

O uso de informações para o processo de territorialização no planejamento da Atenção Básica: uma experiência a partir das doenças renais crônicas no município de São Bernardo do Campo

The information usage for the territorialization process in the Primary Care planning: an experience from chronic kidney diseases in Sao Bernardo do Campo city

Ricardo Vitorino Marcoⁱ, Julia Fernanda Câmara Gampietroⁱⁱ, Ligia Schiavon Duarteⁱⁱⁱ, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{iv}

Resumo

A doença renal crônica (DRC) tem ganhado destaque e preocupação pelo seu custo, pelo número de mortes e pelo impacto negativo na qualidade de vida das pessoas acometidas pelo agravo. Esse artigo apresenta reflexões com base em duas experiências desenvolvidas em âmbito municipal sobre a viabilidade da efetivação do processo de territorialização na Atenção Básica como enfrentamento dos problemas de saúde da população, em especial, do cuidado das doenças crônicas não transmissíveis. O uso de informações georreferenciadas na rotina de trabalho dos formuladores de políticas públicas, gestores da política e trabalhadores do SUS encontra obstáculos relacionados com o esforço necessário para a padronização das informações de bases de dados e para a capacitação dos trabalhadores para o uso de informações em planilhas eletrônicas. No entanto, cabe o esforço para ultrapassar esses entraves, posto que a utilização do georreferenciamento permite a sobreposição de camadas diversificadas de informações, o que possibilita identificar regiões intramunicipais de sobre risco para agravos como a doença renal crônica e compreender de forma mais geral as condições de vida da população. O fornecimento de um diagnóstico mais preciso sobre a distribuição das doenças no território municipal pode subsidiar discussões com a equipe e elaborar ações mais focalizadas.

Palavras-chave: Territorialização, Georreferenciamento, Doenças crônicas não transmissíveis.

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) has gained importance and concern for its cost, the number of deaths and the negative impact on the quality of life of people affected by the disease. This work presents reflections based on two experiences developed at the municipal level on the viability of the territorialization process in Primary Care as coping with the population's health problems, especially the care of chronic non-communicable diseases. The use of georeferenced information in the work routine of public policy makers, policy managers and SUS workers is hampered by the effort required to standardize information on databases and to train workers to use information in spreadsheets. However, the use of georeferencing allows the overlapping of diverse layers of information, which makes it possible to identify intra-municipal regions of over-risk for diseases such as chronic kidney disease and to understand in a more general way the population living conditions. Providing a more accurate diagnosis of the disease distribution in the municipal territory can support discussions with the team and elaborate more focused actions.

Keywords: Territorialization, Georeferencing, Chronic non-communicable diseases.

ⁱ Ricardo Vitorino Marcos (ricardovitorinomarcos@yahoo.com.br) é enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Gerente de Serviço de Saúde/Estratégia de Saúde da Família.

ⁱⁱ Julia Fernanda Câmara Gampietro (juliagampietro@gmail.com) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP, especialista em Saúde Pública, atualmente compondo a equipe NASF pelo programa de residência multiprofissional em Saúde da Família pelo Município de São Bernardo do Campo.

ⁱⁱⁱ Ligia Schiavon Duarte (ligiaduarte@isaude.sp.gov.br) é economista, Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública/USP, Diretora do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{iv} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP, Pesquisadora Científica VI e Diretora do Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbitos 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.¹⁴ Cerca de 80,0% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% são mortes precoces.¹³ No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população para o desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena e a população negra e quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas.¹⁰

No Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012). Isso configura uma mudança na carga de doenças e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais, pelo forte impacto das DCNT na qualidade de vida dos indivíduos afetados, na maior possibilidade de morte prematura e pelos efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, como comentado acima.⁸

Por sua vez, dentro do grupo das DCNT e como consequência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou da *diabetes mellitus* (DM) não tratada, temos a insuficiência renal crônica (IRC), doença caracterizada pela perda progressiva da função renal e que nos últimos anos tem ganhado destaque por conta das suas consequências

para a qualidade de vida, para a saúde pública e pelo aumento da incidência e prevalência.⁸

Fator que preocupa no que se diz respeito à DRC é seu custo de tratamento muito elevado, em especial quando se fala em tratamento de substituição renal, o que torna a sua prevenção a melhor solução.¹ Além dos elevados custos do tratamento, estudos estimam a alta letalidade da doença que chega a 35% em pacientes com DRC por HAS e DM que iniciaram a terapia renal substitutiva (TRS) através de hemodiálise (HD) de emergência.¹¹

