



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA



CAROLINNY NUNES OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE
DOS AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS FRENTE A INDIVÍDUOS
COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

**Vitória da Conquista - Bahia
2019**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



Caroliny Nunes Oliveira

**PRÁTICAS DE CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE
DOS AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS FRENTE A INDIVÍDUOS
COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Daniela Arruda Soares

Vitória da Conquista - Bahia

2019

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

O48

Oliveira, Carolinny Nunes.

Práticas de cuidado na estratégia saúde da família: análise dos avanços, desafios e perspectivas frente a indivíduos com hipertensão e diabetes. / Carolinny Nunes Oliveira - 2019. 106 f : il.

Orientadora: Prof^a. Dra. Daniela Arruda Soares

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Saúde Pública 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Hipertensão. 5. Diabetes Mellitus. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II Soares, Daniela Arruda. III. Título.

CDU: 614.2 (813.8)

Carolinny Nunes Oliveira

"Práticas de cuidado em saúde na estratégia saúde da família: análise dos avanços, desafios e perspectivas frente a indivíduos com hipertensão e diabetes."

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 16/12/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Daniela Arruda Soares Alves (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia - IMS



Prof.ª Dr.ª José Patrício Bispo Junior (Examinador)
Universidade Federal da Bahia - IMS



Prof.ª Dr.ª Vanda Palmarella Rodrigues (Examinadora)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

A Deus que mesmo eu não sendo merecedora, sempre com o Seu imenso amor, fidelidade e misericórdia me guiou e sustentou durante toda essa caminhada, a despeito de todos os contratempos que ocorreram. *Graças ao grande amor do Senhor é que não somos consumidos, pois as suas misericórdias são inesgotáveis. Renovam-se cada manhã; grande é a tua fidelidade! (Lamentações 3:22,23).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Jesus Cristo que sempre esteve ao meu lado e em sua infinita graça me permitiu concluir mais essa conquista. *Eu sou a videira, vós, as varas; quem está em mim, e eu nele, este dá muito fruto, porque sem mim nada podereis fazer (João 15:5).*

Agradeço especialmente a minha querida orientadora Daniela Arruda, que você nunca perca a sabedoria e o amor ao ensinar. Obrigada por cada ensinamento, pela paciência, carinho, empatia e brilhante orientação nesses caminhos da pesquisa e, por tantas vezes ter acreditado em mim mesmo diante de todas as minhas muitas falhas. Você é um exemplo a ser seguido, mãe e profissional inabalável que consegue exercer com maestria todas as funções que lhe são apresentadas.

À minha família, minha base. Aos meus pais, Luiz e Eliane, que nunca mediram esforços para que eu realizasse todos os meus sonhos, sempre me apoiando e dando suporte em tudo, independentemente de qualquer coisa são para sempre meu porto seguro. Aos meus irmãos Lucas, Poliana e Fabiana por todo apoio e incentivo. Aos meus queridos sobrinhos pelos sorrisos e carinho. A minha cunhada Brenda por sempre estar disposta a me ajudar, me ouvir, por todo amor mesmo diante as minhas ausências. A Rômulo pelo companheirismo durante essa caminhada, sem seu apoio tudo seria mais difícil. Ao meu filho Davi Luiz um presente de Deus que chegou tão repentinamente e tomou conta de minha vida, nem me lembro mais quem eu era sem você, nos dias ruins basta um sorriso seu para tudo ficar melhor, você é a força que me estimula a cada dia ser uma pessoa muito melhor.

A todos os meus amigos, a toda família da PAB CAE 2, em especial as queridas Débora e Itaynã que desde o começo dessa caminhada me ajudaram a ficar de pé, seguir firme, nos momentos mais difíceis quando minhas forças se esgotaram, estavam lá vocês como anjos cada uma de um lado me sustentando, e me permitindo voar mesmo diante de todas as tribulações. Vocês são seres humanos especiais, me ofertaram tamanho amor sem esperar nada em troca, espero um dia poder retribuir, só tenho uma palavra para vocês: gratidão! Um agradecimento especial também a Jéssica pela amizade carinhosa, doses de brincadeiras e sorrisos e momentos de desabafo, que tornam meus dias mais leves e felizes. Amigos são como estrelas nem sempre podemos ver, mas sempre temos a certeza que estão lá!

A Carol e Glorinha estagiárias que me ajudaram na pesquisa e aos meus colegas de turma do mestrado, obrigada pelo trabalho conjunto e troca de experiências, foi uma satisfação enorme conhecer vocês.

A Diretoria da Atenção Básica do município e aos profissionais de saúde que tão gentilmente se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Agradeço ao Instituto Multidisciplinar em Saúde que desde a minha graduação até o mestrado tem me propiciado o preparo e experiências necessárias para alcançar novos e maiores caminhos. Certamente é uma instituição que é responsável por minha formação tanto como profissional quanto como pessoa.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que eu alcançasse essa conquista.

RESUMO

As práticas de cuidado em saúde a usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), são complexas e multideterminadas. A elevada magnitude da HAS e da DM para a saúde pública e a necessária resolutividade dos serviços de APS no seu enfrentamento, justificam a realização desta dissertação. Deste modo, o objetivo geral deste estudo foi analisar as práticas de cuidado em saúde de médicos e enfermeiros no contexto da ESF, frente a indivíduos com HAS e DM. As aproximações se deram a partir de um estudo empírico (1), como também por meio de uma revisão crítico reflexiva (2) sobre essas práticas. O estudo 1 foi realizado no município de Vitória da Conquista- BA. A abordagem foi qualitativa e os sujeitos, médicos e enfermeiros. A coleta foi realizada por meio de entrevistas baseadas em uma matriz fundamentada em três dimensões: organizacional, técnica-assistencial e psicossocial. Após a realização da Análise de Conteúdo Temática, foram encontradas fragilidades relacionadas à focalização da demanda, práticas médico-centradas, dificuldades de interlocução com o Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica-NASF-AB, com a família dos usuários e com a atenção especializada, além de déficits no planejamento das ações e dificuldades na utilização do prontuário eletrônico. As potencialidades confirmam a oferta abrangente de ações, atuação singularizada sobre os riscos e vulnerabilidades sociais do território, estímulo a autonomia dos usuários, reconhecimento e articulação com os dispositivos sociais e incorporação de novas tecnologias de cuidado. No segundo estudo realizou-se um ensaio reflexivo sobre as práticas de cuidado em saúde voltadas para a HAS e DM, na ESF, a partir da identificação de elementos condizentes com as dimensões macro e micropolíticas, as quais evidenciaram avanços, fragilidades e propostas. Neste sentido, destaca-se nas práticas de cuidado em saúde voltadas a pessoas hipertensas e diabéticas, avanços que determinaram a ampliação da ESF e do acesso a consultas médicas e medicamentos, melhoramentos na organização da vigilância da informação e da rede de serviços; na esfera micropolítica os processos de instauração do acolhimento, vínculo e estímulo a auto-gestão do cuidado. Apesar desses avanços, essas práticas ainda representam desafios, dado o caráter biomédico da assistência e as medidas de austeridade fiscal impostas pelo governo atual, com impactos nefastos à ESF. Como proposta, desponta a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), de espaços coletivos de atuação profissional e de cogestão na execução de ações de planejamento, acompanhamento e avaliação e da ruptura de modelos tecnicistas, procedimento-

centrados de cuidado, a fim de se produzir práticas de saúde mais universais, integrais e equitativas.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária a Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Health care practices for users with systemic hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM) in the Family Health Strategy (FHS) are complex and multidetermined. The high magnitude of hypertension and DM for public health and the necessary resoluteness of PHC services in its confrontation, justify this dissertation. Thus, the general objective of this study was to analyze the health care practices of doctors and nurses in the context of the Family Health Strategy-FHS, against individuals with hypertension and diabetes. The approximations came from an empirical study (1), as well as through a reflexive critical review (2) about these practices. Study 1 was conducted in the city of Vitória da Conquista- BA. The approach was qualitative, the subjects physicians and nurses, and the collection made through interviews based on a matrix based on three dimensions: organizational, technical assistance and psychosocial. After conducting the Thematic Content Analysis, we found weaknesses related to the focus of the demand, medical-centered practices, difficulties of dialogue with the Family Health and Primary Health Care Expanded Support Centre NAS-AB, with the family of users and with the specialized attention, besides of deficits in the planning of actions and difficulties in the use of the electronic medical record. The potentialities confirm the offer of a comprehensive portfolio of actions, unique action on the social risks and vulnerabilities of the territory, stimulation of user autonomy, recognition and articulation with social devices and incorporation of new care technologies. In the second study, a reflective essay on health care practices focused on hypertension and diabetes was conducted in the Family Health Strategy, based on the identification of elements consistent with the macro and micropolitical dimensions, which showed advances, weaknesses and proposals. In this sense, it stands out in health care practices aimed at hypertensive and diabetic people, advances that determined the expansion of the FHS and access to medical appointments and medicines, improvements in the organization of information surveillance and the service network; in the micropolitical dimension, the processes of establishment of welcoming, bonding and stimulating self-management of care. Despite these advances, these practices are still challenging, given the biomedical nature of assistance and the fiscal austerity measures imposed by the current government, with damaging impacts on the FHS. Despite these advances, these practices are still challenging, given the biomedical nature of assistance and the fiscal austerity measures imposed by the current government, with damaging impacts on the FHS. As a proposal, there is a need for strengthening the SUS, collective spaces for professional performance and co-

management in the execution of planning, monitoring and evaluation actions and the rupture of technical, procedure-centered care models, in order to produce health practices more universal, integral and equitable health.

KEY WORDS: Primary Health Care; Family Health Strategy; Hypertension; Diabetes Mellitus; Public Health.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Revisão de literatura

Figura 1- Modelo Teórico das ações voltadas para o controle da HAS e do DM na APS.....	34
--	----

Artigo 1

Quadro 1-Matriz de análise das práticas de cuidado em saúde para DCNT na ESF.....	54
---	----

Quadro 2- Resultados selecionados da dimensão Organização das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.....	55
--	----

Quadro 3- Resultados selecionados da dimensão Aspectos técnicos-assistenciais das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.....	56
--	----

Quadro 4- Resultados selecionados da dimensão Abordagem psicossocial das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.....	58
---	----

Quadro 5- Potencialidades e fragilidades das dimensões das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.....	59
---	----

Artigo 2

Quadro 1- Marcos históricos das práticas de cuidado voltadas para o cuidado dos indivíduos com HAS e DM na ESF do Brasil.....	82
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABT Associates - Companhia de Trabalho dos Estados Unidos
ACAD - Associação Conquistense de Apoio ao Diabético
ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
BA – Bahia
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CMC - Central de Marcação de Consultas
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
DAB - Diretoria da Atenção Básica
DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV - Doença Cardiovascular
DM – Diabetes Mellitus
ELSA - Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
ELSI - Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso
EqSF - Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial
MS - Ministério da Saúde
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PENSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM - Programa Mais Médicos

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UHC - Universal Health Coverage

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIGITEL- Pesquisa de Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. Apresentação e aproximação com o objeto de estudo.....	16
2. Introdução.....	18
3. Objetivos.....	22
4. Revisão de literatura.....	23
4.1. Histórico das práticas de cuidado em saúde na APS e os desafios da atualidade.....	23
4.2. Aspectos micropolíticos das práticas de cuidado em saúde no contexto da APS.....	28
4.3. A HAS e o DM: desafios para as práticas de saúde na APS.....	31
5. Aspectos metodológicos.....	36
5.1. Desenho do estudo.....	36
5.2. Cenário de estudo.....	36
5.3. Sujeitos investigados.....	37
5.4. Procedimentos e técnica de coleta de dados.....	37
5.5. Análise dos dados.....	38
5.6. Aspectos éticos.....	39
6. Resultados.....	41
6.1 Artigo 1- Práticas de cuidado em saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família.....	41
6.2 Artigo 2- Práticas de cuidado para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família: ensaio teórico sobre avanços, fragilidades e propostas.....	61
7. Considerações finais.....	85
8. Perspectivas de estudo.....	87
9. Referências.....	88
APÊNDICE A- Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	94
APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	97
ANEXO A- Autorização do comitê de ética em pesquisa.....	99
ANEXO B- Comprovante de submissão do artigo 1.....	107

1. APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

Este estudo encontra-se vinculado à área de Política, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde, cujo objeto desta dissertação refere-se ao estudo das práticas de cuidado em saúde a indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Vitória da Conquista - BA, considerando as dimensões macro e micropolíticas que as constituem.

O interesse pela área de Saúde Coletiva foi disparado ainda em 2011 durante a formação acadêmica na graduação do curso de enfermagem na Universidade Federal da Bahia (UFBA), *campus* Anísio Teixeira de Vitória da Conquista – BA, cujos estágios curriculares referentes à área, já concorriam para brotar o desejo de se trabalhar e intervir neste campo vivo de saberes e práticas, sujeitos e territórios singulares.

Sobretudo, ao ingressar como discente no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), foi possível a iniciação mais maciça ao trabalho e vivências na ESF, de acordo com as diversas necessidades sociais em saúde dos sujeitos em cuidado e as diretrizes do SUS. Durante as aprendizagens, vivências e discussões em grupo no âmbito do PET-Saúde, dilatou-se o entendimento quanto a magnitude e o desafio que a HAS e DM representam para a assistência prestada na ESF. O interesse em discutir e estudar as práticas de saúde desenvolvidas nas equipes da ESF na produção do cuidado a usuários com HAS e/ou DM é oriundo também de inquietações gestadas a partir da experiência profissional, com a assistência direta a usuários com HAS e/ou DM por meio de consultas de enfermagem, grupos educativos e triagem de exames e procedimentos na Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Vitória da Conquista – BA, desde meados de 2015 até o momento. Durante cerca de 3 anos, percebeu-se que a produção do cuidado em saúde nessa vertente ainda é fragilizada, associado a fragmentação nas atividades desenvolvidas no cotidiano da atenção à saúde e alcance de poucos resultados no controle, prevenção e promoção da saúde.

Neste sentido, em 2017 manifestou-se o desejo de participar do processo seletivo do mestrado em Saúde Coletiva da UFBA *campus* Anísio Teixeira de Vitória da Conquista – BA, como forma de conhecer mais a fundo os problemas que permeiam a produção do cuidado, cujas lentes utilizadas na pesquisa permitirão apreender este fenômeno e, quiçá, fomentar mudanças e proposições na prática cotidiana na direção do fortalecimento do SUS e da APS deste município.

Deste modo, os capítulos apresentados propõem tanto ancorar o objeto de estudo e contextualizá-lo à luz do referencial teórico adotado, quanto apresentar a trajetória metodológica que possibilita a sua apreensão.

2. INTRODUÇÃO

As práticas de cuidado em saúde podem ser entendidas como práticas sociais que envolvem um arsenal de saberes e ações aplicadas em uma gama de contextos, e protagonizada por distintos atores sociais, transcorrendo em múltiplas dimensões como a relacional, organizacional, política, técnica, cuja mutabilidade ao longo do tempo, reflete a potência instituinte da ação humana no contexto do desenvolvimento societal (MELO; MATOS, 2018).

Neste sentido, o estudo das práticas de cuidado em saúde tem se multiplicado e se mostrado relevante, pois, propicia a compreensão e avaliação dos processos de trabalho para proposição de novas formas de produzir cuidado, amparadas em práticas universais, integrais, equânimes, tendo em vista a conversão de modelos restritivos para outros mais ampliados. Contudo, uma aproximação histórica e sua interface com o momento atual, revela como foram se estruturando tais práticas e quais desafios ainda lhe são impostos, especialmente no que tange àquelas destinadas às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O bojo do movimento desencadeado pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 80, abarcou um conjunto de práticas sociais e políticas articuladas com vistas à transformação da vida social e democratização da saúde, na conjuntura da transição democrática do período pós-constituinte (PAIM, 2009). Buscou discutir e redimensionar as concepções e as práticas de saúde e a organização dos serviços, a partir da crítica ao modelo de assistência à saúde, ou das políticas públicas de saúde vigentes no período, as quais adotavam um caráter centralizador, curativo e excludente. Apontava-se como alternativa, as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, orientadas pelos diversos determinantes do processo saúde-doença, acenando para a produção do cuidado e direcionando a práticas integrais, resolutivas e co-partipativas (ASSIS *et al.*, 2010).

