordenação da atenção especializada, ou coordenação das redes de atenção à saúde)?							
Suficiente	17	22,9	14	36,8	3	8,3	0,011
Pouco Suficiente	37	50,0	17	44,7	20	55,5	
Insuficiente	18	24,3	7	18,4	11	30,5	
Não sei	3	2,7	0	-	2	5,5	
Como você avalia a formação para cuidados para pessoas com CCNT dos profissionais de saúde do seu município (nos diferentes pontos de atenção)?							
Suficiente	15	20,2	13	34,2	2	5,5	0,009
Pouco Suficiente	44	59,5	19	50	25	69,4	
Insuficiente	14	18,2	6	15,7	8	22,2	
Não sei	1	1,5	0	-	1	2,7	
Como você avalia o seu conhecimento para fazer gestão do cuidado da diabetes mellitus no âmbito da APS?							
Suficiente	25	33,8	15	39,4	10	27,7	0,260
Pouco Suficiente	44	59,5	22	57,8	22	61,1	
Insuficiente	5	6,8	1	2,6	4	11,1	
Não sei	-	-	-	-	-	-	
Como você avalia o seu conhecimento para fazer gestão do cuidado da hipertensão arterial no âmbito da APS?							
Suficiente	26	35,1	15	39,4	11	30,5	0,306
Pouco Suficiente	43	58,1	22	57,8	21	58,3	
Insuficiente	5	6,7	1	2,6	4	11,1	
Não sei	-	-	-	-	-	-	

Fonte: elaboração própria.

N= 74 gestores respondentes

p-valor pelo Teste Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

Ao se realizar um comparativo entres os países que possuem um sistema de saúde aberto ao público, é possível usar como referência o Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra, que foi o pioneiro ao se tratar de universalização do acesso aos serviços de saúde, bem como na hierarquização de um sistema de cuidado baseado em evidências e na atenção primária.<sup>1</sup>

O NHS representa um referencial de sistema universal de saúde, pois, advem dele o modelo de saúde tido como responsabilidade do estado em garantir os

serviços de saúde para a população de forma direta, pagos com recursos públicos. Dai surgiu a ideia de que a saúde deve ser vista como um direito fundamental da população.<sup>1</sup> O modelo brasileiro, usando o sistema britânico como referência, parte do conceito de que a proteção social oferecida pelo sistema de saúde é tida como um direito universal, independente da situação financeira do indivíduo.<sup>2</sup> A analogia entre esses dois sistemas decorre essencialmente das características comuns: a universalidade e o caráter público de ambos. Muitos asseveravam que o sistema de saúde do Reino Unido havia servido de modelo ao nosso, principalmente por adotar os mesmos princípios básicos definidores: universalidade, integralidade e gratuidade<sup>2</sup>.

Em uma perspectiva mais centrada, ao analisar os dados coletados sobre os profissionais responsáveis pela gestão em saúde da APS nos municípios de Mato Grosso do Sul objetivando traçar o perfil desses profissionais, a maioria era de raça branca, do sexo feminino, com formação em enfermagem e vínculo como servidores públicos municipais, assumindo suas funções recentemente. De forma geral, observou-se que aqueles que relataram ter uma área técnica formalmente instituída no organograma municipal para a HAS, DM e sobrepeso/obesidade apresentavam maior participação dessa área nos processos decisórios da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em programas voltados para o cuidado dessas condições. Além disso, esses indivíduos também indicaram a existência de metas relacionadas ao cuidado dessas condições em seus municípios, um maior incentivo à educação permanente e continuada sobre o tema, e um melhor conhecimento sobre materiais técnicos que orientam as linhas de cuidado. As equipes do município (Estratégia Saúde da Família - ESF e e-MULTI) registravam com mais frequência os indicadores de Vigilância em Saúde, e, de maneira geral, os profissionais eram mais otimistas quanto à adequação da formação de gestores e profissionais para o manejo da HAS, DM e sobrepeso/obesidade.

Existem poucos estudos voltados para traçar o perfil dos gestores em saúde no Brasil até o momento que abordem a temática de áreas técnicas para organização do cuidado, ou que usem descritores de saúde parecidos com os que foram utilizados no presente estudo. Este tema é relevante para subsidiar o planejamento de estratégias mais efetivas para a profissionalização da gestão no âmbito do SUS, principalmente para condições sensíveis à APS. Riquieri e colaboradores apontam o perfil dos secretários municipais de saúde do Brasil<sup>18</sup>. Neste estudo, o marco temporal analisado foi dos anos de 1996, 2006 e 2017, podendo-se observar que o padrão do

perfil dos gestores em saúde sofreu uma alteração ao longo do tempo. Referente ao nível nacional, em 1996, a maioria dos gestores era do sexo masculino (60%), e, a partir de 2006, observou-se uma maior participação feminina, sendo de 50,1% e em 2017, 58%. A etnia/raça ao longo de todo o período com maior predomínio foi a de cor branca e com ensino superior completo<sup>19</sup>.