No Brasil as principais causas da DRC estão distribuídas proporcionalmente da seguinte forma: HAS 26%, DM 18% e glomerulonefrites 11%. O número estimado de portadores de hipertensão e diabetes é de 23 milhões e cerca de 1,7 milhão têm doença renal.⁸

A Atenção Básica (AB), porta de entrada dos usuários do SUS, exerce um importante papel no enfrentamento desses problemas de saúde. Tanto é assim que o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT propõe forte investimento nas equipes da AB para os cuidados das pessoas com HA e/ou DM, na busca por potencializar sua função de ordenadora do cuidado.⁸

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual o território é base fundamental para a reorganização dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais da AB, vem ao encontro dos esforços de enfrentamento da DCNT. Recorrer à noção de território é fundamental para compreender o processo saúde-doença e as vulnerabilidades da população adstrita e para melhor atuar no enfrentamento de problemas com diferentes determinantes, como é o caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou da diabetes mellitus (DM).

No entanto, ainda que a territorialização seja amplamente reconhecida como fundamental para a organização do trabalho das equipes de saúde da AB, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) não traz maior detalhamento de

como essa territorialização se daria no cotidiano do trabalho em saúde no SUS. A PNAB orienta o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e inter-setoriais em base territorial. A equipe de saúde deve participar do processo de territorialização e mapeamento da sua área de atuação, a micro-área. O processo de trabalho das equipes deve ser organizado a partir dessa microárea, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.^{5,9}

Maior detalhamento sobre questões referentes ao processo de territorialização na AB pode ser encontrado nos documentos do PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PORTARIA Nº 1.654 GM/MS).⁷ O PMAQ é um manual instrutivo criado pelo Ministério da Saúde, com objetivo de garantir um padrão de qualidade que seja comparável nacional, regional e localmente. No documento da PMAQ intitulado “Dicionário das Variáveis – 1º ciclo” (2013), o tópico “Territorialização e população de referência da equipe de Atenção Básica”⁶ contém algumas perguntas sobre a adscrição da população e a existência de mapas com o desenho do território nas UBS. Com relação aos mapas, o questionário aborda a existência de sinalizações sobre: microáreas; condições socioeconômicas; grupos de agravos; equipamentos sociais; redes sociais; condições étnicas; e também investiga o período do último mapeamento e a cobertura do território.

Assim, é possível afirmar que, embora a importância da territorialização na organização do processo de trabalho da AB para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, entre eles as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), seja referida pela política nacional de saúde pública, ainda não existem ações contundentes para subsidiar as equipes de saúde em todo o território nacional. Quais são os conhecimentos

técnicos necessários para o adequado processo de territorialização? Quais os recursos tecnológicos disponíveis e de acesso público? Quais as informações fundamentais para municiar o processo de territorialização?

Essas questões se tornam ainda mais fundamentais quando se tem em perspectiva o cuidado das DCNT que, por suas diferentes dimensões de adoecimento e por serem de longa duração, estão fortemente imbricadas nas condições de vida da população e requerem boas estratégias para a prevenção, estabilização e também para o manejo e monitoramento adequado dos pacientes já acometidos.

Dessa forma, o presente trabalho busca contribuir para a compreensão da viabilidade da efetivação do processo de territorialização na AB como enfrentamento dos problemas de saúde da população, em especial do cuidado das DCNT, a partir de experiência realizada no município de São Bernardo do Campo, no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (SESSP). Essa experiência resultou na dissertação de mestrado “Doença Renal Crônica em São Bernardo do Campo/SP: Análise Espacial Preliminar”.⁴ Para o enriquecimento da análise, o presente artigo também recorrerá às reflexões derivadas da experiência de campo da turma do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (SESSP) de 2017, que se deu no município de Franco da Rocha e resultou na monografia “Territorialização na Atenção Básica à Saúde: saberes e práticas”.¹²

O presente artigo está dividido em três partes, além desta introdução. A primeira parte descreve as potencialidades e os limites do uso de informações georreferenciadas para municiar o processo de territorialização da Atenção Básica nos municípios. A segunda parte descreve a experiência no município de São Bernardo do Campo. E a terceira parte conclui.