Deste modo, na centralidade das conquistas logradas pela RSB, destaca-se a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), principal política de saúde de caráter ‘macro-social’ (PAIM, 2009), o qual emergiu deste movimento reunindo profissionais de saúde e intelectuais, num contexto de luta contra a ditadura, para defender a reformulação de novas práticas de saúde, pautando-se principalmente nos referenciais da vigilância à saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Os princípios doutrinários e organizativos incutidos ao mesmo foram então estabelecidos a partir da universalidade,

equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 2000).

Do eixo em torno do qual se institucionalizou o SUS e sob a inspiração da Declaração de Alma Ata e dos movimentos de medicina comunitária desenvolvidas em outros países, ganhou destaque, no contexto das reformas dos sistemas de saúde, o desenvolvimento da APS no Brasil tendo como características a integralidade, o componente familiar e comunitário, a base territorial, a equipe multidisciplinar, a incorporação de agentes comunitários de saúde, a participação social e integração de práticas preventivas e curativas, de caráter individual e/ou coletiva (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017)

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 1990 e sua posterior incorporação ao Programa de Saúde da Família (PSF) na segunda metade da década de 90, representaram importantes avanços para consolidação da APS no Brasil. No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) propõe conceituá-lo como “Estratégia”, pois a denominação anterior denotava um caráter temporário, a atual terminologia passou a configurar um artifício permanente para substituição do modelo tradicional de assistência à saúde e organização do SUS, cujo enfoque era eminentemente curativo e verticalizado.

Na atualidade, à ruptura democrática que atravessa o país caracterizada pela redução das intervenções estatais para assegurar o bem-estar social, a implementação de políticas de austeridade fiscal (FACHINI; TOMASI; DIÉLIO, 2018), o estímulo à mercantilização da saúde, bem como as ideias propaladas pela conferência de Astana aludindo a transmutação do ‘direito’ para a ‘cobertura’ universal à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019), sinalizam ameaças aos direitos sociais e à práticas de cuidado em saúde equânimes, universais, integrais e comprometidas com as necessidades sócio-sanitárias das pessoas.

Neste sentido, faz-se mister repensar as práticas de cuidado em saúde na APS, através de uma análise crítica, contemplando aspectos como: a forma como estão organizadas, quais as suas finalidades, qual o alcance de suas ações, para que público estão direcionadas, e quais são as concepções de saúde-doença dos agentes envolvidos (ASSIS *et al.*, 2010).

Por isto mesmo, pensar em mudanças necessárias nas práticas de cuidado na APS, requer tangenciar os processos de trabalho em saúde tanto do ponto de vista de aspectos normativos, políticos, financeiros e técnico-assistenciais, quanto em torno daquilo que

escapa a ação instrumental, valorizando a reconstrução dos papéis dos atores envolvidos, com necessidade de um olhar mais envolto nas singularidades dos profissionais de saúde e usuários do SUS, a partir da micropolítica do processo produtivo, esta representativa do agir cotidiano de cada sujeito a partir das relações que estabelece e do arsenal tecnológico de que se utiliza (FRANCO, 2013). Esse movimento é complexo, pois, perpassa por uma ruptura com padrões já estruturados de trabalho, os quais tem sido até o momento parciais, centrados na produção de procedimentos e no saber médico (FRANCO *et al.*, 2009).

Neste sentido, mesmo considerando a forte centralidade de diversas modalidades de atenção programáticas no âmbito da ESF, dentre elas as que se concentram no programa de controle da HAS e DM, congruentes com o perfil epidemiológico local-regional e nacional, as práticas de cuidado em saúde a usuários com estas patologias ainda são multifacetadas e encontram dificuldades, ao buscar uma atuação para além da abordagem dos aspectos biologicistas e prescritivos, de modo a impulsionar mudanças e a assegurar o cuidado integral e humanizado na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do SUS (SANTOS, 2013).

Esse cenário de cuidado aos indivíduos com HAS e DM é inquietante uma vez que, é notória a alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, que estas condições impõem aos indivíduos acometidos, o que reforça a importância das mesmas enquanto problemas de saúde pública. Deste modo, destaca-se que as práticas de cuidado voltadas para ambas não requerem o emprego de tecnologias duras altamente sofisticadas (BRASIL, 2014), e o seu manejo eficaz demanda um largo emprego de tecnologias leves e leve-duras, em função das necessárias mudanças no estilo de vida as quais abrangem aspectos pessoais, culturais, econômicos e psicossociais com vista ao controle e a prevenção de condições mórbidas associadas, sendo a ESF um espaço de cuidado privilegiado.

Os indicadores de morbidade para população quilombola investigada no município de Vitória da Conquista, revelam uma prevalência de HAS de 45,4% e de DM de 8,8% (BEZERRA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2014). As prevalências de HAS e DM no contexto nacional na população com 18 anos ou mais, foram de 22,3% e 6,2% respectivamente (MALTA *et al.*, 2015).

Tais características traduzem que o cenário de atenção a HAS e DM na APS é desafiador tanto do ponto de vista da elevada prevalência destas doenças, quanto da perspectiva da organização e estrutura dos serviços de saúde para produzirem práticas de

cuidado em saúde consoante com este quadro. Essas DCNT ainda tensionam os serviços para manterem a longitudinalidade e resolutividade do cuidado, decorrente do fato destas condições serem de caráter permanente e requerem cuidados por toda a vida, assim como impõem um enfrentamento que deve passar pela governança e implementação de ações e políticas públicas voltadas para a prevenção e redução dos fatores de risco e ampliação do acesso aos cuidados de saúde em rede de atenção à saúde.

Deste modo, a realização deste estudo se justifica pela magnitude e impacto que a HAS e o DM representam para a saúde pública brasileira e pela dificuldade que a APS enfrenta no desenvolvimento de um cuidado efetivo frente a estas condições, a despeito de contemplar ações e cuidados direcionados a seu enfrentamento. Além disso, espera-se que este estudo possa propiciar, a partir das análises realizadas, maior conhecimento e compreensão acerca da dinâmica organizativa das práticas de produção do cuidado em saúde voltadas aos indivíduos com HAS e/ou DM na APS, e, contribuir para apontar caminhos para melhoria dos processos de produção do cuidado neste cenário.

Portanto, considerando o exposto anteriormente, o que se busca nesta dissertação é analisar como se processam as práticas de cuidado em saúde aos indivíduos com DM e/ou HAS na ESF. Diante do conhecimento desse processo, procura-se também desvelar a necessária mudança nas formas de fazer saúde deslocando o olhar centrado na doença, para outro que tenha na saúde e qualidade de vida pontos de ligação com a integralidade das práticas realizadas pelos trabalhadores que prestam o cuidado, de modo a obter um manejo mais eficaz dessas condições crônicas.

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GERAL

- Analisar as práticas de cuidado em saúde no contexto da ESF, frente a indivíduos com HAS e DM.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os saberes e práticas de médicos e enfermeiros concernentes as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas frente aos indivíduos com HAS e/ou DM, na ESF.
- Conhecer e analisar criticamente as experiências disponíveis na literatura a respeito dos avanços, fragilidades e desafios das práticas de cuidado em saúde frente aos indivíduos com HAS e/ou DM na ESF.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Histórico das práticas de cuidado em saúde na APS e os desafios da atualidade

As distintas lógicas que orientaram as ações e práticas de saúde reiteradas ao longo do tempo abrigaram-se dentro de determinados modelos de atenção à saúde, que podem ser caracterizados como arranjos tecnológicos organizados para objetivar a solução de problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Deste modo, o debruçar sobre estes modelos permite identificar distintas lógicas que orientam as práticas de cuidado em saúde (PAIM, 2012), e também identificar como o Estado se organiza dentro deste contexto, pois, em todos os momentos históricos observa-se que o mesmo detinha responsabilidades na reprodução/contenção das desigualdades atrelado a condicionantes conjunturais e políticos (MACHADO; LIMA, 2017).

Destaca-se que as décadas de 1920 e 1980 foram marcadas por regimes mais autoritários com escassa redistribuição social, sendo que a política de saúde direcionava-se por um lado ao controle de doenças específicas que acometiam as massas, caracterizado por ações higienistas e de forte controle sob os corpos individuais e sociais, a fim de garantir a circulação de mercadorias; e por outro, pela assistência médica previdenciária privatista subsidiada pelo Estado, com foco nos trabalhadores do mercado formal urbano, exclusão de grande parte da população e pouca efetividade do modelo de atenção (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Sob forte influência positivista inspirado no paradigma flexeneriano, o hospital ganhava notoriedade para execução das práticas de saúde, cujo foco era a doença e sua manifestação individual, assim como havia uma dicotomia entre esta e o coletivo-social com destaque para as tecnologias duras para se intervir no processo saúde-doença (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Não obstante, desde a década de 1960 já havia na América Latina uma intensa crítica aos efeitos nocivos da medicalização, acenando para programas alternativos de autocuidado da saúde, a serviços voltados para atenção primária e o entendimento de que o processo saúde-doença deveria ter como foco não mais o indivíduo recortado em partes ou o seu somatório, mas na coletividade e na distribuição demográfica, epidemiológica e social da saúde e da doença (SCOREL; NASCIMENTO; EDLHER, 2005).

No contexto pós-ditadura, de crise financeira e redemocratização do país, juntamente com a mobilização político-social deflagrada pelo movimento de RSB, houve uma convergência de interesses e das lutas travadas, as quais voltavam-se para a

superação da crise do sistema de atenção médico-previdenciário e, no âmbito político mais geral da criação e fortalecimento de um sistema público de serviços de saúde, ainda que complementados pelo setor privado (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

A trajetória de luta pela restauração da democracia e ampliação dos direitos sociais, fez com que o Brasil figurasse como o único país capitalista da América Latina a capitanear um sistema de saúde universal, assegurado pela “Constituição Cidadã” e pela criação do SUS, restabelecendo assim, o campo dos direitos sociais, a ampliação da cidadania, da seguridade social e, por conseguinte, mudanças na organização e práticas de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Internacionalmente, embora desde 1920 o relatório Dawson já acenasse para a distinção e definição dos distintos níveis de atenção à saúde e a necessidade dos serviços se organizarem de forma regionalizada, foi com a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 no Cazaquistão, que ocorreu a consagração, pelo menos enquanto marco fundante, de reconhecimento dos cuidados primários como ponto central do sistema de assistência à saúde, e um movimento disparador de mudanças sociais e econômicas do modelo assistencial, por meio da afirmação da responsabilidade dos governos sobre a saúde dos povos e a denúncia sobre a desigualdade existente no estado de saúde dos mesmos. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GIOVANELLA *et al.*, 2019).

A concepção de APS difundida em Alma-Ata foi criticada por ser muito abrangente e pouco objetiva, num contexto financeiro mundial desfavorável e detentor de governos conservadores, sendo considerada inviável de ser empreendida nos moldes idealizados. Deste modo, nos anos seguintes, sob a influência de agências internacionais como o Banco Mundial, o que se operou foi um processo de estímulo a APS seletiva e pacotes mínimos de serviços, como mecanismo de controle das doenças, sobretudo materno-infantis em países em desenvolvimento. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Anteriormente à criação do SUS no Brasil, a expressão APS representava mundialmente um marco referencial para a organização dos serviços de saúde de modo a promover mudanças no modelo assistencial. Após a criação e o desenvolvimento dos mecanismos financeiros e operacionais do SUS, tornou-se frequente no contexto brasileiro, o uso do termo ‘atenção básica’ como referência aos serviços municipais de saúde (GIL, 2006). Nesse sentido, Giovanella e Mendonça (2012) apontam que a utilização da terminologia ‘atenção básica’ para designar a APS no Brasil, buscou

diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-se dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.

Com o período de redemocratização e emergência de novas lideranças políticas na América Latina, bem como de renovação da APS pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um processo de resgate da APS universal e abrangente se estabeleceu, rememorando os pressupostos exarados em Alma-Ata (BIRN, 2018).

No Brasil, a ESF tornou-se o mote de reorientação do modelo assistencial e, portanto, de práticas de cuidado, a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS, reorientando uma prática que visava o centramento na família e trazendo à tona a delimitação de aspectos jurídicos, administrativos, financeiros a fim de garantir a responsabilidade sanitária entre os entes federados (União, Estados e Municípios). Ademais, a ESF no âmbito da APS tem instituído inovações tecnológicas, como a implementação de tecnologias leves na direção da ampliação do acesso, do acolhimento, do estabelecimento de vínculo longitudinal e da participação social, almejando, concomitantemente, a humanização assim como uma maior resolutividade das ações de saúde (FERRI *et al.*, 2007).

Lamentavelmente, na atualidade devido ao contexto de estímulo a lógica de mercado e as trágicas medidas de austeridade fiscal direcionadas ao SUS, com o congelamento dos recursos federais por um período de 20 anos, a ESF, incorporou mudanças contraditórias e mal vistas por várias instituições renomadas do setor, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), traduzidas, por exemplo, na nova PNAB.

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi aprovada em 31 de agosto de 2017 e traz mudanças que geram preocupação pela perspectiva flexibilizada que apresentam. O primeiro ponto que merece discussão é a possibilidade de alteração da composição da equipe mínima da ESF estabelecendo a possibilidade de os municípios reduzirem o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por Equipe de Saúde da Família (EqSF), concomitante ao aumento de suas atribuições, com recomendação de unificar suas ações com as dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) e ainda, facultar atividades desempenhadas pelos técnicos de enfermagem. Essa transfiguração do trabalho do ACS, na PNAB aponta para um retorno e valorização da perspectiva biomédica e medicalizadora, e compromete, também, um conjunto de processos de trabalho já

instituídos na ESF. (MOROSINI; MENDONÇA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com a justificativa de atender as especificidades sanitárias dos diferentes territórios adscritos, a PNAB cria as “modalidades de equipe” e apesar de reconhecer a ESF como estratégia prioritária, reconhece outras formas de organização da APS, como a equipe de atenção básica tradicional. Propicia também a diferenciação dos regimes de trabalho, da carga horária e dos vínculos dos profissionais. Ao diversificar e institucionalizar as formas flexíveis de contratação e organização do trabalho, acentua a vulnerabilidade dos trabalhadores, prejudica o sistema, desfavorece o estabelecimento do vínculo e estimula a atuação de profissionais fortemente orientados pelo modelo biomédico (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com a mesma justificativa, a PNAB também embasa a relativização da cobertura da atenção básica, com a possibilidade de “arranjos de adscrição” e a referência de 100% de cobertura restrita apenas a certas áreas de risco e vulnerabilidade social e de grande dispersão territorial, aludindo o risco de serem recriadas barreiras de acesso aos serviços de saúde; cesta de serviços mínima, assim como recupera a concepção de APS seletiva (MOROSINI; MENDONÇA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para além desses retrocessos representados pela revisão da PNAB, a APS encontra problemas de: estrutura física inadequada nas unidades de saúde; manutenção de profissionais, principalmente médicos, que sejam comprometidos com a transformação do modelo assistencial vigente no nosso país; fragmentação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com dificuldades comunicacionais e de acesso oportuno, em especial para a média complexidade, gerando incompletude dos cuidados entre níveis-assistenciais (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; CECILIO; REIS, 2018; SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Não obstante as dificuldades assinaladas, em um contexto internacional totalmente distinto daquele de Alma-Ata, marcados pela implementação de políticas de austeridade, crise migratória de proporções mundiais e ameaças à plena democracia, realizou-se, na cidade de Astana, em outubro de 2018, por iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Governo do Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Infelizmente a Conferência de Astana, apesar de ser uma referência internacional e atual sobre a APS, não superou a Alma-Ata em termos de abordagem da APS integral e da justiça social, sobretudo restringiu o sentido da APS integral de Alma-Ata e o alcance do direito à saúde, ao concebê-la nos moldes da cobertura universal em saúde que agrega diretrizes das reformas favoráveis ao mercado, como a redução das responsabilidades estatais, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Outrossim, a declaração de Astana, apresenta ambiguidades, pois, ao passo que restringe o direito à saúde ao reduzi-lo à garantia de uma cesta limitada de serviços diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva, também afirma o compromisso com o direito fundamental de todo ser humano à saúde e indica a APS como base de sistemas de saúde sustentáveis, porta de entrada efetiva e eficiente aos serviços de saúde e marco importante para avançar na saúde e no bem-estar das populações (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Introduz assim, elementos convenientes às políticas neoliberais, ao tempo em que intenta manter-se alinhada aos princípios de Alma-Ata.