No mesmo estudo, com relação à caracterização dos gestores em saúde realizada na região Centro-Oeste, a participação feminina na gestão predominou a partir do ano de 2017 (57,7%), e durante todo o marco temporal, a etnia/raça majoritária no cargo era a de cor da pele branca<sup>19</sup>. Para Mato Grosso do Sul, dados de 2023, mostraram predominância de gestores do sexo feminino e da raça branca para a gestão da alimentação e nutrição.<sup>20</sup>

De maneira semelhante, nossos resultados mostram que não há mudança do perfil dos gestores das condições crônicas, ou seja, a proporção de pessoas de cor ou raça branca na gestão da APS no Mato Grosso do Sul é maior do que a encontrada na população geral do estado, o que pode ser considerado reflexo de um racismo estrutural característico do país.<sup>20</sup> O perfil repetido entre gestores pode se apresentar ainda como uma ferramenta de reforço das desigualdades sociais. Por outro lado, a representatividade do sexo feminino nos cargos de gestão em saúde no Mato Grosso do Sul era esperada, tendo em vista que, segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam a maior força de trabalho na área da saúde, incluindo os cargos de gestão.<sup>21,22</sup>

No tocante a caracterização da governança, este é o primeiro estudo encontrado que analisa a organização da gestão em saúde sob o aspecto de existência de área técnica formal para o cuidado da HAS, DM e obesidade. Nossos dados mostram que a institucionalização da coordenação de cuidado para essas condições ou de um responsável técnico formalmente indicado favorece maior participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da secretaria municipal de saúde, como também relatado em estudo semelhante realizada em 2023 no Mato Grosso do Sul para área técnica de alimentação e nutrição.<sup>20</sup>

Outro aspecto possível de ser analisado é que os municípios que possuem a coordenação formal implantaram também política de cuidado para as CCNT instituída e regulamentada em boletim oficial que orienta a atuação da secretaria municipal, além de possuírem plano municipal de saúde com proposta de ações

relacionadas sobre a temática. Assim, a não institucionalização da coordenação no organograma pode enfraquecer a gestão do cuidado de HAS, DM e sobrepeso/obesidade, pois sem uma coordenação específica o cuidado pode ocorrer de forma desorganizada e/ou limitada.<sup>20</sup>

No que se refere a existência de linha do cuidado que instrumentaliza a gestão e permite o estabelecimento de protocolos clínicos<sup>23</sup>, os gestores de municípios que possuem coordenação de cuidado formalizado apresentam melhor conhecimento acerca das orientações técnicas do Ministério da saúde sobre o cuidado de DM, HAS e de sobrepeso/ obesidade, isso, porque, o conhecimento referente a tais temáticas permite que o cuidado seja orientado com relação ao percurso dos usuários pelo sistema e dentro dos próprios serviços de saúde, visando o cuidado integral em saúde e isso inclui as relações oriundas desse percurso<sup>23</sup>. É preciso também se discutir uma possível limitação na interpretação dos dados para linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, pois na mesma época da pesquisa o estado de Mato Grosso do Sul imprimia esforços para capacitação na mesma e para publicação oficial de seu documento norteador. Esse fato pode ter interferido nas respostas dos respondentes por esse motivo, pois os mesmos poderiam estar submetidos a processo de capacitação no momento da coleta.

Seguindo a linha de cuidado integral e orientações técnicas, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é constituída de diversas ações voltadas para a promoção e proteção da saúde da população<sup>24</sup>, assim, ficou demonstrado que aqueles municípios que tiveram respondentes que referiram possuir uma em CCNT instituída relataram maior registro da realização de VAN dos pacientes através das eSF/e-MULTI. Tal associação é relevante tendo em vista que a alimentação é um determinante social em saúde e fortemente associadas ao curso de doenças como HAS, DM e sobrepeso/obesidade, sendo fundamental a avaliação do estado nutricional da população para a promoção, prevenção e recuperação da saúde para cuidado de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Com isso, se indica que a VAN tem papel importante para a ordenação do cuidado, uma vez que identifica fatores de risco e proteção em relação à alimentação que podem amparar o processo de cuidado do HAS, DM e sobrepeso/obesidade<sup>20,21,22</sup>.

Acerca dos conhecimentos da qualificação do cuidado, os municípios que possuíam a coordenação institucionalizada apresentaram mais incentivo da Secretaria Municipal de Saúde para ações de educação permanente e/ou de educação

continuada para cuidado das CCNT para os profissionais das unidades de saúde, bem como manuais clínicos de cuidado. A educação permanente é importante, pois transforma a prática do cuidado por meio do estímulo, acompanhamento e fortalecimento da qualificação profissional dos trabalhadores de forma alinhada ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho<sup>27,28</sup>. Há também de se pautar aqui a importância do matriciamento como forma de educação permanente nesses casos. Gestões que incentivam a prática de educação permanente e continuada, dão apoio a processos internos de matriciamento, tornando a interprofissionalidade (tão necessária no cuidado dessas condições) uma possibilidade viável à assistência na APS.<sup>29,30</sup>

Um ponto importante a ser destacado é a alta rotatividade dos profissionais na gestão em saúde observada no presente estudo, pois isso pode prejudicar a qualidade da assistência e planejamento do município frente às demandas da população. A alta rotatividade foi igualmente relatada por gestores em estudo de Santos e foi apontada como fator limitante para o trabalho e a qualificação profissional<sup>28</sup>, uma vez que pode ainda ser considerada desmotivador para a elaboração de estratégias e planos de médio e longo prazo, e barra sua execução, impedindo a continuidade e longitudinalidade tão importante neste âmbito<sup>31</sup>.

Como limitações do presente estudo, pode se destacar, o questionário autopreenchido, onde o fornecimento da informação depende apenas da interpretação do respondente, não sendo possível auxílio para sanar eventuais dúvidas. Outro ponto a se considerar é a aplicação online do questionário em meio à rotina sobrecarregada de gestores do SUS, o que pode ter diminuído sua dedicação e atenção ao respondê-lo. Também deve se considerar a extrapolação dos resultados, uma vez que não se atingiu a coleta de dados almejada com pelo menos uma resposta de cada um dos 79 municípios do estado. Porém, vale ressaltar que ainda não há conjunto de dados organizado para conhecimento e entendimento da gestão de HAS, DM e sobrepeso/obesidade em Mato Grosso do Sul em parceria entre a academia e o serviço, que atualmente se prepara para a publicação e a implementação das linhas de cuidado dessas condições em âmbito estadual. Assim, mesmo que limitado em tamanho amostral, o presente estudo tem aplicabilidade em auxiliar diretamente a gestão em saúde do estado, coletando e organizando sua própria evidência.