Potencialidades e limites no uso de informações para o processo de territorialização

O processo de apropriação do território para a formulação e implementação da política de saúde pública, em especial da política de Atenção Básica, requer acesso a diferentes informações que possibilitem compreender a área adstrita e o seu entorno. É necessário não apenas conhecer a população e suas características, como também a existência de equipamentos públicos e privados, voltados à assistência à saúde ou não. É necessário também identificar os percursos que a população realiza no território, os lugares de passagens, os facilitadores ou as barreiras de acesso. Ainda que parte das informações esteja disponível nas bases de dados públicas, tais como o Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros, o principal problema para o processo de territorialização é a necessidade de cartografar essas informações, ou seja, prover os dados de recursos cartográficos de modo que eles possam compor mapas.

O uso de dados em planilhas eletrônicas já é bastante recorrente nas rotinas de trabalho dos formuladores de políticas públicas, gestores da política e trabalhadores do SUS, ao contrário do uso de informações georreferenciadas. Dessa forma é possível identificar duas primeiras dificuldades no uso de informações georreferenciadas: i) a necessidade de os dados compreenderem coordenadas de latitude e longitude; e ii) a necessidade do uso de sistemas de informações geográficas (SIG).

Em relação à primeira dificuldade, a necessidade dos dados compreenderem coordenadas de latitude e longitude exige grande esforço de padronização de base de dados. A dificuldade na realização dessa padronização já se evidencia quando se constata que boa parte das UBS não tem suas informações organizadas em planilhas eletrônicas. Assim, além de ser necessário

promover a maior informatização das UBS, é necessário capacitar os trabalhadores para o uso de informações em planilhas eletrônicas.

Vale ressaltar que, superados tais problemas, o uso de um sistema de navegação por satélite a partir de um dispositivo móvel – os Sistemas de Posicionamento Global (GPS) existentes nos celulares – permite que a equipe de saúde construa bases de dados com informações georreferenciadas adequadas ao seu planejamento, elaborado segundo a necessidade de saúde do território adstrito. Ou seja, é possível que a equipe multiprofissional, sobretudo os agentes comunitários, durante as visitas domiciliares, façam registros *in loco*. Apenas como ilustração, por meio do celular é possível criar registros georreferenciados dos domicílios de gestantes de alto risco ou de idosos vulneráveis, de passagens perigosas ou sujeitas a alagamento, da presença de vetores epidemiológicos, entre outros. Assim, os registros realizados *in loco* pela equipe multiprofissional podem compor uma base de dados comum.

Ainda em relação à padronização das informações de modo a responder às necessidades do georreferenciamento, mesmo que as equipes alocadas na UBS realizem ações efetivas de identificação de dados que atendam as necessidades de saúde dos seus territórios adstritos, o envolvimento dos níveis de planejamento central das secretarias de saúde municipais nesse processo tem capacidade de tornar tais ações muito mais efetivas. A mobilização e coordenação de diferentes estruturas da gestão municipal de saúde, incluindo o setor de vigilância, ampliam as possibilidades de padronização da base de dados, bem como promovem a discussão da organização da AB em todo o território municipal.

A existência de bases de dados padronizadas e adequadas ao georreferenciamento possibilita o uso de sistemas de informações geográficas (SIG). Assim, por meio dos SIG é possível integrar

as informações coletadas no próprio território pela equipe de saúde com aquelas disponíveis nos sistemas públicos, tais como os recortes censitários no site do IBGE, ou as ruas no *Google Earth*. Todas essas tecnologias e informações disponíveis possibilitam a construção de importantes instrumentos de análise e planejamento territorial.

No entanto, embora esses sistemas estejam disponíveis por meio de *softwares* livres com código-fonte aberto, ou seja, não exigem licenças de uso, a necessidade de capacidade de infraestrutura tecnológica e de recursos humanos especializados para o processamento das informações dificulta sua adoção. Essa dificuldade pode ser minimizada com a organização do processo de territorialização nos níveis mais centrais da gestão municipal. Inicialmente, devido ao ganho em escala proporcionado pela concentração de uma infraestrutura tecnológica e de recursos humanos mais especializados que apoiem a elaboração desses instrumentos de análise e planejamento para as equipes de saúde das UBS. O envolvimento dos níveis centrais de gestão municipal também possibilita a promoção de ações intersetoriais no âmbito da gestão municipal, fazendo do território uma plataforma de integração das políticas públicas municipais.