Deste modo, vê-se que está em voga no país uma grande ameaça de desmonte progressivo das instituições democráticas e de políticas sociais, culminando, de modo geral, com a falta de priorização do SUS (PAIM, 2018). Nesse contexto altamente desfavorável e de retrocessos, a saúde está se tornando cada vez mais objeto de cobiça para o setor privado que tem o propósito de transformá-la em mercadoria (MOROSINI; FONSECA, 2017) e as práticas de saúde tendendo a reafirmar um modelo hegemônico, centrado no consumo de procedimentos, com valorização de um núcleo tecnológico duro que só favorece o capital.

É necessário defender a ESF como estratégia de APS eficaz para alcance de práticas de cuidado integrais que favorecem a justiça social e o direito universal à saúde no SUS. Para além disso, a ESF se mostra um espaço privilegiado para: reconhecimento e intervenção sobre a determinação social dos processos saúde-doença, favorecimento da promoção da saúde e desenvolvimento econômico e social sustentável e promoção da participação social efetiva para construção de sistemas de saúde e sociedades mais democráticas.

4.2. Aspectos micropolíticos das práticas de cuidado em saúde no contexto da APS

As discussões sobre o processo de trabalho em saúde têm-se mostrado importantes para a compreensão da organização das práticas de saúde, particularmente quando se aborda a micropolítica da organização deste trabalho. As práticas de cuidado em saúde como toda atividade humana representam atos de trabalho produtivos, pois modificam e/ou produzem algo novo; e embora sejam orientadas pelos saberes científicos, são também construídas a partir de sua realidade social, que é historicamente construída (MALTA; MERHY, 2003; MERHY, 2007; FEUERWERKER, 2014).

Tomando-se por base para introdução desta discussão o referencial apontado por Franco e Merhy (2013) sobre o trabalho em saúde e seus desdobramentos para a compreensão das práticas de cuidado na APS, destaca-se que, o processo de trabalho em saúde é perpassado por lógicas diversas. Nele, a produção, o consumo e as necessidades têm um dinâmica singular, que o torna fluído e sempre em construção, dentro de um ciclo permanentemente incerto sobre o que é o produto final, e o resultado que o mesmo gera, neste caso as práticas de produção do cuidado em saúde.

Portanto, o modo de produção das práticas de cuidado em saúde traz em si a concepção de um ambiente social, onde se vinculam forças instituídas e instituintes, tanto intrínsecas aos sujeitos como externas a eles. A complexidade desse sistema produtivo pode ser percebida através da análise da micropolítica dos processos de trabalho, pois, é no momento do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, que se entrecruzam os saberes, fazeres e a intensa atividade de produção de práticas de cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

Destarte, o trabalho em saúde é caracterizado por ser centrado no trabalho vivo em ato, sendo a saúde imaterial e produzida no mesmo instante em que se opera o seu consumo, e os trabalhadores, ao exercerem o seu autogoverno, e expressarem a sua subjetividade e liberdade sobre seu processo de trabalho, se transformam em agentes de mudança. Deste modo, para produzir o cuidado, o profissional de saúde pode orientar suas práticas pelo modelo assistencial biomédico ou operar mudanças radicais no modo de cuidar, atuando conforme modelos que sejam mais comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; MERHY, 2013).

Essa operacionalização de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa da vida, perpassa pelo estabelecimento de uma configuração que considera a integração harmônica das tipologias tecnológicas: denominadas de leves (das relações interpessoais), duras (equipamentos e insumos tecnológicos) e leve-duras (conhecimentos

científicos), para conferir resolubilidade na situação de saúde, a partir do acolhimento de demandas e necessidades, da criação de vínculos, desenvolvimento de autonomia, co-gestão e participação social ampliadas entre diversos atores (FRANCO; MERHY, 2013).

Na esteira destas assertivas, Franco e Merhy (2013) ainda asseveram que a reestruturação produtiva, compreendida pela introdução de novos modelos de atenção à saúde e de práticas de cuidado, capazes de impactar nos processos de trabalho e gerar mudanças na forma de assistência à saúde, não conseguem por si só, mudar o que se tem produzido em termos de cuidado e dos seus reflexos na condição de saúde da população, vez que são guiados, via de regra, por uma lógica instrumental capitalística, perpetuando um fazer de cunho biomédico e curativista.

Em contrapartida, a transição tecnológica, representada pela incorporação de tecnologias de cuidado, cujo escopo é centralizado na intervenção real e relacional propiciada pelo trabalho vivo e pelos encontros estabelecidos entre usuários e trabalhadores de saúde, pressupõe maior potência instituinte para alterar a lógica de produção do cuidado. Isto porque envolve, necessariamente, o protagonismo de cada sujeito, considerando que a dimensão micropolítica é o que direciona o agir cotidiano de cada trabalhador, nas relações que estabelece com os outros trabalhadores, com os usuários, e com o arsenal tecnológico do qual utiliza (FRANCO; MERHY, 2013).

A ESF é um exemplo de como esses distintos conceitos atuam, pois, embora tenha conseguido operar mudanças na forma de produzir saúde, a partir da reorientação gradativa do modelo assistencial, ainda possui uma conformação tecnológica que orienta os processos de trabalho centrada nos procedimentos, e estruturada a partir dos atos prescritivos. Assim, observa-se a ocorrência da reestruturação produtiva sustentada pelo aumento do acesso e da cobertura, do elenco de serviços oferecidos, mas não por uma transição tecnológica de fato, que traduza impactos no atendimento das necessidades de saúde em seu sentido mais amplo, assim como anunciado por Cecílio (2001). Estudos desenvolvidos por Assis *et al.* (2010), Santos *et al.* (2010), Santos, Nery, Matumoto (2013) também demonstram resultados que ratificam o exposto.

Em razão disto, mesmo as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas sob a égide da ESF, podem abrigar o "trabalho morto", capturado pela lógica instrumental, procedimento-centrada, esvaziada de reflexividade e autonomia, de tal forma que o profissional se vê limitado em exercer sua prática de forma autônoma, crítica, criativa, reflexiva e comprometida com as necessidades de saúde (MALTA; MERHY, 2003).

Neste sentido, emerge a noção do "ruído" na micropolítica do trabalho em saúde, que tem a pretensão de abrir possibilidades de questionamentos sobre o modo de trabalho já instituído nos serviços de saúde, bem como ampliar olhares para distintos modos de construir e reconstruir esse trabalho. Os "ruídos" são movimentos instituintes, são mais fortemente operados por movimentos sociais ou determinados atores sociais engajados, e com disponibilidade de se contrapor ao processo já instituído e construir novas práticas de cuidado em saúde (MALTA; MERHY, 2003).

Os ``ruídos`` ou movimentos de resistência sempre estiveram presentes na construção e manutenção histórica do SUS e da APS. A expressão da criatividade, singularidade, e micropolítica no cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes se dão por meio da transgressão a poderes instituídos, que produzem transformações significativas e positivas, embora nem sempre explícita.

A forma de acolher, de manejar as relações interpessoais e elencar alternativas para lidar com as carências físicas, financeiras e emocionais dos pacientes, se opõem às atitudes de indiferença e distanciamento, e funcionam também como estratégias promotoras de "ruído". Deste modo, destaca-se que esses movimentos são determinantes para garantir aos cidadãos o direito de assistência à saúde, de acordo com os princípios do SUS (ROSSETTI; ARAÚJO, 2017).

Portanto, para se instaurar um processo de mudança das práticas de saúde, não basta possuir um modelo para a ação, deve-se dispor, além de várias e novas propostas a serem experimentadas, a capacidade de problematizar indivíduos e seus interesses, sempre colocando em pauta situações que podem gerar o trabalho vivo, e o exercício de movimentos instituintes e criativos (MALTA; MERHY, 2003).

Neste sentido, uma proposta que tem angariado resultados proveitosos em estimular os profissionais de saúde da ESF a enxergarem com mais clareza os processos instituídos que anestesiam a sua criatividade, é o apoio institucional, que além disso, também contribui para manter os profissionais comprometidos com a transformação das práticas de cuidado na ESF, bem como com a sua satisfação no trabalho (SHIMIZU; MARTINS, 2014).

Logo, o cuidado como objeto de trabalho das práticas de saúde, é essencialmente coletivo, visto ser construído em união com os outros, mediante o qual a flexibilidade da vida e dos modos de existência se tornam aliados na sua composição. Isto porque os indivíduos estabelecem nas interações com o seu meio social, mecanismos para encontrar e inventar caminhos diversos para o enfrentamento dos problemas colocados na relação

com o meio e consigo. Para tanto, é preciso o estabelecimento de uma relação ética e crítico-criativa entre o saber científico do profissional de saúde e o saber do indivíduo que demanda o cuidado, que se expressa na maneira de ver o outro como seu semelhante e com seu arsenal de saberes (BARROS, 2008).

As práticas de cuidado em saúde, neste sentido, não são produzidas por um único indivíduo, mas são construídas em relações interpessoais libertadoras e éticas e no modo como estas acontecem considerando o meio social e as experiências de vida dos envolvidos. Pressupõem ainda uma articulação integrada dos aspectos da micropolítica e macropolítica do trabalho em saúde, pois, somente a interligação entre essas dimensões permite o caminhar para um plano de maior efetividade nos encontros terapêuticos nas práticas de saúde (AYRES, 2009).

4.3. A HAS e o DM: desafios para as práticas de saúde na APS

Diante do grave quadro pandêmico das DCNT, e no Brasil a composição de um cenário peculiar de tripla carga de doenças (doenças infecciosas e carenciais, causas externas e presença hegemônica das DCNT), a atenção em saúde às DCNT enquanto importante problema de saúde pública, se faz cada vez mais necessária e representa um desafio para a APS. As DCNT são uma ameaça à saúde global e ao desenvolvimento humano. Em 2013 aproximadamente 72% do total das mortes no Brasil foram atribuídas as DCNT (BRASIL, 2017) e seu impacto recai principalmente em países com baixa e média renda, incluindo o Brasil que é um país de dimensões continentais, com renda média, e no qual as DCNT representam as principais fontes de carga de doença (SCHMIDT, 2011).

A HAS é caracterizada por ser uma condição clínica de elevação sustentável dos níveis pressóricos sistólicos em ≥ 140 e/ou diastólicos em ≥ 90 mmHg. Está fortemente associada a distúrbios metabólicos e a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (MALACHIAS *et al.*, 2016). Dados da Pesquisa de Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (2018) indicam que a frequência auto referida de diagnóstico médico de HAS no Brasil se manteve estável entre 2006 e 2018, no entanto, observou-se aumento de 13,3% para o sexo masculino.

A DM, por sua vez não representa uma única doença, mas um grupo de distintos distúrbios metabólicos que apresentam em comum a elevação persistente dos níveis glicêmicos, resultante de defeitos na ação e/ou secreção da insulina. A classificação recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), distingue quatro classes: DM tipo 1 (DM1) que se subdivide em DM tipo 1A referente a DM causada pela destruição

autoimune das células β pancreáticas, e DM tipo 1B que diz respeito a deficiência de insulina de natureza idiopática; DM tipo 2 (DM2) relacionada a perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina; outros tipos específicos de DM como a neonatal e as secundárias a endocrinopatias, a doenças do pâncreas exócrino, a infecções e a medicamentos e; por fim a DM gestacional referente a hiperglicemia diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Na VIGITEL de 2018, 7,7% da população referiu diagnóstico de DM, o que demonstra melhor conhecimento da saúde por parte da população, através da disposição de diagnóstico e do tratamento nos serviços de APS. Estima-se que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) viva com DM. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com DM pode ser superior a 642 milhões em 2040. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015). Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM aparece entre as principais causas, situando entre a quarta e a oitava posição (SCHMIDT *et al.*, 2011).

As complicações agudas e crônicas da DM causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Mundialmente os gastos com DM em 2015 foram estimados entre US\$ 673 e US\$ 1,197 bilhão, com estimativas, para 2040, que giram em torno de US\$ 802 a US\$ 1,452 bilhão. Para o Brasil, os custos apurados com a DM em 2015 foram de US\$ 22 bilhões, com cálculo estimado de US\$ 29 bilhões para 2040. (INTERNATIONALDIABETES FEDERATION, 2015).

Resultados de uma pesquisa realizada em uma população quilombola, de Vitória da Conquista – BA, município que foi abordado nesse estudo, revelaram altas prevalências (45,4%) de HAS (BEZERRA *et al.*, 2013), desconhecimento do diagnóstico entre os hipertensos (44,1%), além de um baixo índice de controle da doença (24,8%) (BEZERRA *et al.*, 2015). Ainda nesta população, foi identificado que 42,6% dos indivíduos relataram nunca terem realizado testes de glicemia, representando perda de oportunidades para o diagnóstico de DM (SOUZA; BARROSO; GUIMARAES, 2014).

Frente a este cenário, Mendes (2018, p.432), propõe uma inovação no enfoque da terminologia DCNT, para condições crônicas de saúde. A primeira terminologia tem por base um critério etiopatogênico, no segundo, o enfoque se assenta sobre como se organizam os sistemas de atenção à saúde para responder socialmente a essas condições. Assim, vincula o entendimento às circunstâncias que se apresentam de forma mais ou

menos persistentes na saúde das pessoas necessitando, por isto, “de respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias”.

Este conceito mais abrangente proposto por Mendes (2012; 2018) permite superar o enfoque convencional centrado essencialmente na doença e, priorizar a organização do trabalho da equipe como ferramenta para previsão e provisão de cuidados adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde que vigem em determinada população. (GARNELO *et al.*, 2014).

É notório que para enfrentar os desafios da crescente prevalência das DCNT e seus impactos no sistema de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, serão necessárias mudanças substanciais no sistema de saúde mediante o fortalecimento da APS. Assim, aspirar uma APS, que atenda adequadamente às necessidades dos indivíduos com DCNT e melhore a qualidade do cuidado, ainda é uma tarefa de difícil execução, pois envolve projetos coletivos, integrados aos processos de cuidados em saúde, em que trabalhadores, gestores e usuários devam ser corresponsáveis cotidianamente no fazer em saúde (ASSIS *et al.*, 2010).