Por fim, pode-se concluir que maioria dos municípios não tem políticas e linhas de cuidado voltadas para as CCNT implementadas o que representa fragilidade

das ações em saúde, pois sem uma política específica na qual possa se fundamentar, o cuidado pode ser exercido de forma desorganizada e/ou limitada apenas às demandas agudas. A coordenação municipal da CCNT parece ser mais ativa naqueles municípios que possuem linhas de cuidado implementadas para DM e HAS, isto porque, conseguem acompanhar e observar as demandas das populações<sup>32</sup>. Assim, a não implementação de tais linhas de cuidado pode enfraquecer a gestão do cuidado das CCNT.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando a escassez de pesquisas sobre o tema de gestão em saúde, a presente pesquisa permite realizar o diagnóstico de pontos fracos e fortes da gestão em saúde em Mato Grosso do Sul. A organização da gestão em saúde revelou-se preocupante no estado. A formulação de uma coordenação de cuidado em CCNT de forma regulamentada é fundamental para uma melhor gestão das ações e programas voltados a CCNT, sendo possível notar que a indicação formal de um responsável técnico é essencial pois impacta de forma positiva na coordenação das ações; nos conhecimentos acerca das orientações técnicas para implementação de linhas de cuidado; bem como possibilita uma maior participação nos processos decisórios de planejamento e gestão na secretaria municipal de saúde.

Logo, ter uma coordenação instituída e regulamentada nas secretarias municipais de saúde demonstrou ser um ponto chave para a implementação de política de cuidado voltada para as CCNT, que visa orientar a atuação da secretaria sobre a temática, além de favorecer a propositura de ações relacionadas aos problemas e necessidades da população acometida por tais condições.

Também é importante destacar que a alta rotatividade dos gestores evidencia um problema crítico para a continuidade do cuidado, pois impede a implementação eficaz de estratégias de longo prazo e compromete a qualidade da assistência prestada, ressaltando a necessidade de políticas que promovam a estabilidade e o desenvolvimento contínuo dos gestores.

A ausência de um responsável técnico designado para as ações de cuidado e a falta de implementação de linhas de cuidado específicas para hipertensão, diabetes mellitus e obesidade em muitos municípios revelam uma gestão fragmentada e desorganizada. Isso compromete a capacidade dos gestores de fornecer uma assistência contínua e eficaz às pessoas com CCNT.

O desconhecimento dos gestores sobre as CCNT, evidenciado pela falta de participação em cursos de capacitação, é uma preocupação significativa. A implementação de políticas que tornem obrigatória a educação permanente para gestores pode melhorar a qualidade da gestão e, conseqüentemente, a assistência prestada.

Portanto, o estudo indica que, para uma gestão eficaz das CCNT, é necessário abordar questões estruturais e sociais, a saber ter coordenação de CCNT instituída no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, promover a estabilidade e continuidade dos gestores, implementar políticas e linhas de cuidado específicas e garantir a educação continuada dos gestores.

## Referências

1. Reeves, S.D., Mckee, K.M., The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines. *Health Econ Policy Law* 2015; 10:83-99
2. Mmergut E. *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press; 199
3. Mendes EV. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 23(2):431-6; 2018.
4. Carmo, R.L., Camargo, K.C.M. Em: *Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018.
5. Machado, C.V., Lima. L.D., Baptista, T.W.F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*; 33 (Suppl 2), 2017.
6. Santos, J.H. O longo amanhecer: ensaios sobre a formação do Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* (15), Novembro 2000.
7. Malta,D.C., Silva, M.M.A., Moura, L., Neto, O.L.M. (2017) A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios
8. Malta, D.C. (2022). Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 - *Rev Saude Publica*; 56:122, 2022.
9. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*; 396(10258):1.223-1.249, 2020.
10. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*; 396(10258):1.223-1.249, 2020.
11. Serra, Rodrigo Aranda. *A Política de Promoção da Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul e a População Idosa*. Tese (Doutorado Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande – MS, 2023.
12. Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C. D., Silva, M. M. A. D., Freitas, M. I. D. F., & Barros, M. B. D. A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*.51 Supl 1:4s, 2017.
13. Carvalho, F.F.B., Akerman, M., Cohen, S.C. *A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual*. *Estudos Avançados*,

37(109), 89-104, 2023.

14. Alth Organization (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO, 2020.
15. da Silva, R. S. B., de Medeiros, A. C. Q., de Oliveira, L. P. B. A., Sureira, T. M., & Magalhães, A. G. Tradução do conhecimento e doenças crônicas não transmissíveis: Perspectiva de gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 16(46), 161-177, 2023.
16. Starfield, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
17. Barbosa, César Martins. Perfil do gestor em saúde no estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia), 2016.
18. Brasil. Ministério da Saúde. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília - DF 2012.
19. Schönholzer, T.E., Zacharias, F.C.M., Amaral, G.G., Fabriz, L.A., Silva, B.S., Pinto, I.C. Indicadores de desempenho da Atenção Primária do Programa Previne Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 31:e4009, 2023.
20. Riquieri, Manuella Ribeiro et al. Perfil dos secretários municipais de Saúde do Brasil: um panorama de três décadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.56, n.5, 2022.
21. Orué, Alline Lam. Gestão da Atenção Nutricional no Âmbito da Atenção Primária à Saúde em Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1525-1538, 2022.
22. CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS.
23. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
24. Silva, N.E.K., Sancho. L.K., Figueiro, W.S., Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde colet.* 21(3), Março 2016.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. DF- 2013
26. Oliveira, A.S., Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.
27. Oliveira, F. S. A., O cuidado nutricional da pessoa com obesidade na atenção primária a saúde sob a perspectiva de vigilância alimentar e nutricional em mato grosso do sul. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,