Análise dos pacientes em terapia renal substitutiva nos territórios de saúde de São Bernardo do Campo

Em 2015, o município de São Bernardo realizou grandes avanços na implementação de suas políticas de saúde. Verificou-se a ampliação do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (133 equipes), aumento do número de unidades básicas de saúde (34 unidades no total), unidades de pronto atendimento (9 UPA e um pronto socorro central). Esses esforços resultaram na reestruturação da rede de saúde do

município e, conseqüentemente, no aumento do acesso da população à assistência à saúde.

Mesmo com todos os avanços realizados e com o aumento no acesso aos serviços de saúde, um estudo que analisou o percurso dos pacientes com HA e DM até a doença renal crônica nesse município mostrou que ainda há deficiências na capacidade clínica e de cuidado das equipes da AB e na articulação desse nível de atenção com os outros pontos da rede de saúde.³ A falta de qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado à HA e à DM tem sido apontada como uma das causas do diagnóstico tardio da insuficiência renal, que, por sua vez, tem sido destacado como causa da diminuição da sobrevida dos pacientes, impactando diretamente na qualidade de vida das pessoas e onerando o sistema público.¹¹

Nos últimos anos foi observado um crescimento preocupante no número de paciente em terapia renal substitutiva no município de São Bernardo do Campo e vários fatores podem estar relacionados a esse aumento. A expansão do número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e a *diabetes mellitus*, da obesidade e da população idosa faz com que seja necessário avançar nas estratégias de cuidados de pacientes com DCNT, estratégias que sejam inovadoras e que obtenham principalmente a adesão dos protagonistas do cuidado.

A construção de estratégias inovadoras pressupõe reconhecer as características do município, sua grande extensão territorial, de 406,2 km², sua inserção metropolitana, sua população de cerca de 833 mil habitantes.² Dessa forma, ainda que São Bernardo do Campo apresente um dos maiores Produtos Interno Brutos do Estado de São Paulo, é necessário identificar a heterogeneidade social no seu território e enfrentar sua desigualdade. Vale ressaltar que 16,6% da sua população se encontravam em regiões de vulnerabilidade alta ou muito alta, enquanto 47,7%

em regiões de vulnerabilidade muito baixa, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social elaborado pela Fundação Seade com os dados do censo de 2010. Assim, avanços no cuidados de pacientes com DCNT implicam reconhecer as diferenças territoriais presentes no município e criar estratégias para a atenção à saúde.

Nesse sentido, é fundamental recorrer à Estratégia de Saúde da Família, que tem o território como instrumento fundamental na construção de estratégias preventivas e de cuidado. A análise territorial permite compreender como determinados pacientes adoecem, quais fatores de risco estão associados a esse adoecimento, como se dá o acesso aos serviços de saúde. Assim, reconhecer pacientes que desenvolveram doença renal crônica terminal no território, suas características – idade, raça/cor, sexo, entre outros – a distância da residência aos serviços de saúde oferece elementos para a construção de propostas de cuidado, monitoramento e intervenção mais efetivos.

Na perspectiva de produzir respostas mais adequadas ao crescente aumento da doença renal crônica no município, foi desenvolvido o estudo “Doença Renal Crônica em São Bernardo do Campo – SP: Análise Espacial Preliminar”⁴. Nesse estudo foi possível mapear os pacientes em terapia renal por meio da autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), pesquisando a doença de base (HAS e DM). Foi possível também quantificar e georreferenciar pacientes hipertensos e diabéticos que estavam em tratamento dialítico tratados em unidades de Atenção Básica do município de São Bernardo do Campo.

As informações dos pacientes foram trabalhadas para permitir o geoprocessamento e depois foram sobrepostas às marcações dos nove territórios de saúde do município e a localização das unidades básicas. Foi fundamental incluir na análise o mapa de vulnerabilidade social do

município, possibilitando melhor qualificar as taxas de prevalência da doença.