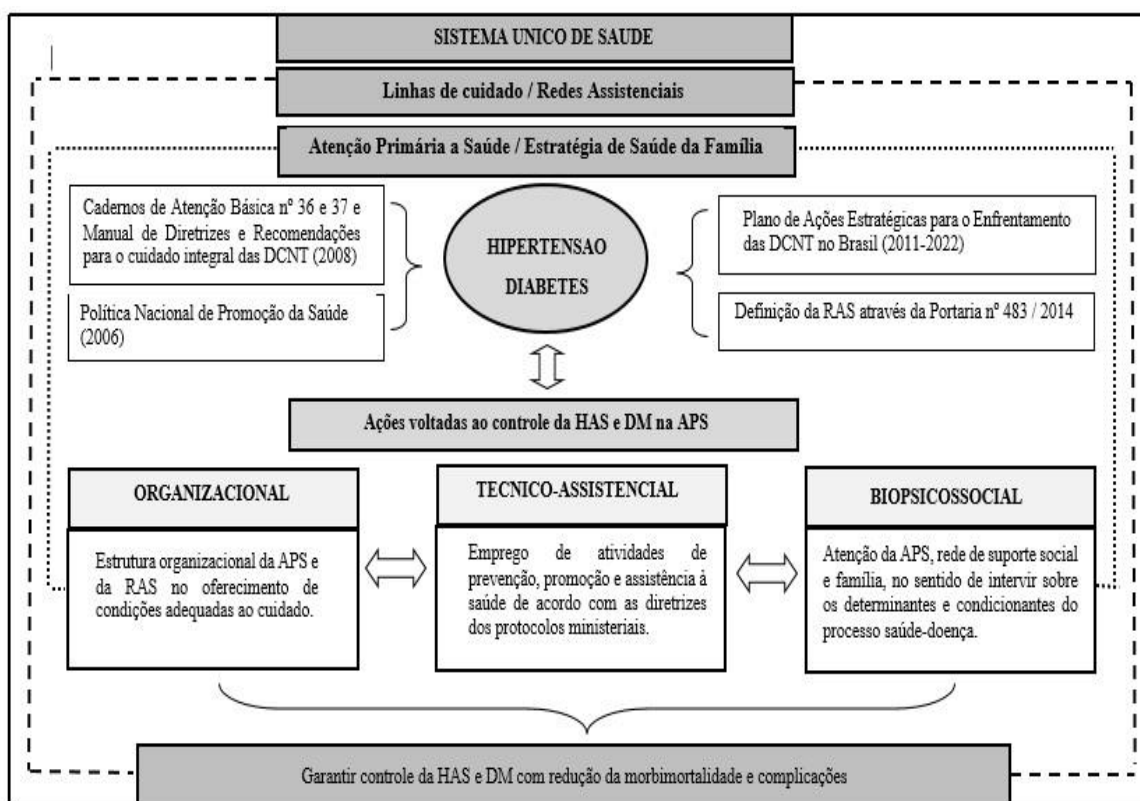
Além disso, o manejo adequado das DCNT nos serviços de saúde requer uma transformação nesses serviços no sentido de torná-los mais resolutivos para superar o desafio que essas condições representam, oferecendo assistência contínua e de alta qualidade. Intervenções verticais, pontuais e emergenciais para exacerbações agudas das condições crônicas não podem ser expressões exclusivistas das práticas de cuidado em saúde. Os serviços de saúde devem ser capazes de apresentar: acesso universal e contínuo; vontade política e investimento suficiente; prestação de serviços de qualidade; trabalho intersetorial permanente e mobilização social; regulamentação eficaz; recursos humanos bem treinados, engajados e motivados; participação dos cidadãos e uma abordagem focada nos determinantes sociais da saúde (AGUDELO, 2017).

Face ao exposto, depreende-se que a HAS e o DM são considerados linhas de cuidado dentro do SUS, regulamentadas por um aparato jurídico-institucional e técnico-normativo. As linhas representam os caminhos assistenciais que os usuários devem percorrer nos diferentes níveis da RAS (primário, secundário e terciário) para garantir a atenção às suas necessidades. A APS representa um ponto crucial dentro da RAS, principalmente devido ao seu atributo inerente de coordenação do cuidado.

Para que as ações de controle da HAS e DM na APS sejam efetivas, se faz fundamental o emprego de práticas integrais que atendam às necessidades de saúde dos

indivíduos. Portanto, no modelo teórico proposto (FIGURA 1), as ações para cuidado aos indivíduos com HAS e DM foram divididas em três dimensões: organizacional, técnico-assistencial e biopsicossocial. A dimensão organizacional envolve a estruturação da APS e desta com a RAS para atender as necessidades dos indivíduos com HAS e DM. O âmbito técnico-assistencial engloba a forma como o cuidado integral é prestado a estes indivíduos na APS. E por fim, a dimensão biopsicossocial volta-se para os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses indivíduos. Toda essa estrutura de ações visa garantir o controle da HAS e DM com redução da morbimortalidade e complicações.

FIGURA 1- Modelo Teórico das ações voltadas para o controle da HAS e do DM na APS.



*Figura adaptada do trabalho de Borges e Lacerda, 2018.

Quando analisado as ações voltadas para o controle da HAS e do DM a nível internacional, observa-se que em sistemas universais de saúde, como ocorre no Canadá, o Ministério da Saúde, a nível provincial, fez da prevenção e gestão de doenças crônicas uma prioridade, o emprego de equipes multidisciplinares e educação dos indivíduos para a saúde são pontos fortes dos programas. Entretanto, a implementação desses programas de cuidado às condições crônicas de saúde no Canadá, ainda enfrenta dificuldades como: (1) recursos insuficientes; (2) necessidade de mudanças organizacionais complexas; (3)

dificuldades com encaminhamentos; e (4) falta de acesso aos programas (AHMED *et al.*, 2015; CAMPBELL *et al.*, 2013).

Por outro lado, nos países europeus, a maioria dos programas de cuidado às condições crônicas de saúde, ainda não tem uma resposta sólida para o problema da multimorbidade comum em indivíduos com condições crônicas de saúde. Além disso, a reabilitação e o suporte psicossocial não estão incluídos em todos os programas, o envolvimento do ambiente social do indivíduo é incomum, e as intervenções adaptadas às necessidades de grupos específicos de indivíduos sociais ou culturais, em sua maioria, não estão disponíveis. Poucos programas fornecem acesso a informações individualizadas para fortalecer o autocuidado e a autonomia (RIJKEN *et al.*, 2012).

No Brasil, de modo geral, as práticas de cuidado voltadas aos indivíduos com HAS e DM, esbarram em barreiras como: infraestrutura inadequada das unidades de saúde, assistência centrada no modelo biomédico, fragmentação da RAS com dificuldades de comunicação entre os níveis e de acesso à média complexidade, pouca utilização das tecnologias leves e dos dados dos sistemas de informação, desarticulação entre os profissionais da ESF e destes com os usuários, família e comunidade, dificuldades de implementação de protocolos na prática assistencial, baixa identificação de fatores de risco e estratificação dos mesmos, ineficiente estimulação do autocuidado e a escassa gestão de casos (SILVA *et al.*, 2016; VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016; SALSÍ; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Diante do exposto, vê-se que as DCNT, em especial a HAS e DM, constituem problemas complexos, a nível regional e global e, portanto, seu enfrentamento exige solução sistêmica. Em sistemas de saúde que consideram que a APS influencia sistemicamente todos os níveis de organização e prestação da assistência à saúde, nota-se que um grande montante de ações nos âmbitos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação partem daí, senão como provedora direta, como ordenadora e coordenadora para outros níveis de atenção. Esses sistemas, ainda sim enfrentam dificuldades no tocante ao cuidado aos indivíduos com condições crônicas de saúde, porém tendem a apresentar melhor assistência já que essas condições crônicas são consideradas como altamente sensíveis à APS.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1. Desenho do estudo

O presente estudo fundamenta-se na abordagem metodológica qualitativa, considerando que a mesma se ocupa da compreensão interpretativa da ação social, da organização do trabalho, das relações que se estabelecem entre os atores, e do contexto onde os fenômenos ocorrem, momento em que à ação individual e ao processo social subjacente, atribui-se um significado passível de compreensão e interpretação subjetivas (MINAYO, 2013). Este processo é marcado pela singularidade, intensidade e imbricação sócio-cultural expressada por meio de crenças, valores, símbolos, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017).

Portanto, a pesquisa delineada nesta dissertação utiliza-se desta abordagem por compreender que a análise das práticas de produção do cuidado a indivíduos com HAS e/ou DM na ESF, envolve necessariamente a investigação de aspectos relacionados a comportamentos e práticas de profissionais de saúde e usuários, os quais são atravessados por aspectos subjetivos intervenientes no cuidado em saúde.

Para alcançar os objetivos propostos foi desenvolvido um estudo organizado em duas partes. A primeira parte foi empírica, que respondeu ao primeiro objetivo específico ao analisar os saberes e práticas dos médicos e enfermeiros da ESF concernentes às práticas de cuidado em saúde desenvolvidas para com os indivíduos com HAS e/ou DM; e na segunda parte realizou-se uma reflexão crítica em que buscou-se reunir evidências sobre os avanços, desafios e propostas das práticas de cuidados aos indivíduos com HAS e/ou DM de modo a reforçar a relevância de se fortalecer essas práticas no âmbito da ESF.

Estudo 1:

5.2. Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em Vitória da Conquista que é um município brasileiro localizado no sudoeste do estado da Bahia cuja população estimada, conforme o IBGE, em 2016 é de 346.069 habitantes distribuídos numa área geográfica de 3.704 km². Este município representa um grande polo de assistência à saúde regional, prestando serviços não só aos municípios baianos circunvizinhos, mas também a vários municípios do norte do estado de Minas Gerais.

O município conta com 42 Unidades Básicas de Saúde, sendo 35 unidades da ESF (17 na zona rural e 18 na zona urbana) e 7 Unidades Básicas de Saúde tradicionais. As Unidades que possuem ESF contam com 48 Equipes de Saúde da Família (EqSF) (29 na

zona urbana e 19 na zona rural). O município está habilitado na gestão plena do sistema de saúde e apresenta uma cobertura de 48% pela ESF (BRASIL, 2018). A ESF a despeito das dificuldades de cobertura populacional, vem tentando se configurar como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde neste contexto.

Dez unidades da ESF na zona urbana foram escolhidas, pela facilidade de acesso e por guardar características físicas e algumas especificidades do processo de trabalho que diferem das unidades situadas na zona rural. Soma-se também o fato desta pesquisa se encontrar aninhada a um estudo maior que considerava tais características, intitulado "Projeto *Health Rise* Vitória da Conquista", cujo objetivo central era o de avaliar os efeitos de intervenções em saúde sobre o controle da HAS e DM em usuários atendidos pelo SUS.

5.3. Sujeitos investigados

Os sujeitos deste estudo foram constituídos de médicos e enfermeiros atuantes na ESF da zona urbana. Embora duas categorias profissionais tenham sido elegidas, elas são representativas do escopo de dimensões executadas no cotidiano dos serviços e avaliadas nesta investigação.

Não obstante, como as pesquisas qualitativas não se baseiam em um critério numérico para se estabelecer o fechamento amostral, a pesquisa em questão adotou o critério de saturação amostral, onde as informações obtidas mediante a inserção de novos participantes da pesquisa já seriam redundantes, portanto, pouco acrescentando ao material já obtido (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Contudo, ressalta-se que a representatividade da enunciação individual, capaz de retratar a lógica interna do grupo de sujeitos entrevistados, bem como considerando as interconexões necessárias para a compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2017) foram consideradas em plenitude. Assim, buscou-se abranger a totalidade e a complexidade do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões (DESLANDES, 2015).

Ao todo foram entrevistados 23 profissionais (5 médicos e 18 enfermeiros). Como critério de inclusão considerou-se um ano de experiência na ESF e atuar em equipes que desenvolviam práticas de cuidado direcionadas aos usuários com HAS e/ou DM. Foram excluídos aqueles que se encontravam afastados ou em licença no momento da abordagem.

5.4. Procedimentos e técnica de coleta dos dados

Os sujeitos do estudo foram abordados pelos pesquisadores e convidados a participar do estudo após a explicação dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa,

assim, como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As falas foram gravadas por meio de gravador eletrônico e posteriormente transcritas no programa Word (Office 2013), para posterior sistematização e análise dos dados, de modo obter as concepções dos médicos e enfermeiros sobre as práticas de cuidado frente à HAS e/ou DM no âmbito da ESF.

A coleta dos dados das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde abrangeu o segundo semestre de 2018 e o primeiro de 2019. As mesmas ocorreram nas próprias unidades de saúde da ESF durante o horário comercial de funcionamento, em espaço privativo, conforme acordo previamente estabelecido com o próprio serviço e após anuência da Diretoria da Atenção Básica (DAB) do município.

Os instrumentos de coleta de dados auxiliam na consecução dos objetivos da pesquisa, e são tanto mais precisos quanto maior for sua capacidade de representar fielmente aspectos da realidade que se almeja compreender (MINAYO, 2013). Segundo Minayo (2013) a coleta de dados mediante entrevista semiestruturada permite operacionalizar a realidade empírica considerando a visão dos entrevistados de modo a abranger todas as faces do objeto de investigação.

Foi utilizado neste estudo um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) fundamentado em uma matriz que discriminava elementos concernentes às práticas de cuidados aos indivíduos com DCNT na ESF, elaborada pelas pesquisadoras, apresentada na página 53.

Com o intuito de avaliar o instrumento de coleta de dados ao contexto investigado, bem como para se delinear a logística de coleta de dados, foi realizado previamente um estudo piloto cujos sujeitos que participaram acabaram compondo a amostra final devido à constatação da adequabilidade e exequibilidade do instrumento ao objetivo proposto.

5.5. Análise dos dados

A análise dos dados se baseou na matriz de análise das práticas de cuidado em saúde com a DCNT na ESF, que está descrita na página 53 e foi elaborada pelas pesquisadoras a partir da reunião de diversos aspectos micro e macro políticos pertinentes a temática, e dividida em três dimensões a saber: organizacional, técnico-assistencial e biopsicossocial, que ao serem inter-relacionadas e analisadas permitem vislumbrar o panorama dessas práticas de cuidado no contexto da ESF.

Ademais utilizou-se conjuntamente a técnica de Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2014), que é uma técnica que permite, de forma sistemática, a descrição das

mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da investigação, bem como as inferências sobre os dados coletados (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de enriquecimento da leitura, das entrevistas transcritas, para alcance da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além dos discursos propriamente ditos.

A primeira etapa compreende a leitura geral do material escolhido para a análise, geralmente efetua-se a organização do material a ser investigado, tal sistematização serve para que o analista possa conduzir com organização as operações sucessivas de análise. Esta fase compreende: a leitura flutuante, a definição do corpus de análise, a formulação das hipóteses e objetivos e a elaboração de parâmetros de análise.

Na segunda etapa, o texto das entrevistas é recortado em unidades de registro que serão os parágrafos de cada entrevista, ou mesmo frases. Desses parágrafos/frases, as palavras-chaves são identificadas, faz-se um agrupamento analógico de cada parágrafo para realizar uma primeira categorização. Essas primeiras categorias são agrupadas de acordo com temas correlacionados entre si, e dão origem às categorias iniciais. As categorias iniciais são agrupadas tematicamente, a partir das quais pode-se originar as categorias intermediárias e estas últimas também aglutinadas em função da ocorrência dos temas, resultando, deste modo nas categorias finais as quais possibilitam as inferências.

A terceira etapa consiste no tratamento, inferência e interpretação das categorias. Esta etapa visa captar os conteúdos manifestos e os latentes contidos em todo o material coletado e proceder a análise comparativa que é realizada através da junção das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos congruentes e dissidentes após síntese vertical e horizontal dos dados coletados.

5.6. Aspectos éticos

Este estudo constitui uma parte do projeto *Health Rise* Brasil no município de Vitória da Conquista – BA, liderado pela *ABT Associates* (Companhia de Trabalho dos Estados Unidos) e *IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation)* e financiado pela Fundação *Medtronic*. O mesmo já se encontra aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde, do Campus Anísio Teixeira, com CAAE: 62259116.0.0000.5556, nº do parecer 1.839.000, segundo resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, de modo que atende as exigências ético legais de estudos científicos com envolvimento de seres humanos (BRASIL, 2012).

Estudo 2:

Esse estudo foi desenvolvido a partir da reflexão, análise e interpretação das evidências disponíveis na literatura sobre as práticas de cuidados aos indivíduos com HAS e/ou DM na ESF, quanto aos seus avanços e fragilidades e as propostas que se podem elencar no sentido de melhorar a qualidade e resolubilidade dessas práticas.

Trata-se, portanto, de um artigo de reflexão crítica mediante a reunião de estudos teóricos, empíricos e documentos, a partir da identificação de elementos condizentes com as dimensões macro e micropolítica, provocada pelas inquietações advindas das experiências pedagógicas e práticas das pesquisadoras.

Neste sentido, destaca-se que os artigos de reflexão se enquadram na modalidade de ensaios, cuja finalidade é de explorar determinado tema/ideia, seguindo uma linha argumentativa que enlaça os objetivos do estudo e que repercute na organização de todo o texto (LEIBRUDER, 2000). A temática a ser explorada deve ser dotada de relevância teórica e científica, podendo basear-se em livros, revistas, artigos publicados.