Campo Grande – MS, 2024.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. DF- 2018
29. Santos, E. A. P., Repercussão do “PLANIFICASUS” enquanto estratégia de educação permanente em saúde (EPS) para o sistema único de saúde(SUS). 2023. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Comunitário) – Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati – PR, 2023.
30. Medeiros, C. R.G., Freitag, A. L., Martines, L. S. E., Saldanha, O. M. F., Grave, M. Q., Jager, L. K., Dhein, G., O apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. *Rev Saude Debate*, V 44, (125), Junho 2020.
31. Fittipaldi., A. L. M., Barros, D. C., Romano, V. F., *Rev de Saúde Coletiva. Physis* 27 (03), setembro 2017.
32. Pialarissi, R., Precarização do trabalho. *Rev. Adm. Saúde* 17(66), Janeiro-Março 2017.
33. Almeida, P. F., Medina, M.G., Fausto, M. C.R., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M., Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde em Debate*, V42, spe 1, P. 244-260, setembro 2018

## 6 CONCLUSÃO E IMPACTO DA PESQUISA

Considerando a escassez de dados sobre o tema de gestão em saúde em Mato Grosso do Sul e no Brasil, os resultados da presente pesquisa fornece subsídios importantes para a tomada de decisão das secretarias municipais e estadual de saúde e dados para outros estudos nessa temática.

A presente pesquisa mostrou que ter a gestão da HAS, DM e sobrepeso/obesidade de forma organizada e instituída oficialmente no organograma dos municípios está associada a melhor cuidado dessas condições em Mato Grosso do Sul. Houve associação positiva com conhecimentos sobre implementação de linhas de cuidado e maior participação nos processos decisórios de planejamento e gestão na secretaria municipal de saúde. Desta forma, sugere-se que as secretarias de saúde incluam em sua estrutura organizacional coordenação formal de condições crônicas e assim melhorar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o cuidados aos usuários.

Os dados do presente trabalho abrem caminhos para futuros estudos e projetos que abarquem a formação de gestores alinhados às fragilidades aqui relatadas, como a formação e o modelo de trabalho do gestor, de modo a fornecer capacitação eficiente aos gestores e também novas investigações sobre ferramentas de gestão, diagnóstico de outras regiões do estado e do país e assim propor soluções alinhadas a realidade brasileira.

A realização desta pesquisa resultou em um artigo submetido a revista científica de Qualis A1 da área de saúde (ANEXO C) de forma a divulgar os resultados no meio acadêmico. Esses dados também foram apresentados em forma de poster em um evento científico local (XXIII JONUB – Jornada de Nutrição da UNESP de Botucatu-SP) e um evento nacional (28º Congresso Brasileiro de Nutrição, em São Paulo-SP). Além disso, está em preparação, pelo grupo de pesquisa, um relatório técnico para as secretarias municipais e estadual de Mato Grosso do Sul de forma a amparar a tomada de decisão para o estado.

## 7 REFERENCIAS

AIKES, S.; RIZZOTTO, MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná. Brasil, no. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/b3bm7Zw4cBGPT8WDJ6WKXw/?format=html> Acesso em: 21 mai. 2024.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de et al. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3151-3161, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3151.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3151.pdf). Acesso em: 21 mai. 2024.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; SCHMIDT, Débora Berger; MARCON, Sonia Silva. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 543-552, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KLj3YFnNCR65dbBhsGt5FKg/?lang=pt> Acesso em: 21 mai. 2024.

BARBOSA, César Martins. Perfil do gestor em saúde no estado do tocantins: formação, conhecimentos e desafios, 2016 Acesso: Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21671/1/DISS%20CESAR%20MARTINS%20BARBOSA.%20MP%202016.pdf> Acesso em: 21 mai. 2024.

BARICATI. A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial, 2016. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/08/Crisconsulo.pdf> Acesso em: 21 mai. 2024.

BARROSO et al., 2020 Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf> Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - DF Brasília – 2023a*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view> Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023 Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília – DF 2023b Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-502-de-1o-de-junho-de-2023/view> Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sobrepeso e obesidade como problemas de saúde pública: O excesso de peso e a obesidade podem ser prejudiciais à Saúde. *Previna-se para ter uma vida mais saudável*, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/n>

oticias/2022/sobrepesoe-obesidade-como-problemas-de-saude-publica. Acesso em: 09/10/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006-2021; Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ano 2022a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2006-2021\\_estado\\_nutricional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006-2021_estado_nutricional.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022. In: Ministério da Saúde, editor. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília DF. Ano 2022b Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no brasil 2021-2030- DF Brasília – 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_atencao\\_primaria.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf). Acesso em: 01 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2016\\_fatores\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_fatores_risco.pdf) Acesso em: 01 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco\\_referencia\\_vigilancia\\_alimentar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica Obesidade. Caderno 38. Brasília DF 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília DF. 2013. Disponível: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf) Acesso: 02 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da família. Brasília - DF 2012. Disponível

em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) Acesso em: 01 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Redes de Atenção à Saúde. 2º Edição. Brasília-DF 2011a. Disponível

em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf) Acesso em: 01 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) Acesso em: 21 mai. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília DF 2011c Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022. Disponível

em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Salas de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil. Brasília DF – 2010a. Disponível

em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala\\_situacao\\_saude\\_2010.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_situacao_saude_2010.pdf). Acesso em: 20/01/2024

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1696-3 1. Atenção à Saúde. 2. Atenção básica. 3. Saúde da Família. I. Título. II. Série.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf) Disponível em: 01 jun. de 2024.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde Brasília DF – 2010c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf) Acesso em: 2 jul. 2024.