Foram utilizadas ferramentas de geoprocessamento para ter uma dimensão real da distribuição espacial desses pacientes, tendo o espaço como referência e empregando um modelo de análise de situações de risco, em substituição ao modelo de risco individual. Utilizando essa ferramenta, foi possível construir “camadas” sobrepostas que serviram para análise dos dados, buscando identificar as regiões de sobre risco do município para o agravo, com vistas a subsidiar o planejamento de ações mais específicas, direcionadas para essas regiões, em um contexto de vigilância da saúde e de territorialização. As camadas utilizadas foram as seguintes:

- Mapa do município de São Bernardo do Campo;
- Territórios de saúde;
- Equipamentos de saúde;
- Mapa de vulnerabilidade social (Seade);
- Pacientes em terapia renal substitutiva.

Em seguida foi possível correlacionar algumas informações importantes sobre o paciente com doença renal crônica terminal^v no município:

- Qual território do município a prevalência da doença renal é maior;
- Qual faixa etária predominante;
- Qual sexo apresenta um número maior da doença;
- Qual Raça/cor predominante;
- Relação com a vulnerabilidade Social;
- Qual doença de base (hipertensão e diabetes) se destaca como maior fator de risco da doença.

Os resultados do estudo permitiram diagnóstico mais preciso da prevalência das doenças renais crônicas no território municipal e subsidiou as discussões com a equipe multiprofissional para o planejamento das ações de saúde com vistas a melhorar as condições de saúde da

população, o acesso aos serviços e a qualidade da assistência ao paciente. Foi possível elaborar ações mais focalizadas e, em decorrência, melhorar o uso dos recursos públicos.

Vale ressaltar que essa experiência sensibilizou as equipes de saúde para o uso de ferramentas de geoprocessamento para a análise das demandas de saúde em um determinado território e para o planejamento das respostas. O método de análise territorial apoiado em ferramentas de geoprocessamento passou a ser utilizado para a solução de outros problemas de saúde, como, por exemplo, da dengue. Mais recentemente esse método tem sido utilizado para monitorar gestantes, gestantes de alto risco e gestantes que adquiriram sífilis.

Conclusão

O uso de ferramentas de geoprocessamento para aprimorar o planejamento territorial das equipes de saúde da Atenção Básica (AB) possibilita não apenas aperfeiçoar as ações de saúde para o enfrentamento de problemas específicos, como o das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), mas, sobretudo, a compreensão mais geral das condições de vida da população. A produção e organização de informações cartográficas pelas equipes da AB permitem a construção de uma base de dados com a história do território, que se preservará ao longo do tempo e, também, o aprofundamento do conhecimento sobre as demandas de saúde da população adstrita à medida que permite relacionar espacialmente diferentes tipos de agravos.

No entanto, ainda que a territorialização seja fundamental para aprimorar as ações das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), torna-se evidente que esse processo não pode ser realizado exclusivamente no âmbito da AB. O sistema de saúde, principalmente as redes de atenção à saúde específica, bem como os níveis mais centrais

das secretarias municipais de saúde, quando não da própria prefeitura, precisam ser responsáveis por estruturar, organizar e promover esse processo, sempre articulados com as equipes de AB.

Referências

1. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* 2011;33(1):93-108. [internet]. [acesso em 17 nov. 2018] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>
2. IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas dos municípios - estimativas 2018. [internet]. [acesso em 10 fev 2019]. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2279>
3. Haddad S. Desafios na produção do cuidado à saúde: da hipertensão arterial e do diabetes à doença renal crônica. [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde; 2016.
4. Marcos RV. Doença renal crônica em São Bernardo do Campo, SP: análise espacial preliminar. [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
5. Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 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. Brasília, DF, junho 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Dicionário das Variáveis, 1º Ciclo, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. [internet]. [acesso em 20 jan 2018] . Disponível em : http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/microdados_pmaq/Documentos/DICIONARIO_DAS_VARIAVEIS.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do

PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. [internet]. [acesso em 20 jan 2018] Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf

8. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2014. [internet]. [acesso em 15 nov 2018]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf

9. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. [internet]. [acesso em 20 jan. 2018]. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

10. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Health in 145 Brazil 4. Chronic

non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 377.

11. Silva LK, Bregman R, Lessi D, Leimann B, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 17(11):2971-2980. [internet]. [acesso em 20 nov. 2017]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a13>

12. Vitorelo JT, Gampietro JFC; Morales LMP. Territorialização na atenção básica à saúde: saberes e práticas. São Paulo: Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso em Saúde Coletiva.

13. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

14. World Health Organization. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília(DF):Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.