6. RESULTADOS

6.1. Artigo 1

PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HEALTH CARE PRACTICES IN THE CONTEXT OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

RESUMO: Analisou-se as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas na ESF a indivíduos com HAS e/ou DM, no município de Vitória da Conquista- BA. A abordagem foi qualitativa e os sujeitos médicos e enfermeiros. A coleta foi realizada por meio de entrevistas baseadas em uma matriz fundamentada em três dimensões: organizacional, técnica-assistencial e psicossocial. Após a realização da Análise de Conteúdo Temática, foram encontradas fragilidades relacionadas à focalização da demanda, práticas médico-centradas, dificuldades de interlocução com o Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica-NASF-AB, com a família dos usuários e com a atenção especializada, além de déficits no planejamento das ações e dificuldades na utilização do prontuário eletrônico. As potencialidades confirmam a oferta abrangente de ações, atuação singularizada sobre os riscos e vulnerabilidades sociais do território, estímulo a autonomia dos usuários, reconhecimento e articulação com os dispositivos sociais e incorporação de novas tecnologias de cuidado. As práticas de cuidado no âmbito da Atenção Primária voltadas a indivíduos com HAS e DM no contexto analisado, são complexas, e embora se reconheça potencialidades, são necessários investimentos na esfera macro e sobretudo, micropolítica com vistas ao fortalecimento da APS e do processo de trabalho dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT: Health care practices were analyzed for individuals with hypertension and / or diabetes in FHS, in the city of Vitória da Conquista-BA. The approach was qualitative, the subjects physicians and nurses, and the collection made through interviews based on a matrix based on three dimensions: organizational, technical

assistance and psychosocial. After conducting the Thematic Content Analysis, we found weaknesses related to the focus of the demand, medical-centered practices, difficulties of dialogue with the Family Health and Primary Health Care Expanded Support Centre NAS-AB, with the family of users and with the specialized attention, besides of deficits in the planning of actions and difficulties in the use of the electronic medical record. The potentialities confirm the offer of a comprehensive portfolio of actions, unique action on the social risks and vulnerabilities of the territory, stimulation of user autonomy, recognition and articulation with social devices and incorporation of new care technologies. Care practices in Primary Health Care aimed at individuals with hypertension and diabetes in the context analyzed are of great complexity, and while recognizing potentialities, investments in the macro and above all, micropolitics are necessary to strengthen Primary Health Care and the of professionals work process.

KEY-WORDS: Primary Health Care, Family Health Strategy, Arterial hypertension, Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde coletiva, as práticas de cuidado em saúde são entendidas como práticas sociais, as quais se fundamentam na premissa que a saúde/doença das populações é determinada por processos de produção/reprodução social e requerem articulação inter profissional/setorial¹, numa perspectiva democrática e de fortalecimento dos direitos sociais e da qualidade de vida das pessoas.

Importantes marcos históricos favoreceram a estruturação destas práticas, como o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao contribuírem para ampliar o protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) na reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas de saúde, a partir de uma ampla rede de oferta de serviços básicos ao SUS².

Não obstante, a disparidade entre os contextos sócio-econômicos e de organização dos serviços no Brasil, forjam diferentes maneiras de produzir o cuidado, na dialética mobilização entre o que está definido e a ação singular de cada trabalhador³.

É sabido que sistemas de saúde orientados pela APS tendem a apresentar melhor assistência à saúde, sobretudo às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), em termos de resolutividade e custo-benefício, considerando que essas condições são sensíveis à mesma⁴. Entretanto, a relevante magnitude das DCNT, representa um desafio para as práticas de cuidado em saúde⁵. A intrincada determinação social das DCNT aponta que não só o envelhecimento populacional e hábitos e estilos de vida pouco salubres da

população contribuem para o seu recrudescimento⁵, como também a crise econômica e social vigente no país, gerando mais desigualdade social e embargos para o seu enfrentamento.

A despeito dos serviços de APS disporem de ações bem estabelecidas para o controle das DCNT⁵, deficiências globais nas práticas de cuidado em saúde com foco nas DCNT têm sido identificadas em outros estudos^{6,7}. No âmbito nacional, tais debilidades relacionam-se a aspectos vinculados às dificuldades na implementação de redes regionalizadas e integradas em saúde, financiamento insuficiente, déficit de recursos humanos e materiais⁸, os quais reverberam no processo de trabalho das equipes, fragilizando os atributos da APS e reduzindo a autonomia dos sujeitos^{9,10}.

Por entender que a melhoria da atenção ofertada pela APS às DCNT perpassa pela melhoria das práticas de cuidado em saúde, este estudo objetiva analisar as práticas de cuidado em saúde às doenças crônicas na ESF, no município de Vitória da Conquista-BA.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, realizada no município de Vitória da Conquista, Bahia. O município conta com 42 Unidades de Saúde, sendo 35 unidades da ESF (17 na zona rural e 18 na zona urbana) e 7 Unidades Básicas de Saúde tradicionais. Está habilitado na gestão plena do sistema de saúde e apresenta uma cobertura de 48% pela ESF.

Dez unidades da ESF na zona urbana foram escolhidas, pela facilidade de acesso e por guardar características físicas e especificidades no processo de trabalho que diferem das unidades situadas na zona rural. Soma-se também o fato desta pesquisa se encontrar aninhada a um estudo maior que considerava tais características, intitulado "Projeto *Health Rise* Vitória da Conquista", cujo objetivo central era o de avaliar os efeitos de intervenções em saúde sobre o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) em usuários atendidos pelo SUS.

Dentre as DCNT, as práticas de cuidado em saúde direcionadas a indivíduos com HAS e/ou DM foram eleitas, conforme justificativa supracitada e devido ao fato dos serviços possuírem práticas bem estabelecidas para este público, sendo, portanto, exequível a sua análise com maior amplitude.

As informações foram obtidas mediante entrevistas semi-estruturadas audiogravadas, aplicadas a 23 profissionais, (5 médicos e 18 enfermeiros), sendo o montante definido pelo critério de saturação amostral. Estes profissionais foram

escolhidos, pois, o escopo de suas práticas é abrangente e diversificado, coadunando com o objeto de investigação. Ademais, incluiu-se aqueles que detinham um ano de experiência na ESF e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos quatro profissionais que se encontravam afastados ou em licença no momento da abordagem.

O período de coleta abrangeu o segundo semestre de 2018 e o primeiro de 2019. A coleta ocorreu nas próprias unidades de saúde, durante o horário de menor fluxo (início ou final de expediente), em espaço privativo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise das práticas de cuidado voltadas a indivíduos com DCNT, foi realizada com base em uma matriz (QUADRO 1) composta por três dimensões: organizacional, técnica-assistencial e psicossocial. A dimensão da organização das práticas de cuidado refere-se à maneira como o processo de trabalho é organizado pelos distintos atores envolvidos^{10, 11, 12, 13, 14, 15, 16}. A dimensão dos aspectos técnico-assistenciais das práticas de cuidado relaciona-se com habilidades e competências do profissional em dar respostas aos problemas/necessidades externados pelo usuário e a sua capacidade de se vincular a ele^{10, 13, 17, 18}. A dimensão biopsicossocial envolve aspectos que transcendem às racionalidades puramente biomédicas e tecnicistas, contemplando elementos psicológicos, sociais e a atuação da comunidade^{12, 13, 14, 19, 20, 21} com vistas ao desenvolvimento de uma consciência sanitária e organização popular.

Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática²², abrangendo as seguintes etapas: leitura superficial e exaustiva das transcrições na busca de padrões reiterados e contradições intra e intergrupos para emergência das primeiras classificações; exploração do material a partir de procedimentos de codificação, classificação e categorização teórica; tratamento e interpretação dos resultados com base na matriz analítica. Os sujeitos foram codificados pela sigla MED ou ENF.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS-UFBA), sob parecer 1.839.000, atendendo todas as exigências éticas.

RESULTADOS

O perfil dos participantes foi predominantemente feminino (n=21), com faixa etária entre 31 e 45 anos (n=16), da cor/raça parda (n=16). Relativo ao tempo de trabalho, a maior parte (n=10) possuía até 5 anos na ESF, não detinha outro vínculo empregatício (n=15), além de possuir curso de pós-graduação em Saúde Coletiva (n=15).

Os resultados estão organizados em categorias consoante as três dimensões da matriz avaliativa (QUADRO 1). As falas de cada categoria encontram-se nos Quadros 2, 3 e 4, respectivamente, bem como fragilidades e potencialidades correlatas estão sumarizadas no Quadro 5.

Organização das práticas de cuidado

Os resultados apontaram que a organização da agenda de atendimentos se dá predominantemente pelo serviço de triagem/acolhimento, a partir da demanda espontânea. Entretanto, outras estratégias de marcação de consultas foram descritas: através dos grupos de educação em saúde e via Agente Comunitário de Saúde (ACS) (QUADRO 2, ENF 1).

Quanto ao acesso, as falas anunciaram dificuldades para os indivíduos com HAS e DM acessarem a rede assistencial, desde a APS até o componente especializado, notadamente no que tange aos exames de média complexidade. A alta prevalência de casos nos territórios, também foi apontada como fato que concorre para obstaculizar o acesso, dada a dificuldade da equipe em acompanhá-los (QUADRO 5).

O trabalho em equipe na perspectiva interprofissional a partir da relação com o NASF-AB foi caracterizado como difícil e pouco efetivo. Tal aspecto foi referido, em parte, pela participação mais exígua e pouco maleável da equipe do NASF-AB e pela sua alta rotatividade entre as equipes. (QUADRO 2, ENF 4). Não obstante, a interação da Equipe de Saúde da Família (EqSF) mostrou-se melhor avaliada (QUADRO 2, ENF 2), mesmo sendo permeada por relatos que ainda apontem uma maior valoração no atendimento individual executado pelo médico, no alto consumo de procedimentos e medicamentos requisitados pelos usuários, quanto à desvalorização reputada ao trabalho da enfermagem (QUADRO 2, ENF 16).

Quando se trata da articulação da APS com a rede assistencial, o mecanismo comunicacional de referência e contra referência foi apontado como um processo unidirecional, no qual a referência ocorre apenas da APS para os outros níveis, contudo, de forma não padronizada (QUADRO 2, ENF 6). Apesar do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), já estar totalmente inserido na rotina das EqSF e permitir que todos tenham acesso compartilhado das informações registradas, este não tem conseguido superar as dificuldades de articulação da rede, pois, ainda não está integrado à atenção secundária e terciária (QUADRO 2, ENF 16).

Quanto ao planejamento das atividades, este ocorre nas reuniões de equipe semanais e nas reuniões extraordinárias (QUADRO 2, MED 4). O monitoramento

também foi relatado como atividade que ocorre nas reuniões, entretanto, de forma mais pontual e individualmente, principalmente por parte do médico (QUADRO 2, ENF 1). O uso de indicadores no planejamento e monitoramento das práticas de cuidado mostrou-se pouco recorrente. A maior parte dos profissionais relatou que utilizam informações empíricas provenientes da própria equipe, sobretudo, dos ACS (QUADRO 2, ENF 4). Com o advento do PEC, alguns relatórios disponibilizados também têm contribuído para direcionar ações de planejamento e monitoramento entre as equipes (QUADRO 5).

Aspectos técnico-assistenciais das práticas de cuidado

A carteira de serviços/atividades oferecida aos indivíduos com DCNT é ampla, engloba ações educativas e promotoras de saúde para coletivos de usuários, prevenção de complicações em casos previamente diagnosticados, rastreamento e diagnóstico de pacientes novos, e assistência em saúde por meio de solicitação e agendamento de consultas, bem como exames no mesmo nível e entre níveis assistenciais (QUADRO 3, ENF 15, ENF 3). Para este último aspecto, todas as unidades seguem um mesmo padrão: recebem cotas da Central de Marcação de Consultas (CMC), selecionam os elegíveis e o agendamento é descentralizado. Entretanto, as cotas encontram-se aquém das necessidades locais, sobretudo aquelas relacionadas à avaliação cardiológica, endocrinológica e oftalmológica (QUADRO 5).

Não obstante, foi relatada ainda a utilização de duas tecnologias na APS, destinadas tanto ao diagnóstico quanto ao monitoramento do controle entre as pessoas com DCNT, como o aparelho que realiza a hemoglobina glicada em ponta de dedo e a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) (QUADRO 3, ENF 3, ENF 15).

A utilização de protocolos assistenciais foi apontada pelos profissionais médicos (QUADRO 3, MED 10). No que se refere aos profissionais de enfermagem, foi relatado o conhecimento dos protocolos, mas, baixa utilização dos mesmos devido às dificuldades para o estabelecimento da consulta de enfermagem (QUADRO 5).

A troca de informações e discussão de casos entre a equipe multiprofissional, foi referida como um processo que ocorre tanto nas reuniões de equipe, quanto no contato direto com a EqSF. Os técnicos de enfermagem e os ACS foram mencionados como aqueles que identificam e comunicam a equipe quanto às necessidades dos usuários (QUADRO 3, ENF 11, MED 3). Mesmo havendo interlocução dentro da EqSF, destaca-se que a comunicação com o NASF-AB encontra dificuldades (QUADRO 5).

Quanto ao estabelecimento de vínculo, dificuldades foram referidas entre os médicos devido à alta demanda de atendimentos individuais, e o conseqüente tempo

reduzido das consultas (QUADRO 3, MED 5). Quanto aos enfermeiros, identificaram-se experiências exitosas mediante a utilização de recursos como a visita domiciliar (QUADRO 3, ENF5).

Outro elemento retratado nas falas, refere-se à utilização fragmentada de estratégia ou plano formal para acompanhamento periódico ou gestão dos casos (QUADRO 3, MED 2), a despeito de haver registros de que os protocolos assistenciais e os registros no PEC favoreceriam tal prática (QUADRO 5). Quanto ao acompanhamento dos indivíduos com DCNT, ele ocorre de acordo com a percepção da necessidade/gravidade por parte do usuário, pela necessidade de troca periódica da receita, uma vez que a liberação gratuita do medicamento depende desta renovação, assim como de acordo com a gravidade do quadro clínico avaliado pela equipe (QUADRO 3, MED 2, ENF 13).

A consistência no preenchimento dos dados no PEC é prejudicada pela baixa qualidade da rede de internet e constantes atualizações do sistema operacional, as quais frequentemente o deixam inutilizável. Também chama atenção, que alguns profissionais asseveram que a interface do sistema é pouco amigável, e que não oferece praticidade nem no momento do preenchimento dos dados, nem na sua visualização (QUADRO 3, MED 4, ENF 11). Como aspecto positivo, foi apontado que todos os profissionais o têm utilizado e que o mesmo tem potencial para emitir indicadores (QUADRO 5).

Abordagem psicossocial das práticas de cuidado

O reconhecimento do perfil psicossocial dos usuários com DCNT, assim como das implicações deste nas práticas de cuidado, foi um achado comum. O baixo nível sócio-econômico, o envelhecimento populacional, os domicílios monoparentais e o desarranjo familiar compuseram um perfil de vulnerabilidade que se destacou (QUADRO 4, ENF 3, ENF 13). Ademais, os profissionais afirmaram empenho em fornecer uma atenção diferenciada mediante as particularidades e vulnerabilidades sociais desses usuários (QUADRO 5).

As ações de educação em saúde com explicitação da importância das mudanças no estilo de vida, mas também visando aclarar o conhecimento do usuário para sua corresponsabilidade no processo saúde-doença-cuidado, foram apontados como meios para estimular o autocuidado e autonomia dos usuários (QUADRO 4, ENF 2, MED 10). Grupos educativos, visitas domiciliares e mesmo as consultas individuais compreenderam modalidades de expressão desta prática (QUADRO 5).

No que concerne à rede de apoio e suporte social existente no território, constatou-se que sua presença auxilia na promoção de práticas de cuidado intersetoriais, pois, em espaços como escolas, igrejas, quadras, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), associação de moradores e de diabéticos, há o desenvolvimento de atividades que estimulam mudanças de estilos de vida, apoio a ações comunitárias e o fortalecimento da convivência social e familiar (QUADRO 5). Entretanto, o suporte familiar foi relatado como desafiador, face a falta de apoio e participação da família no processo de cuidado frente ao ente adoecido (QUADRO 4, ENF 20).