CARMO, Thiara Neres Bispo Vitorio et al. Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do semiárido baiano. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 54-75, 2021. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3472> f Acesso em: 21 mai. 2024.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; AKERMAN, Marco; COHEN, Simone Cynamon. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a

mudança comportamental ea abordagem individual. *Estudos Avançados*, v. 37, n. 109, p. 89-104, 2023. Disponível em: Acesso em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/7P9H3mwKTxyBkLQmKdJxSLv/?lang=pt> 02 jun. 2024.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. Organização da atenção primária à saúde de municípios de São Paulo, Brasil: modelo de atenção e coerência com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, p. PT099723, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2024.v40n2/PT099723/Acesso> em: 02 jun. 2024.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. Acessado em: 29 jun. 2024. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/> Acesso em: 01 jun. 2024.

CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASS). Fundamentos Teóricos do MACC em Curitiba. Brasília DF 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/FUNDAMENTOS-TEÓRICOS-O-MACC-EM-CURITIBA.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2024.

Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2015

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em debate*, v. 42, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/> Acesso em: 21 mai. 2024.

FLEURY, Sonia. Democracia e inovação na gestão local da saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ApRTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=Fleury+S.+Democracia+e+Inova%C3%A7%C3%A3o+na+Gest%C3%A3o+Local+da+Sa%C3%BAde.+Rio+de+Janeiro:+Editora+FioCruz/Centro+Brasileiro+de+Estudo+de+Sa%C3%BAde%3B+2014&ots=IFmvPoHvRI&sig=FuxmdsVrGW-rwlsi9Fa7ezvmLDg> Acesso em: 21 mai. 2024.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 16-29, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGvt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/> Acesso em: 21 mai. 2024.

GUARIGUATA, L. et al. IDF diabetes atlas. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2013.

GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic

Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de saúde pública*, v. 35, p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n3/e00012219/> Acesso em: 21 mai. 2024.

GREER, Scott L.; JARMAN, Holly; AZORSKY, Andrew. A reorganisation you can see from space: the architecture of power in the new NHS. London: Centre for Health and Public Organization, 2014. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/32861919/The-architecture-of-power-in-the-NHS-Scott-Greer-Jan-2014.pdf> Acesso em: 21 mai. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Questionário dos moradores do domicílio. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html> Acesso em: 21 mai. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2024.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama do Censo 2022. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 01 nov. 2022.

JACCOUD, Luciana; MENESES, Aérica; STUCHI, Carolina. Coordenação intergovernamental e comissões intergestores no SUAS. In: JACCOUD, Luciana (Org.). Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras. Brasília: Ipea, 2021. Cap. 9. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap9>. Acesso em: 02 jun. 2024.

LIMA, Luciana Leite et al. Planejamento governamental nos municípios brasileiros: em direção a uma agenda de pesquisa. *Cadernos Ebape. BR*, v. 18, p. 323-335, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/hGhGbJ85tdnrPkR7dfvQpJx/> Acesso em: 02 jun. 2024.

LOBO, Larissa Aline Carneiro *et al.* Time trend in the prevalence of systemic arterial hypertension in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00035316, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VH5SydyqSXxQd76GcWJZ5ck/abstract/?lang=en&format=html> Acesso em: 21 mai. 2024.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v.

42, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt/> Acesso em: 21 mai. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho; Merhy, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Artigos Interface (botucatu)* v.14(34), 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/#> Acesso em: 05 mai. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 4s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&%3Bfor%3Bmat=pdf> Acesso em: 21 mai. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras. Epidemiol.* 21(suppl 1), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1> Acesso em: 02 fev. 2024.

MARQUES, Eduardo. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. *Brazilian Political Science Review*, v. 7, p. 8-35, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bpsr/a/ddTch5DSsbHSxgWZxsNYvQS/> Acesso em: 02 jun. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Saúde do Mato Grosso do Sul. Lei Complementar de Saúde do Mato Grosso do Sul para consulta pública. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/LCSO-do-MS-para-consulta-publica.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2024.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 07/05/2024.

MENDES, E.V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Ciência coletiva* 23(2). Fevereiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Acesso em: 07/05/2024

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de se ser dirigente*. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saúde Pública* 2017, 33:e00161516. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YQDs3QhStVk9qVnZjNCPWyK/>. Acesso em: 04 jun. 2024

NOVA INSTITUTE FOR HEALTH. Social determinants. Disponível em: <https://novainstituteforhealth.org/focus-areas/social->

determinants/?gad\_source=1&gclid=CjwKCAjwyo60BhBiEiwAHmVLJUntz2t7UusWAzjaORtKbkvBfYdS1xclYmIF2wWz0glhDez0FdtOYRoCDUMQAvD\_BwE. Acesso em: 2 jul. 2024.

NILSON, E. A. F et al. Custos Atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica 43,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32> Acesso em: 11 jun. 2023.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/> Acesso em: 21 mai. 2024.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMC\\_CCH\\_02.01\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Relatório lançado pela OMS detalha o impacto devastador da hipertensão e as formas de combatê-la. OPAS/OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021-oms-detalha-em-primeiro-relatorio-sobre-hipertensao-arterial-devastadores-efeitos>. Acesso em: 2 jul. 2024.

ORUÉ, Alline Lam. Gestão da Atenção Nutricional no Âmbito da Atenção Primária à Saúde em Mato Grosso do Sul. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 5, p. 1525-1538, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n5/1525-1538/#>

OUPERNEY, Assis Mafort et al. Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 10, p. 4715-4726, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vq3yQKx3fMWQHDXfgTQ3JTF/> Acesso em: 02 jun. 2024.

POPKIN, Barry M.; CORVALAN, Camila; STRAWN, Laurence M. Grummer Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. The Lancet, v. 395, n. 10217, p. 65-74, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32497-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32497-3/fulltext) Acesso em: 21 mai. 2024.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1045-1054, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBFd/?format=html&lang=pt> Acesso em: 21 mai. 2024.

RIQUIERI, Manuella Ribeiro et al. Perfil dos secretários municipais de Saúde do Brasil: um panorama de três décadas. Ciência & Saúde Coletiva, v.56, n.5, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/FSksGstQjGftSt6GcYnVyKM/>

SciELO - Saúde Pública - Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro.

SANTOS, Cleuzieli Moraes dos et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00052816, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n5/e00052816/> Acesso em: 2 jul. 2024.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/50323> Acesso em: 21 mai. 2024.

SBD. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf> Acesso em: 21 mai. 2024.

SERRA, Rodrigo Aranda. A Política de Promoção da Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul e a População Idosa.2023 Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/jspui/retrieve/afdbb01b-6287-478b-8755-6d5c4e389c9a/TESE%20-%20DOUTORADO%20RODRIGO%20ARANDA%20SERRA%2012.06.23.pdf> Acesso em: 19 de jan. 2024.

SILVA, Ana Amancio Santos *et al.* Amputações de membros inferiores por Diabetes Mellitus nos estados e nas regiões do Brasil. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e11910413837-e11910413837, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13837> Acesso em: 01 jun. 2024.

SILVA, Rávila Suênia Bezerra et al. Tradução do conhecimento e doenças crônicas não transmissíveis: Perspectiva de gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 16, n. 46, p. 161-177, 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/2297>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SWINBURN, Boyd A. et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *The lancet*, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext) Acesso em: 21 mai. 2024.

UNICEF, Alimentação na primeira infância, 2020. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/17121/file/alimentacao-na-primeira-infancia\\_conhecimentos-atitudes-praticas-de-beneficiarios-do-bolsa-familia.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/17121/file/alimentacao-na-primeira-infancia_conhecimentos-atitudes-praticas-de-beneficiarios-do-bolsa-familia.pdf) Acesso em: 21 mai. 2024.

UNICEF, The State of Food Security and Nutrition in the World 2022, Disponível: <https://data.unicef.org/resources/sofi-2022/> Acesso em: 21 mai. 2024.

UNICEF. Relatório da ONU: Números globais de fome subiram para cerca de 828

milhões em 2021 Disponível em:<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/relatorio-da-onu-numeros-globais-de-fome-subiram-para-cerca-de-828-milhoes-em-2021#:~:text=Depois%20de%20permanecer%20relativamente%20inalterado,9%2C3%25%20em%202020> Acesso em: 21 mai. 2024.

Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde, Cad Saúde Pública 2017; 33:e000147217.

VOS, Theo et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piis0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piis0140-6736(20)30925-9/fulltext) Acesso em: 21 mai. 2024.

WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO Obesity Technical Report Series.

WHO, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/) Acesso em: 01 jun. 2024.

## ANEXO A- Declaração de anuência



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



31/03/2021 SEI/UFMS - 2487925 - Declaração

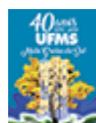
### DECLARAÇÃO

Declaro, como Diretor responsável pela **Agência de Educação Digital e a Distância**

- AGEAD/RTR, conhecer e estar de acordo com as atividades a serem desenvolvidas no âmbito da Educação a Distância da UFMS, previstas na proposta do projeto **ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CAMPO GRANDE/MS** sob coordenação da Prof<sup>a</sup> Bruna Paola Murino Rafacho.

Campo Grande, 31 de março de 2021.

Hercules da Costa Sandim,  
Diretor - AGEAD.



Documento assinado eletronicamente por **Hercules da Costa Sandim, Diretor(a)**, em 31/03/2021, às 10:15, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufms.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2487925** e o código CRC **BFFE4870**.

### AGÊNCIA DE EDUCAÇÃO DIGITAL E A DISTÂNCIA

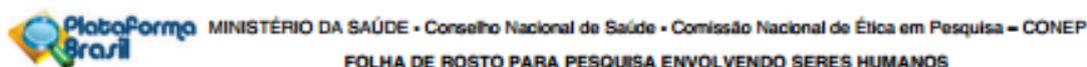
Av Costa e Silva, s/nº Cidade Universitária

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

---

**Referência:** Processo nº 23104.004317/2018-90 SEI nº 2487925 [https://sei.ufms.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=3014956&infra\\_sistema=100...](https://sei.ufms.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=3014956&infra_sistema=100...) 1/1

## ANEXO B- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



1. Projeto de Pesquisa: ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CAMPO GRANDE/MS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 261			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Bruna Paola Murino Rafacho			
6. CPF: 325.015.078-94	7. Endereço (Rua, n.º): BOM PASTOR, 1733 VILA VILAS BOAS casa 6 CAMPO GRANDE MATO GROSSO DO SUL 79051220		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 67992852648	10. Outro Telefone:	11. Email: brunapaola@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>15</u> / <u>02</u> / <u>2021</u>		<u>Bruna Paola M. Rafacho</u> Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS	13. CNPJ: 15.461.510/0001-33	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone: (67) 3345-7187	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Fabiane La Flor Ziegler Sanches</u>	CPF: <u>804198870-91</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora da Facfan</u>			
Data: <u>17</u> / <u>02</u> / <u>2021</u>	<u>Fabiane La Flor Ziegler Sanches</u> Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

**ANEXO C – Comprovante de submissão**

---

Ciência & Saúde Coletiva

**Ciência & Saúde Coletiva**

---

**PERFIL DE GESTORES EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO  
GROSSO DO SUL: CUIDADO DO SOBREPESO/OBESIDADE,  
DIABETES E HIPERTENSÃO**

Journal:	<i>Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2024-1749
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica

SCHOLARONE™  
Manuscripts

## APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(a) Sr(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CAMPO GRANDE/MS”, desenvolvida pela pesquisadora Bruna Paola Murino Rafacho. O objetivo é avaliar a qualidade e as condições do cuidado às pessoas com obesidade, hipertensão e diabetes na cidade de Campo Grande.