DISCUSSÃO

As práticas de cuidado em saúde direcionadas a indivíduos com DCNT no contexto da ESF, ainda têm enfrentado desafios para lograr efetivas mudanças na organização dos serviços e nas ações dos profissionais, tal como aponta os resultados deste estudo.

No tocante aos aspectos organizativos que oportunizam o acesso do usuário aos serviços oferecidos na ESF, observou-se que uma diversificação de estratégias tem concorrido para legitimá-lo no contexto local. Contudo, prevaleceu o atendimento da demanda espontânea a partir do acolhimento/triagem, o que pode estar relacionado com a alta demanda e com a dificuldade de gerenciar os casos, sobretudo os de maior complexidade.

Ressalta-se que a capacidade do serviço em equilibrar atendimento oportunístico e organizado, concorre para fortalecer o atributo de primeiro contato da APS¹⁰. Ademais, denota a necessidade de arranjos estruturais de organização e gestão do sistema de saúde e dos serviços locais, de modo a enfrentar a fragmentação, os vazios assistenciais, as disparidades entre oferta e demanda e a carência de profissionais¹¹.

Em relação à oferta e demanda, no presente estudo prevaleceram discursos referentes à insuficiência relativa às consultas e exames especializados, o que condiz com outra pesquisa realizada em um município do nordeste do Brasil¹⁵. Em contrapartida, em outras experiências internacionais sobressaíram práticas alinhadas com o reconhecimento de perfis de usuários mais críticos, o monitoramento das filas e do tempo de espera para marcação de consultas^{23, 24}.

A articulação entre os níveis assistenciais foi caracterizada como precária neste e em outros estudos^{10, 12, 13, 14, 15}, confirmando as dificuldades de encaminhamento e de comunicação da APS para com o nível secundário e terciário, bem como anunciando a fragilidade da coordenação do cuidado. A não integração entre os níveis assistenciais por

meio do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), a falta de padronização dos encaminhamentos e a desarticulação terapêutica-assistencial têm acirrado os desafios locais.

A atuação interdisciplinar da EqSF demonstrou seguir certa organização horizontal do trabalho e compartilhamento do processo decisório. Contudo, a superação do modelo médico hegemônico ainda tensiona a necessidade de democratização do saber e do fazer, e do reconhecimento do trabalho de todos. Esta realidade reverbera em entraves para a atuação do NASF-AB, o qual ainda carece de maior articulação com a EqSF de forma sistemática e de modo a auxiliá-la na articulação com outros pontos da rede²⁵, como também no trabalho do enfermeiro, que por vezes restringe-se ao trabalho em grupos educativos e visitas domiciliares¹⁴.

Destaca-se que as intervenções interdisciplinares, principalmente quando sustentadas por longo prazo, têm se mostrado eficientes para otimizar o gerenciamento de condições crônicas de saúde, traduzindo-se tanto em termos de satisfação dos usuários, quanto em redução dos níveis pressóricos, ingestão de sal, melhora no condicionamento físico e controle glicêmico²⁴.

Quanto ao planejamento e monitoramento das práticas, embora as mesmas ocorram principalmente nos momentos de reunião de equipe, apenas um número pequeno de EqSF se baseia em indicadores e em relatórios oriundos do PEC. Outros trabalhos também apontam que os profissionais não usam ou tem dificuldades para utilizarem informações a partir de indicadores dos sistemas de informações, seja por despreparo, por ausência de rotinas pré-estabelecidas e até falta de retaguarda da gestão na instrumentalização deste processo^{13, 16}.

Na dimensão técnico-assistencial observou-se que o elenco de ações de promoção, prevenção e assistência em saúde direcionada para os indivíduos com DCNT encontra-se bem estabelecido, o que coaduna com outro estudo¹⁹. Entretanto, certa divisão técnica do trabalho despontou como forte elemento local, ainda que não seja unânime, cindindo a assistência individual para o médico e as atividades de cunho coletivo para os demais profissionais, notadamente para o enfermeiro, tal como anunciado anteriormente.

Enquanto as tecnologias leves, resultantes do trabalho intercessor entre o profissional de saúde e usuário, como o vínculo e o acolhimento, foram avaliados como de difícil operacionalização, as tecnologias duras inovadoras na APS, materializadas pelo uso dos aparelhos que realizam a hemoglobina glicada em ponta de dedo e a MRPA, foram apontados como facilitadores das práticas de cuidado.

Não obstante a importância da inserção das tecnologias duras serem fundamentais para melhorar o controle glicêmico e pressórico, tanto em ações de rastreio quanto de acompanhamento terapêutico, não se pode negligenciar a importância do vínculo enquanto prática de cuidado baseada na relação duradoura e autêntica, concorrente para melhoria da qualidade da atenção na APS, ampliação da responsabilização, longitudinalidade do cuidado e adesão a tratamentos^{18, 26}.

Quanto ao uso de protocolos, a literatura internacional aponta-os como elemento importante para a definição de fluxos assistenciais, para melhorar o preparo técnico, a visão do usuário acerca do trabalho desenvolvido e, por conseguinte, das práticas de cuidado^{23, 24}. Entretanto, no cenário estudado, o mesmo esteve mais atrelado à prática dos profissionais médicos, anunciando o caráter mais rarefeito de sua utilização pelos profissionais de enfermagem. A sobrecarga de ações gerenciais, associadas à alta demanda espontânea para as EqSF, desponta como elemento que secundariza as práticas de cuidado de alguns enfermeiros a usuários com DCNT²⁷, o que contraria o protagonismo destes profissionais em outros estudos congêneres^{27, 28}.

Médicos e enfermeiros apontaram que a discussão de casos é prática bem capilarizada na EqSF com vistas troca a de informações, ao tempo em que o acompanhamento longitudinal e a gestão de casos mais graves não é unânime. Estudos apontam o trabalho em equipe, expresso em reuniões, atendimentos compartilhados ou gerenciamento de casos, é estratégia importante para o manejo das DCNT, pois garante a integralidade nas práticas de cuidado^{8, 24, 28}. Ademais, falhas neste aspecto podem ser reflexos de uma formação profissional não atinentes à integralidade das práticas de cuidado, colaboração e relacionamento interprofissional abalados por relações de poder, hierarquia e sobrecarga, cobranças por produtividade e fragmentação de ações.

A consistência no preenchimento dos dados no PEC pode ser classificada como sofrível, devido a problemas inerentes ao próprio sistema e à rede de internet local. Nesta direção, observa-se que, embora a informatização do sistema possa viabilizar informações em saúde de forma segura, consistente e relevante, inclusive entre distintos níveis de atenção (fato não observado neste estudo), vê-se que a implementação do PEC, especialmente no contexto analisado de recente implantação, é desafiadora, pois, perpassa por mudanças culturais, no provimento de recursos, e interesses políticos e econômicos²⁹.

Uma expressiva integração com os territórios de abrangência por parte de médicos e enfermeiros, bem como, a atuação sobre os riscos e vulnerabilidades dos indivíduos com DCNT, corroboram com os achados de outros estudos^{24, 27, 28}. Ao conhecer o perfil

dos usuários, os profissionais podem direcionar melhor o plano de cuidados às suas reais necessidades bem como reconhecer os fatores motivacionais e as barreiras para o desenvolvimento do autocuidado²⁰.

As ações de estímulo a autonomia e autocuidado compreendem pilares estratégicos em qualquer programa ou sistema de saúde voltado para o cuidado de pessoas com DCNT, dado o caráter longitudinal de sinais, sintomas, fatores de risco e possibilidade de complicações correlatas⁷.

Os grupos educativos se destacaram como estratégia de produção de autonomia e auto-cuidado, assim como apontado em outro trabalho³⁰, mas, outras modalidades também despontaram como visitas domiciliares e atendimentos individuais. Outrossim, contatos telefônicos da equipe, recebimentos de mensagens de texto por telefone, ações de estímulo à gestão autônoma dos medicamentos, também constituem práticas inovadoras destacadas em estudos internacionais^{24, 28}, enquanto práticas de atividades físicas em comunidade e as que envolvam artes, foram relatadas em estudo nacional²¹.

A rede de apoio social do território foi largamente apontada pelos profissionais entrevistados como aspecto que materializa a articulação intersetorial, face às características da imbricada determinação social do processo saúde/doença/cuidados das DCNT. Neste sentido, o incentivo à participação em programas comunitários e a formação de parcerias com organizações comunitárias, podem preencher algumas lacunas não ocupadas pelos serviços de saúde⁷. Contudo, parte importante dessa rede que é a família, ainda não é participante ativa do cuidado aos usuários com HAS e DM, fato condizente com outros estudos^{13, 14} e que requer intervenções oportunas por parte da equipe.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As práticas de cuidado em saúde voltadas a indivíduos com DCNT no contexto analisado, possuem distintos matizes e grande complexidade, e embora se tenha reconhecido potencialidades, faz-se necessário a sustentabilidade de apoio técnico, político, logístico e financeiro. Tal apoio visa o fortalecimento da APS e, sobretudo, a ressignificação dos processos de trabalho de médicos e enfermeiros instituídos no cotidiano dos serviços de saúde, para que possam tangenciar aspectos organizacionais, técnico-assistenciais e biopsicosociais, os quais traduzam melhores condições de vida e saúde das pessoas com DCNT.

Em tempos de reformas políticas desfavoráveis no Brasil atual, urge fomentar as experiências exitosas nas práticas de cuidado em saúde para condições tão prevalentes, e

de buscar estratégias para superação das fragilidades, vislumbrando que estas podem ter efeitos sistêmicos em toda a APS e contrárias ao universalismo básico e excludente.

Vale destacar que o estudo não assume a pretensão de generalizar os resultados para outros contextos, dada as características da amostra e da abordagem adotadas. Sugere-se que mais estudos possam considerar outros sujeitos (ACS, usuários) e cenários (regiões de saúde) e delineamentos (quantitativo, misto).

REFERÊNCIAS

1. Osório A, Schraiber, LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade* 2015; 24(1): 205-218.
2. Cecílio LC de O, Reis AAC dos. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):136718.
3. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade* 2017; 26(4): 888-903.
4. Lapão LV, Pisco L. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública* 2019 Aug 12; 35(2):42418.
5. Souza MFM, Malta DC, Franca EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1737-1750.
6. Agudelo EL. Las enfermedades crónicas y La ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública* 2017; 43(1): 68-74.
7. Ahmed S, Ware P, Visca R, Bareil C, Chouinard MC, Desforges J *et al.* The prevention and management of chronic disease in primary care: recommendations from a knowledge translation meeting. *BMC Res Notes* 2015 Oct 15; 571(8): 1-18.
8. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* 2018; 42(1): 208-223.
9. Melo E, Matos R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: In: Mendonça HM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2018.
10. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2016; 26(1): 113-135.
11. Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde Soc* 2014; 23(3): 855-868.
12. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 33(5): 1-15.
13. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.69, n. 1, p. 71-8, 2016.

14. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2017; 25: 1-8.
15. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasboas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(6): 1845-1856.
16. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc Anna Nery* 2016; 20(1): 114-120.
17. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface* 2011; 15(37): 589-599.
18. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2017; 27(4): 1003-1022.
19. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34(9): 1-17.
20. Duran JS, Baptista MHB, Gomides DS, Pace AE. Adesão ao cuidado em diabetes mellitus nos três níveis de atenção à saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2017; 21(4): 1-9.
21. Tedesco J. Abordagens inovadoras no autocuidado de pessoas com diabetes [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2018.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13nd ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
23. Walters BH, Adams SA, Nieboer AP, Bal R. Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. *BMC Health Services Research* 2012; 114.
24. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, Schellevis FG, De Maeseneer JM, Groenewegen PP. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients needs? *Health Expect* 2014; 17(5): 608-621.
25. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde em Debate* 2018; 42(1): 328-340.
26. Santos AM. Posição da Estratégia de Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de região de saúde – o caso de Vitória da Conquista. In: Almeida PF, Santos AM, Souza, MKB (organizadores). *Atenção Primária a saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba, 2015.
27. Becker RM, Heidemann ITSB, Meirelles BHS, Costa MFBNA, Antonini FO, Durand MK. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018; 71(6): 2800-2807.
28. Campbell DJT, Sargious P, Lewanczuk R, McBrien K, Tonelli M, Hemmelgarn B *et al*. Use of chronic disease management programs for diabetes. *Can Fam Physician* 2013 Feb; 59(2): 86-92.
29. Costa JFR, Portela MC. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34(1): 1-14.
30. Arantes RKM, Salvagioni DAJ, Araujo JP, Roecker S. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2015; 5(2): 213-223.

Quadro 1 - Matriz de análise das práticas de cuidado em saúde para DCNT na ESF.

Dimensões de Análise	Componentes
Organização das práticas de cuidado	Organização da agenda e do acesso Atuação interdisciplinar com a EqSF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Articulação entre níveis assistenciais Planejamento e monitoramento de ações de acordo com indicadores em saúde
Aspectos técnico-assistenciais das práticas de cuidado	Oferecimento de carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência em saúde voltada para pessoas com DCNT Utilização de protocolos assistenciais Troca de informações e discussão de casos entre a equipe multiprofissional Estabelecimento de vínculo na prática assistencial Existência e uso de plano/estratégias para acompanhamento periódico e gestão dos casos Consistência no preenchimento dos dados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
Abordagem biopsicossocial das práticas de cuidado	Conhecimento do perfil sócio epidemiológico da área adscrita Ações de intervenção sobre riscos e vulnerabilidades sociais do território Estímulo ao desenvolvimento da autonomia e autocuidado dos usuários com DCNT Existência e papel da rede de apoio e suporte social

Quadro 2- Resultados selecionados da dimensão Organização das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.

Componentes	Trechos ilustrativos das falas
Organização da agenda e do acesso	<p><i>A porta de entrada é a triagem, caso o paciente não consiga atendimento naquele dia [...] aí é feito o agendamento, então esse paciente quando vem, ele tem uma resposta ou naquele dia ou em outro dia, de acordo com a demanda dele (ENF 1).</i></p> <p><i>Tem uma cota mensal para os especialistas [...] que não dá conta de suprir a demanda, então não tem bom acesso (ENF 7)</i></p>
Atuação interdisciplinar com a EqSF e NASF	<p><i>[...] com a médica eu discuto os casos, elas já sinalizam para os ACS ficarem de olho. E tem também os grupos que a gente consegue também definir ações. Na mesma semana nós temos reunião de equipe. Então casos daquele grupo eventualmente a gente discute na reunião de equipe, e ali em conjunto a gente consegue discutir casos clínicos também (ENF 2).</i></p> <p><i>Os profissionais do NASF tão sempre assim, um representante na reunião, pois, eles rodam as unidades, a gente acaba discutindo. Mas, a construção de um processo terapêutico é difícil, eu não posso dizer que eu já presenciei [...] (ENF 4).</i></p> <p><i>É muito forte ainda a questão de ir numa consulta e não ter sua receita trocada, de não ter uma solicitação de exame específico, um encaminhamento para uma especialidade. Isso fragiliza um pouco essa relação do paciente com a enfermagem (ENF 16).</i></p>
Articulação entre níveis assistenciais	<p><i>Eu acho que referência e contra referência na nossa realidade para a hipertensão e diabetes não existe. Infelizmente, a única referência que a gente faz é em relação ao próprio motivo do encaminhamento que coloca bem descrito. Também não tem assim retorno nenhum de contra referência, se ele não chegar e voltar para a gente e falar o que foi que aconteceu, a gente não vai ter conhecimento (ENF 6).</i></p> <p><i>[...] seria bom mesmo se o PEC fosse um sistema integrado com outros níveis de complexidade (ENF 16).</i></p>
Planejamento e monitoramento de ações de acordo com indicadores em saúde	<p><i>Nossas reuniões são semanais, a gente discute esses casos e sempre tem as reuniões extraordinárias no início do turno com os ACS [...] (MED 4).</i></p> <p><i>O monitoramento da equipe não ocorre. Eu diria que essa ação é mais individual, as médicas têm a preocupação de realmente vê se o paciente voltou (ENF 1).</i></p> <p><i>Para planejamento das ações utilizamos principalmente informação dos ACS, né. É o que a gente mais se baseia (ENF 4).</i></p>

Quadro 3- Resultados selecionados da dimensão Aspectos técnicos-assistenciais das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.