Serão convidados(as) a participar desta pesquisa os gestores da atenção primária à saúde de MS. A participação é voluntária e gratuita, portanto, não implicará em custos ou qualquer despesa para a realização dos procedimentos. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Sua contribuição é extremamente importante para que seja possível avaliar a organização do trabalho na APS no cuidado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Os benefícios da sua colaboração nesta pesquisa são indiretos e estão relacionados ao planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNT para garantir a integralidade do cuidado no âmbito do município de Campo Grande, MS.

Sua participação será por meio de questionário online sobre sua idade e formação, seu trabalho na APS e seus conhecimentos sobre DCNT e fatores de risco e sobre a aplicação desses conhecimentos em sua Unidade. As respostas serão organizadas em um banco de dados e depois analisadas por meio de estatística para gerar indicadores para conhecer a situação real do cuidado. Esta pesquisa não apresenta riscos à saúde dos participantes por não empregar métodos invasivos para coleta de dados. Pode-se considerar apenas como risco, o desconforto e inibição para responder os questionários pelos gestores e que o(a) senhor(a) pode optar por não responder.

Os dados desta pesquisa servirão única e exclusivamente para fins científicos. Em nenhum momento ou local será divulgado seu nome, garantindo total privacidade e confidencialidade. Mesmo aceitando, o(a) Sr.(a) poderá desistir a qualquer momento sem que isso gere qualquer tipo de problema ou constrangimento. Caso não concorde em participar da avaliação, não haverá qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a).

Você assinará duas vias deste termo e receberá uma via deste assinada pela pesquisadora responsável, e a outra via bem como os dados coletados serão mantidos em arquivo pela pesquisadora por cinco anos. Sinta-se à vontade para pedir quaisquer esclarecimentos, inclusive no momento da leitura deste documento por meio dos contatos contidos no presente termo.

Local \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1º andar,  
CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30- 11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Pesquisadora  
responsável Bruna Paola  
Murino Rafacho  
Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (Facfan), Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Bloco 19, CEP: 79070900. Campo Grande – MS.  
Telefone: 67-992852648 E-mail: bruna.paola@ufms.br

---

Pesquisad  
or

Participant  
e

## APÊNDICE B- Questionário para gestores

### Questionário para gestores

#### Mapeamento dos gestores

\* 2. Preencha com o seu e-mail:

\* 3. Insira as iniciais do seu nome

\* 4. Qual a sua idade?

\* 5. Com qual gênero você se identifica?

- Feminino  
 Masculino  
 Outro:

\* 6. Qual a sua etnia?

- Branca  
 Preta  
 Parda  
 Indígena  
 Asiática  
 Outro

\* 7. Qual a sua formação?

Ex: farmácia, nutrição, odontologia, etc.

**\* 8. Qual o seu cargo ou função atual?**

- Coordenador(a) ou referência da Vigilância em Saúde no Município
- Coordenador(a) ou referência da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no município
- Secretário Municipal de Saúde
- Coordenador(a) ou referência da Rede de Atenção à pessoa com DCNT
- Coordenador(a) ou referência da Área Técnica de Alimentação e Nutrição
- Outro:

**\* 9. Tempo de serviço no cargo ou função atual (considerar anos completos):****\* 10. Vínculo empregatício**

- CLT (carteira de trabalho assinada)
- Contrato por tempo indeterminado por Organização Social (OS)
- Contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde
- Contrato temporário por Organização Social (OS)
- Contrato temporário por serviço público de saúde
- Servidor público estadual
- Servidor público municipal
- Outro:

**\* 11. Em qual o município você atua?**

## Questionário para gestores

## Mapeamento da gestão

\* 12. Existe um responsável técnico (RT) formalmente indicado para todas as ações de cuidado a DCNT na Secretaria Municipal de Saúde?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 13. Existe uma Coordenação Municipal de Doenças Crônicas (ou outra unidade gerencial) responsável por todos programas de cuidados a pacientes com obesidade, hipertensão e diabetes na Secretaria Municipal de Saúde?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 14. A coordenação municipal de Doenças Crônicas tem participação nos processos decisórios de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 15. Existe Linha de Cuidado de Diabetes Mellitus organizada em seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 16. Existe Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade organizada em seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 17. Existe Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial organizada em seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 18. Conhece ou já teve contato com o Diretriz do Ministério da Saúde ou Consenso de Sociedade Acadêmica/Científica do Manejo de Diabetes na sua atuação?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 19. Conhece ou já teve contato com o Diretriz do Ministério da Saúde ou Consenso de Sociedade Acadêmica/Científica do Manejo de Hipertensão Arterial na sua atuação?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 20. Conhece documentos oficiais do Ministério da Saúde ou recomendações de Sociedade Acadêmica/Científica sobre atividade física para usuários com DCNT?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 21. Existe nas unidades de saúde de seu município programas e ações que estimulam, desenvolvem e/ou acompanham atividades no campo das práticas corporais (alongamento, caminhada, capoeira, dança etc.) com a população?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 22. Existem polos do Programa Academia da Saúde em seu município (oficialmente financiado pelo Ministério da Saúde)?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 23. Conhece orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação de Linha de Cuidado de Diabetes Mellitus em seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 24. Conhece orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação de Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial em seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 25. Conhece orientações técnicas do Ministério da Saúde para a implementação de Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade em seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 26. As unidades realizam grupos específicos (na APS ou em outro ponto da atenção) para acompanhamento de usuários com diabetes mellitus (HIPERDIA ou outro)?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 27. As unidades realizam grupos específicos (na APS ou em outro ponto da atenção) para acompanhamento de usuários com hipertensão arterial (HIPERDIA ou outro)?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 28. Existem unidades da APS em seu município que realizam grupos específicos para apoio/tratamento de usuários tabagistas?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 29. O município possui uma política de cuidado das DCNT, instituída e regulamentada (publicada em Boletim Oficial), que orienta a atuação da Secretaria Municipal de Saúde na temática?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 30. O Plano Municipal de Saúde vigente apresenta propostas de ação relacionadas aos problemas e necessidades de saúde da população com DCNT?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 31. Existe acompanhamento da meta 6 (Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre) dos indicadores do Programa Previne Brasil no seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 32. Existe acompanhamento da meta 7 (Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre) dos indicadores do Programa Previne Brasil no seu município?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 33. A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de algum manual de manejo clínico de hipertensão arterial para profissionais da saúde?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 34. A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de algum manual de manejo clínico de diabetes mellitus para profissionais da saúde?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 35. Você tem conhecimento se a Secretaria de Estado de Saúde disponibiliza materiais de apoio/orientações sobre DCNT aos gestores da APS?