Componentes	Trechos ilustrativos das falas
Oferecimento de carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência em saúde voltados para pessoas com HAS e DM	<i>[...] tem a verificação da pressão arterial [...], glicemia capilar, a gente tem o aparelho da hemoglobina glicada [...], tem imunização [...], tem os grupos de educação em saúde [...], a consulta médica, a consulta de enfermagem, a consulta com a equipe do NASF [...], tem o apoio também dos agentes comunitários de saúde, as visitas domiciliares (ENF 15). Para os hipertensos oferecemos dois grupos educativos [...], oriento o aparelho de MRPA, e além disso [...], a gente faz visita domiciliar [...](ENF 3).</i>
Utilização de Protocolos assistenciais	<i>Uso protocolos clínicos com certeza. [...] questão de quando é que vai começar já a medicação, quando vai fazer só dieta, no caso de diabético quando começar a insulina ou hipoglicemiante, tudo isso a gente aplica (MED 10).</i>
Troca de informações e discussão de casos entre a equipe multiprofissional	<i>Existe esse contato direto que é com o ACS e a gente faz com frequência isso. A discussão de casos em reunião de equipe ocorre sempre quando surge a necessidade (ENF 11). As técnicas de enfermagem estão sempre apontando pacientes que provavelmente tem hipertensão ou diabetes, e que ainda não foi feito diagnóstico, para gente poder ficar de olho. Os ACS direcionam pacientes que não estão tendo adesão, então, assim, tem um entrosamento bom da equipe (MED 3).</i>
Estabelecimento de vínculo e acolhimento na prática assistencial	<i>Assim, não vou te dizer que dá para você ouvir o paciente com calma, porque não dá. A demanda é grande, então eu tento ao máximo abordar todos os problemas que o paciente está trazendo para mim, mas, se tivesse mais tempo seria melhor (MED 5). A gente iniciou fazendo visita a esses pacientes, e na visita eu agendo a consulta e já estabeleço um vínculo (ENF 5).</i>
Existência e uso de plano/estratégias para acompanhamento periódico e gestão dos casos	<i>Acompanhamento periódico e gerenciamento dos casos eu tenho dos pacientes graves, né, pacientes descompensados. Os outros que estão compensados, aí não faço não (MED 2). De todos eles o retorno é por demanda. Quando eles acham que tem necessidade de vir, eles vêm. A receita, ela é sempre trocada, porque tem o empecilho de não liberar medicação (ENF 13).</i>
Consistência no preenchimento dos dados no PEC	<i>O PEC é ruim, é um prontuário prolixo redundante repetitivo [...]. Fora isso, a gente tem uma instabilidade de internet no município e atualizações frequentes do ministério da saúde para o PEC. Também tem a folha de rosto ruim, ela não é apresentada primeira, quando você vai atender um paciente, já abre na parte clínica. Aí você não vê comorbidades prévias, medicações prévias, história clínica prévia, então a organização do PEC é ruim (MED 4).</i>

	<i>A dificuldade com o PEC que é insuportável é inserir todos os dados de exames. Eu acho que se perde muito registro (ENF 11).</i>
--	---

Quadro 4- Resultados selecionados da dimensão Abordagem psicossocial das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.

Componentes	Trechos ilustrativos das falas
Conhecimento do perfil sócio-epidemiológico da área adscrita	<p><i>[...] é uma população que tem um nível financeiro baixo. Às vezes tem uma dificuldade de compreensão educacional [...]. Nosso território é uma área periférica, então tudo isso influencia no cuidado (MED 10).</i></p> <p><i>[...] são pacientes de baixa escolaridade, idosos, pacientes que a gente percebe que há um desarranjo familiar, ou que moram sozinhos, pacientes que tenha problemas psicológicos associados (ENF 1).</i></p>
Ações de intervenção sobre riscos e vulnerabilidades sociais do território	<p><i>Se a gente tivesse tempo dava para gente fazer um trabalho bem melhor. Tem uma mulher que ela participa de todas as nossas atividades, e a pressão dela nunca controla. [...] eu descobri que o filho é envolvido no tráfico. Toda vez que tem uma batida policial, a pressão dela vai nas alturas e não tem medicação que controle. Ela precisa de um outro dispositivo que a ajude. Agora, imagine fazer isso com seiscentos hipertensos (ENF 13).</i></p> <p><i>[...] a maioria dos hipertensos e diabéticos são idosos, muitos moram só, ou moram com seu companheiro também idoso, e que um ajuda o outro no cuidado [...]. Então tenho que ter uma atenção maior a esses pacientes [...] (ENF 3).</i></p>
Estímulo ao desenvolvimento da autonomia e autocuidado dos usuários com HAS e DM	<p><i>A gente tenta fazer com que ele compreenda bem, pelo menos o processo de tratamento não medicamentoso e medicamentoso, né. Agente tenta conversar, mostrar, a gente até desenha se precisar, [...] então a gente tenta de todas as formas estimular o autocuidado (ENF 2).</i></p> <p><i>Eu estimulo sempre a questão dos cuidados, mudanças de hábitos, sempre a questão da alimentação, de perder peso, de tomar o remédio certo, de fazer atividade física, do autocuidado, a questão do estresse, enfim, das coisas que eles podem modificar né (MED 10).</i></p>
Existência e papel da rede de apoio e suporte social	<p><i>Aqui no bairro tem o salão comunitário que está sempre disponível, e nesse sentido, também a comunidade daqui ajuda muito, estão sempre prontos para organizar [...], fazer com que as coisas aconteçam (ENF 3).</i></p> <p><i>Não tem muito a participação da família porque boa parte dos familiares trabalham, o idoso passa o dia inteiro sozinho. Então é uma dificuldade. E também acontece de quando a família está presente no momento do atendimento ou visita, ela até escuta as orientações, mas, ela não é ativa (ENF 20).</i></p>

Quadro 5- Potencialidades e fragilidades das dimensões das práticas de cuidado e seus respectivos componentes, segundo médicos e enfermeiros, Vitória da Conquista, 2019.

Dimensão: organização das práticas de cuidado		
Componentes	Potencialidades	Fragilidades
Organização da agenda e do acesso	Utilização da estratégia de acolhimento Reconhecimento dos hipertensos e diabéticos como grupo prioritário de atendimento	Número elevado de hipertensos e diabéticos por EqSF Cota mensal de especialistas insuficiente para suprir demanda
Atuação interdisciplinar com a EqSF e NASF	Integração de todos os profissionais das EqSF	Alta demanda e rotatividade da equipe do NASF Desvalorização do trabalho do enfermeiro
Articulação entre níveis assistenciais	Informatização da rede	Comunicação escassa com os profissionais da rede especializada
Planejamento e monitoramento de ações de acordo com indicadores em saúde	Realização de reuniões sistemáticas com a EqSF Disponibilidade de relatórios do PEC	Monitoramento não baseado em indicadores
Dimensão: Aspectos técnico-assistenciais das práticas de cuidado		
Componentes	Potencialidades	Fragilidades
Oferecimento de carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência em saúde	Abrangência de ações e serviços para a comunidade com DCNT	Maior abertura para utilização de tecnologias duras Insuficiente disponibilização de consultas especializadas para cardiologista, endocrinologista e oftalmologista.
Utilização de Protocolos assistenciais	Conhecimento dos protocolos assistenciais por todos os profissionais	Dificuldades de utilização pelos enfermeiros
Troca de informações e discussão de casos entre a equipe multiprofissional	Bom entrosamento e senso de responsabilização para troca de informações entre os profissionais da EqSF	Dificuldades de contato com os profissionais do NASF
Estabelecimento de vínculo e acolhimento na prática assistencial	Reconhecimento da importância do vínculo e acolhimento para melhoria das práticas de cuidado	Número elevado de hipertensos e diabéticos por EqSF e pouco tempo para escuta qualificada e estabelecimento de vínculo
Existência e uso de plano/estratégias para acompanhamento	Plano de acompanhamento e gestão de casos específicos	Acompanhamento não padronizado dos usuários com DCNT

periódico e gestão dos casos		Restrita gestão de casos graves
Consistência no preenchimento dos dados no PEC	Rede informatizada para utilização do PEC Possibilidade de utilização de indicadores do PEC	Baixa qualidade da rede de internet Interface e configuração ruim do PEC para visualização e preenchimento dos dados Não integração do PEC a rede assistencial
Dimensão: abordagem biopsicossocial das práticas de cuidado		
Componentes	Potencialidades	Fragilidades
Conhecimento do perfil sócio-epidemiológico da área adscrita	Bom grau de reconhecimento do perfil sócio-epidemiológico e das implicações deste nas práticas de cuidado	Dificuldades para a realização de mapeamentos minuciosos no território, referente a casos que demandem mais cuidados
Ações de intervenção sobre riscos e vulnerabilidades sociais do território	Disponibilidade e adequação das práticas conforme riscos e vulnerabilidades	Falta de tempo devido ao número excessivo de pessoas para o acompanhamento
Estímulo ao desenvolvimento da autonomia e autocuidado	Desenvolvimento de autonomia e auto-cuidado por meio de múltiplas atividades (educação em saúde em grupos, visitas e consultas).	Não identificado
Existência e papel da rede de apoio e suporte social	Reconhecimento e estabelecimento de parcerias com os dispositivos de suporte social no território	Dificuldades de mobilização da família

6.2. Artigo 2

PRÁTICAS DE CUIDADO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ENSAIO TEÓRICO SOBRE OS AVANÇOS, FRAGILIDADES E PROPOSTAS

CARE PRACTICES FOR HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: THEORETICAL TEST ON ADVANCES, FRAGILITIES AND PROPOSALS

RESUMO: Este ensaio realiza uma reflexão crítica por meio da reunião de estudos teóricos, empíricos e documentos sobre as práticas de cuidado em saúde voltadas para a hipertensão e o diabetes, na Estratégia de Saúde da Família, a partir da identificação de elementos condizentes com as dimensões macro e micropolítica, as quais evidenciam avanços, fragilidades e propostas. O conceito de práticas de saúde é versátil, entretanto, destaca-se que a compreensão do mesmo deve essencialmente considerar a sua conjuntura histórica e social, e ainda o plano de interesses dos sujeitos temporal e geograficamente envolvidos. Neste sentido, destacam-se nas práticas de cuidado em saúde à hipertensos e diabéticos na ESF, avanços que determinaram a ampliação da ESF e do acesso a consultas médicas e medicamentos, melhoramentos na organização da vigilância, da informação e da rede de serviços; na esfera micropolítica os processos de instauração do acolhimento, vínculo e estímulo a auto-gestão do cuidado por meio das ações educativas. Apesar desses avanços, essas práticas ainda apresentam desafios dado o caráter biomédico da assistência e as medidas de austeridade fiscal impostas pelo governo atual, com impactos nefastos à ESF e ao controle de DCNT. Como proposta, desponta a necessidade de fortalecimento do SUS, de espaços coletivos de atuação profissional e de cogestão na execução de ações de planejamento, acompanhamento e avaliação, e da ruptura de modelos tecnicistas, procedimento-centrados de cuidado, a fim de se produzir práticas de saúde mais universais, integrais e equitativas.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Atenção primária a Saúde, Estratégia de Saúde da Família; Saúde Coletiva.

ABSTRACT: This essay makes a critical reflection through the gathering of theoretical, empirical studies and documents on health care practices focused on hypertension and

diabetes, in the Family Health Strategy, from the identification of elements consistent with the macro and micropolitics, which show advances, weaknesses and proposals. The concept of health practices is versatile; however, it is emphasized that their understanding must essentially consider their historical and social conjuncture, as well as the plan of interests of the subjects temporally and geographically involved. In this sense, the highlights in health practices in the care of hypertensive and diabetic patients in the FHS are advances that determined the expansion of the FHS and access to medical appointments and medicines, improvements in the organization of surveillance, information and the service network; In the micropolitical dimension, the processes of establishment of welcoming, bonding and stimulating the self-management of care through educational actions have represented an increase in quality. Despite these advances, these practices still pose challenges, given the nature of biomedical assistance and fiscal austerity measures imposed by the current government, with adverse impacts on the ESF and control of NCDs. As a proposal, there is a need for strengthening the SUS, collective spaces for professional performance and co-management in the execution of planning, monitoring and evaluation actions, and the rupture of technical, procedure-centered care models, in order to produce practices universal, comprehensive and equitable health.

KEY WORDS: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Family Health Strategy; Public Health.

INTRODUÇÃO

O campo das práticas de cuidado em saúde no contexto do sistema universal de saúde brasileiro passou a ocupar, de modo mais contundente, a pauta das discussões midiáticas e das produções científicas, anelando agregar elementos estruturais e conjunturais, ora de forma parcial, ora mais abrangente, o que denota a multideterminação do constructo e a necessidade de uma análise mais detida.

O termo “práticas de cuidado em saúde” pode remeter a ideia de algo que se produz por meio do trabalho em saúde, o qual pode ser oriundo de um trabalho vivo em ato e mediado por uma relação intercessora (MERHY, FRANCO, 2013), por um processo de produção e reprodução de mercadorias e riquezas, onde as relações sociais são convertidas em relações econômicas (MARX, 1980), ou mesmo por uma espécie de conhecimento praxiológico que articula dialeticamente o ator social e a estrutura social (BOURDIEU, 2000). Parece convergente em todas elas o caráter social das práticas de cuidado. Entretanto, para além de uma abordagem mais objetivista contida na segunda

perspectiva, na primeira, destaca-se a dimensão micropolítica das práticas em que os sujeitos protagonizam ações/decisões a partir da perspectiva ético-política, e na terceira observa-se que a consideração da experiência subjetiva do mundo social também busca agregar as condições objetivas desta experiência.

Para além de um mero ecletismo das definições anteriores, ressalta-se que as práticas de saúde carecem ser compreendidas a partir de sua conjuntura histórica e social, e considerar ainda o plano de interesses dos sujeitos temporal e geograficamente situados, os quais as constroem segundo possibilidades material e ideologicamente delimitadas (AYRES, 2015; SOUZA; MENDONÇA, 2017). Relativo à estrutura histórica/social, elementos políticos, econômicos, demográficos e epidemiológicos guardam peculiaridades no momento atual.

Do ponto de vista político-econômico, destaca-se o movimento de apoio e desenvolvimento de políticas ultra-neoliberais, com graves repercussões para a sociedade, seja porque aumentam a carga tributária, seja pela implementação de medidas que limitam a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em função de cortes e despesas (SANTOS; VIER, 2018).

Do ponto de vista demográfico/epidemiológico, a realidade que se reproduz guarda nuances análogas ao cenário internacional, com crescente envelhecimento da população mundial e hábitos de vida pouco saudáveis, assim como o surgimento de morbidades de curso prolongado, tornando alarmante a emergência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) (SOUZA *et al.*, 2018; MALTA *et al.*, 2018). Dentro do grupo das DCNT merece atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), devido a sua grande magnitude em termos de morbimortalidade e incapacidades decorrentes de complicações crônicas. Em 2018, a pesquisa de Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) estimou que no Brasil 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico de DM e 24,7%, de HAS.

Se por um lado a conjuntura histórico-social aponta a necessidade de uma sinergia de esforços a fim de garantir o enfrentamento das DCNT, a partir de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta, por outro, desvela uma agenda ainda incompleta para a sua efetivação, visto ser as práticas de saúde ainda fortalecedoras de um modelo biomédico, individualista, tecnicista, com subfinanciamento e frágil articulação entre distintos níveis de atenção à saúde (CASTRO *et al.*, 2019).

Considerando que a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil tem sido considerada proposta impulsionadora da mudança das práticas de cuidado em saúde na APS, a partir da sua função de filtro e de elementos estruturantes como o vínculo e a responsabilização, a centralidade na família/comunidade, a adscrição da clientela, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018), vislumbra-se que essas condições são propícias para se pensar o quanto de avanços já se alcançou na conformação das práticas de saúde desde sua implantação, dos entraves que ainda enfrenta na sua consolidação e dos desafios que se lhe impõem diante de um contexto de desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ante ao exposto, este ensaio realiza uma reflexão crítica mediante a reunião de estudos teóricos, empíricos e documentos sobre as práticas de cuidado em saúde voltadas para a hipertensão e o diabetes, na Estratégia de Saúde da Família, a partir da identificação de elementos condizentes com as dimensões macro e micropolítica, as quais evidenciam avanços, fragilidades e propostas.