- Sim, disponibiliza.  
 Não, não disponibiliza.  
 Não sei.

\* 36. Você tem conhecimento se são realizadas pactuações intersetoriais para incentivar a promoção da atividade física?

- Sim, são realizadas.  
 Não, não são realizadas.  
 Não sei.

\* 37. Você tem conhecimento se são realizadas pactuações intersetoriais para promoção da alimentação saudável?

- Sim, são realizadas.  
 Não, não são realizadas.  
 Não sei.

\* 38. A Secretaria Municipal de Saúde divulga as atividades realizadas nos canais de comunicação disponíveis no município para o cuidado das pessoas com DCNT?

- Sim  
 Não  
 Não sei

\* 39. A Secretaria Municipal de Saúde incentiva (direta ou indiretamente) ações de educação permanente e/ou de educação continuada para prevenção e controle DCNT para os profissionais lotados nas unidades de saúde da rede local?

Obs.: A Educação Permanente consiste na formação em serviço, no contexto do trabalho; o próprio local de trabalho dos profissionais é o campo da aprendizagem. Já a Educação Continuada ocorre em instituições acadêmicas formais (como especializações, mestrados, doutorados etc.) - mesmo que eventualmente o campo da prática ocorra na rede de saúde - e/ou por meio da participação congressos, seminários, etc.

- Sim, de educação permanente e educação continuada
- Sim, mas apenas de educação permanente
- Sim, mas apenas de educação continuada
- Não
- Não sei

\* 40. O município destina receita própria para custeio das ações de alimentação e nutrição no município?

- Sim
- Não
- Não sei

\* 41. O estado de Mato Grosso do Sul repassa recurso financeiro para custeio das ações de alimentação e nutrição no município?

- Sim
- Não
- Não sei

\* 42. O município recebe o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) do Ministério da Saúde?

- Sim
- Não
- Não sei

\* 43. Como você avalia a formação para cuidados para pessoas com DCNT dos gestores do seu município (coordenação da APS ou coordenação da atenção especializada, ou coordenação das redes de atenção à saúde)?

- Insuficiente
- Pouco suficiente
- Suficiente
- Não sei

\* 44. Como você avalia a formação para cuidados para pessoas com DCNT dos profissionais saúde do seu município (nos diferentes pontos de atenção)?

- Insuficiente
- Pouco suficiente
- Suficiente
- Não sei

\* 45. Como você avalia o seu conhecimento para fazer gestão do cuidado da diabetes mellitus no âmbito da APS?

- Insuficiente
- Pouco suficiente
- Suficiente
- Não sei

\* 46. Como você avalia o seu conhecimento para fazer gestão do cuidado da hipertensão arterial no âmbito da APS?

- Insuficiente
- Pouco suficiente
- Suficiente
- Não sei

\* 47. Você já fez algum curso de capacitação para gestores sobre diabetes mellitus, hipertensão arterial e/ou obesidade?

- Sim
- Não
- Não sei/não lembro

\* 48. Você acredita que fazer cursos de capacitação sobre DCNT, alimentação e saúde contribuem para uma melhor atuação como gestor(a) da APS?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei

\* 49. No seu município há equipes multidisciplinares que apoiam a APS (NASE, e-MULTI ou outras conformações de equipes diferentes da equipe mínima do estratégia Saúde da Família)?

- Sim
- Não
- Não sei

\* 50. As equipes saúde da família/e-Multi de seu município realizam vigilância alimentar e nutricional (registro de peso, altura e consumo alimentar) dos pacientes com DCNT?

- Sim
- Não
- Não sei

## APÊNDICE C – Normas de submissão da revista Ciência & Saúde Coletiva



pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação.** Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

### Recomendações para a submissão de artigos

#### Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva.** Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.



pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação.** Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

#### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva.** Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.



**Nota importante** - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consulte os exemplos no final das Normas.**

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores



devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo e abstract.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo e abstract.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra-resumo/abstract até a última palavra-chave/keyword). O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

#### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. **Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.**
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de



subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e dos descritores, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize o seu cadastro.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.





2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de



21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” <sup>11</sup> (p.38).  
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)



5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

## Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)  
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.  
 Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor  
 The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria  
 Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento  
 Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
 Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
 Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.  
 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor  
 Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.



#### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

#### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais



Brasil. Lei nº 8.080 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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### **Material eletrônico**

##### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

##### 17. Monografia em formato eletrônico

CDI, *clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

##### 18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.