AVANÇOS DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DESENVOLVIDAS AOS INDIVÍDUOS COM HAS E DM NA APS

Importantes marcos político-normativos neste contexto de práticas de cuidado em saúde foram edificados ao longo desses 30 anos do SUS (QUADRO 1). A instituição do Programa de Agentes comunitários de Saúde (ACS) em 1991, do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que posteriormente foi transformado em estratégia, e da portaria de nº 483 de 2014, impulsionaram a organização da APS e da RAS para as pessoas com DCNT em rede descentralizada, hierarquizada, com gestão democrática constituem alguns dos elementos que merecem destaque (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Ademais, o controle do quadro epidêmico marcado pelas DCNT (FACHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2018), notadamente a HAS e o DM, também foi estimulado pela instituição pelo Ministério da Saúde de diversas diretrizes, que ao longo dos anos, demarcam o direcionamento das práticas de saúde para enfrentamento dessas condições crônicas, como: o Plano de Reorganização da Atenção a HAS e DM (2000), o Programa Farmácia Popular do Brasil (2004), a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), Manual de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral das DCNT (2008) e Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 (2012).

Além disso, pactos entre entidades governamentais tanto no âmbito nacional, como a Assembleia Mundial da Saúde (2012), quanto no âmbito global como o Marco

Global de Monitoramento das DCNT foram estabelecidos com o intuito de estabelecer metas importantes no combate as DCNT.

Destaca-se que sistemas de saúde orientados pela APS tendem a ser mais resolutivos, apresentam menores taxas de internação por condições sensíveis à mesma incluindo a DM e a HAS, menores custos e melhora nas condições de saúde, sobretudo, quando se dispõe de uma cobertura elevada da ESF (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). Mediante a avaliação das taxas de internação por condições sensíveis à APS, observou-se em um estudo redução significativa da HAS, o que pode estar relacionado com as características anteriormente citadas (MAIA *et al.*, 2019).

Os resultados supramencionados tangenciam parte da dimensão macropolítica das práticas de cuidado em saúde que incorpora a organização da vigilância e da informação, o financiamento e a organização da rede de serviços (VENÂNCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

No que diz respeito à organização da vigilância, importantes inquéritos realizados de forma sistemática no país (Pesquisa Nacional de Saúde- PNS, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio-PNAD, Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto-ELSA; Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso-ELSI, Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-VIGITEL e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar-PENSE), permitem a mensuração da magnitude e distribuição de agravos não transmissíveis e de fatores de risco correlatos, assim como apontam relevantes informações capazes de orientar as políticas públicas em todo o país relacionado às DCNT e, sobretudo, as práticas de cuidado no âmbito mais localizado à esfera de abrangência dos serviços.

Relativo à organização da informação, destaca-se que algumas experiências nacionais, embora mais isoladas, têm conseguido constituir uma plataforma de informações consistente e segura, a partir dos registros eletrônicos em saúde (GODOY *et al.*, 2012; CAVALVANTI *et al.*, 2019). Estes registros permitem unificar o acesso à informação por parte de todos os membros de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) em tempo real (COSTA; PORTELA, 2018), além da geração de indicadores de cadastramento e acompanhamento, inclusive por meio de estratificação de risco, o que concorre para melhorar a gestão do serviço e as práticas de coordenação do cuidado. A implantação do programa Hórus nas Unidades de Saúde da Família (USF) visando qualificar a gestão da assistência farmacêutica, também agregou importantes avanços

visto possibilitar a aquisição, dispensação e distribuição dos medicamentos aos usuários cadastrados na ESF (COSTA; NASCIMENTO- JÚNIOR, 2012).

Em relação ao financiamento, significativas mudanças ocorridas entre os anos de 1990 e 2000 foram decisivos para a expansão da APS no Brasil, como a criação da NOB 96 instituindo o piso para a atenção básica e do Pacto pela saúde regulamentando o financiamento de recursos federais para as ações e serviços de saúde (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018). Embora ainda insuficiente o montante e as diferentes modalidades de financiamento, destaca-se o aumento expressivo do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território nacional, atualmente 40.000, sendo cerca de 65% sob o modelo de ESF (NEVES *et al.*, 2018). Esta expansão ainda ratifica a ampliação do acesso, bem como o fato das UBS constituírem a porta preferencial de busca por serviços de saúde, por parte de 65,5% dos brasileiros (PNS, 2013).

Quanto à ampliação do acesso às consultas, a PNS (2013) apontou que 69,7% dos hipertensos afirmaram receber assistência médica nos últimos 12 meses. Já para o DM a pesquisa estimou que essa proporção foi de 73,2%. Quanto ao local em que esse atendimento foi realizado, os indivíduos com HAS referiram que as UBS foram responsáveis por 45,9% dos atendimentos, enquanto que para indivíduos com DM este número foi de 47,1%.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao acesso gratuito a medicamentos para HAS (MENGUE *et al.*, 2016). No Brasil, 35,9% dos indivíduos abordados na PNS em 2013 afirmaram obter pelo menos um medicamento para HAS no Programa Farmácia Popular. Neste sentido, Silva e colaboradores (2015) apontam que um dos motivos para que os indivíduos com HAS e/ou DM procurem os serviços de saúde, é justamente a aquisição de medicamentos de forma gratuita o que diminui muito seus custos com tratamento.

A implantação do Programa Mais Médicos (PMM) no âmbito da APS favorecendo a alocação de médicos em áreas mais vulneráveis e remotas e ampliação do acesso a este tipo de atendimento (NETTO *et al.*, 2018), do Requalifica- UBS visando suprir carências estruturais das USF (FACHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) incrementando o acesso e qualidade da APS mediante parâmetros mínimos para todo o país, demonstra uma sinergia de investimentos para favorecer práticas mais integrais e melhorar o nível de saúde da população.

Estudo mostrou que unidades que aderiram ao PMAQ obtiveram uma melhoria estrutural relativa à atenção ao usuário com DM, e que o Programa possa ter exercido influência sobre esta melhora (NEVES *et al.*, 2018). Outro estudo que analisou o cuidado aos indivíduos com DM na APS a partir de dados do PMAQ, identificou que em torno de 90% dos indivíduos com DM tiveram acesso à consulta e aos exames laboratoriais para o controle da doença (TOMASI *et al.*, 2017). Relativo ao PMM evidências atuais atribuem um impacto positivo ao mesmo no que tange ao seu potencial em diagnosticar doenças, aprimorar e tratar casos específicos e sensíveis à APS, e em ofertar cuidados integrais em saúde e contribuir para fortalecer a APS. (GIRARDI *et al.*, 2016; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018).

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se assenta na premissa de estar em função das necessidades da população, de dispor de ações e serviços interligados que considerem os arranjos territoriais e regionais, a fim de garantir equidade no acesso e integralidade do cuidado às pessoas com DCNT (RAUPP *et al.*, 2015). Neste sentido, a coordenação do cuidado figura como uma estratégia capaz de superar a fragmentação assistencial entre diferentes níveis de atenção à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A este respeito, observa-se nos últimos anos, um esforço na edificação, sobretudo, de redes temáticas voltadas para determinadas condições, agravos e doenças (ALMEIDA *et al.*, 2018), tal como a rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em relação à interligação de ações e serviços ofertadas pelas redes de atenção voltados ao indivíduo com DM, estudo realizado no Nordeste do país evidenciou que o encaminhamento para distintos níveis assistenciais encontrava-se implantado em todas as EqSF (SANTOS *et al.*, 2015). Em outro estudo realizado na capital mineira, a coordenação do cuidado em rede, a partir de uma integração entre níveis assistenciais, foi o quarto atributo melhor avaliado (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Vale ressaltar que indivíduos com HAS e DM, transitam com frequência por distintos níveis de atenção que compõem a RAS, seja porque carecem de avaliações periódicas da condição de saúde independente das co-morbidades, seja porque podem apresentar complicações agudas e crônicas e lesões em órgãos-alvo, requerendo acompanhamento sistemático. Para tanto, a rede de atenção precisa estar bem fortalecida no que tange aos aspectos econômicos, estruturais, organizacionais e técnico-assistenciais.

Vê-se que a consideração da dimensão macropolítica tem retratado resultados positivos das práticas de cuidado à saúde frente a pessoas com HAS e DM. Contudo, a

dimensão micropolítica também carece de reflexões pertinentes. Esta dimensão representa trabalhadores e usuários, ocupando espaços de trabalho e de relações, guiados por interesses e auto-governos direcionadores da organização de suas práticas e ações na saúde (FRANCO, 2013). Assim, elementos como acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização do usuário serão tomados como aspectos a serem analisados.

Estudos apontam resultados positivos quando considerado o acolhimento como ferramenta viabilizadora da construção de vínculos entre a unidade de saúde e usuários com HAS e DM (REGO; RADOVANIVIC, 2018; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; PAES *et al.*, 2014). Relativo à sua operacionalização, destacam ainda o favorecimento na ampliação do acesso, do trabalho multiprofissional e intersetorial, compreensão e aceitação da doença, melhoria do autocuidado e maior humanização dos atendimentos, além de promover maior co-responsabilização com o plano terapêutico e autonomia dos usuários na tomada de decisões relativo à sua saúde e tratamentos (GIRÃO; FREITAS, 2016; PAES *et al.*, 2014; GARUZI *et al.*, 2014; BECKER *et al.*, 2018; CAMPBELL *et al.*, 2013; RIJKEN *et al.*, 2012).

Nesta perspectiva, Franco (2013), aponta o acolhimento e o vínculo como tecnologias capazes de potencializar as práticas de cuidado tecidas no contexto do trabalho em saúde, instituindo uma racionalidade para a relação trabalhador/usuário pautada em parâmetros ético-políticos que envolvem solidariedade e cidadania, bem como um olhar que agregue aos cuidados clínicos, ações preventivas e promocionais, considerando as singularidades inerentes a produção do cuidado.

A conjugação de cuidados clínicos com ações de prevenção e promoção abrange várias experiências pelo Brasil (GIRÃO; FREITAS, 2016; PAES *et al.*, 2014; GARUZI *et al.*, 2014; BECKER *et al.*, 2018). Tais ações visam superar a fragmentação e incompletude das práticas e aumentar a resolubilidade e qualidade, além disso, estimula a percepção crítica dos usuários sobre os seus modos de viver e os determinantes do processo saúde-doença, especialmente em situações complexas como o manejo das condições crônicas em saúde, como a HAS e DM (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; ARANTES *et al.*, 2015).

FRAGILIDADES DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DESENVOLVIDAS AOS INDIVÍDUOS COM HAS E DM NO AMBITO DA APS

A despeito dos avanços assinalados anteriormente, a implementação de práticas abrangentes voltadas aos indivíduos com HAS e DM na ESF ainda é um desafio,

considerando dificuldades como: o controle de fatores de risco, a ausência do diagnóstico precoce, dificuldade de manutenção do tratamento, a insuficiência de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos cardiovasculares e endócrinos, a fragmentação dos cuidados dentro da própria APS e nos demais níveis de atenção à saúde, o subfinanciamento do SUS, a priorização de ações técnicas favorecedoras de um papel mais instrumental para se atingir metas de cobertura e a focalização de ações e serviços restringindo a cobertura e o acesso (SOUZA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2016; SANTOS, 2017; VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016; SALSI, MEIRELLES; SILVA, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Estudos internacionais apontam que estas dificuldades são evidenciadas com maior amplitude em países de média e baixa renda, nos quais as práticas de cuidado em saúde tendem a ser emergenciais, voltadas para eventos agudos ou a agudização das condições crônicas (RIJKEN *et al.*, 2012; AGUDELO, 2017; CAMPBELL *et al.*, 2013; KU; KEGELS, 2015).

A respeito do financiamento, o Brasil atravessa uma profunda crise político-econômica resultando no solapamento das políticas de proteção social. Alguns elementos encontram-se materializados, dentre outros aspectos na Emenda Constitucional 95-EC95, aprovada em 2016, que impôs por 20 anos restrições financeiras a saúde, as terceirizações e flexibilizações de vínculos trabalhistas, a institucionalização dos Planos Populares em Saúde sem regulamentação clara de cobertura, e a reedição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que impacta a prioridade do modelo assistencial da ESF na reorientação do modelo de atenção saúde. (SANTOS; VIEIRA, 2018; MALTA *et al.*, 2018).

Subsequentemente encontra-se em voga o Programa Previne Brasil, promulgado pela portaria 2.979 de 12 novembro de 2019, o qual estabelece um “novo” modelo de financiamento para a atenção básica cujo investimento previsto se assenta no cadastro individual, sobretudo dos mais pobres e vulneráveis, resultando em uma focalização da assistência, em razão do propalado discurso de eficiência e do pagamento por desempenho, visando o controle do trabalhador (MENDES; CARNUT, 2019).

Considerando os impactos da crise no desempenho do setor saúde e nas condições de vida da população, estudos recentes apontam tendência à estabilização no controle das DCNT (MALTA *et al.*, 2018). Quando se analisa o DM, por exemplo, a sua crescente prevalência nos últimos tempos, pode ser justificada pelas desigualdades no acesso aos serviços de saúde no que concerne às práticas preventivas e promocionais, associadas ao

aumento da pobreza decorrente da crise econômica (RASELLA *et al.*, 2018). Quanto as Doenças Cardiovasculares (DCV), ao analisar a mortalidade precoce por esta causa simulando cenários hipotéticos de transferência de fundos federal, Castro e colaboradores (2019) constataram que mudanças nestas transferências são prováveis de afetar, além da mortalidade infantil, a qual já se encontra em ascensão novamente no país, também a mortalidade por DCV.

Alinhado ao projeto de desoneração estatal no provimento das políticas sociais, as propostas da cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage - UHC) e da carteira de serviços para a APS ganham fôlego, e também resvalam em consequências nefastas para as práticas de saúde voltados para indivíduos com HAS e DM, notadamente em relação ao acesso e ao tipo de serviço oferecido pela APS.

Enquanto a cobertura universal se opõe ao direito à saúde e da justiça social, por favorecer a cobertura financeira por seguro, sem que isto represente “garantia de acesso e uso quando necessário” (GIOVANELLA; MACHADO, 2018, p.1765), a carteira de serviços de atenção básica, aludindo os padrões mínimos de assistência exarados na Política Nacional de Atenção Básica-PNAB 2017, representa a focalização e seletividade, ressuscitadas por pacotes restritivos, cujo mote é a atenção procedimental e individual (ANTUNES, 2019).

Contrariando o papel de desresponsabilização do Estado, alguns estudos apontam evidências de que quanto mais o mesmo se encontra fortalecido, mais apto se torna para intervir nos fatores de risco para DCNT regulando medidas ambientais, práticas de comercialização e taxação de produtos nocivos como as que foram direcionadas ao tabaco e a rotulagem de alimentos (MALTA *et al.*, 2018). Ademais, o Estado também pode reduzir o peso das desigualdades sociais sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, adotando medidas protetivas e de redistribuição de renda.

No âmbito micro político, a assistência às doenças crônicas na APS, se retroalimentam com as fragilidades acima citadas e esbarram nos seguintes entraves: assistência centrada no médico com grandes dificuldades para o desenvolvimento do trabalho colaborativo, baixa utilização de diretrizes norteadoras do cuidado; falhas na execução do cuidado coordenado e longitudinal; distorção do aspecto programático das ações com pouca flexibilidade para necessidades que transcendam os atendimentos protocolares incluídos na semana típica de atendimentos programados; exíguo planejamento das ações considerando indicadores e sistemas de informação e escasso estabelecimento de laços vinculares nas práticas de cuidado (RADIGONDA *et al.*, 2016;

CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014; SILVA *et al.*, 2016; SILOCCHI; JUNGES, 2017; VENANCIO; ROSA; BERBUSA, 2016; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Um aspecto que merece mais discussão diz respeito ao caráter engessado, muitas vezes assumido nos serviços, em relação ao aspecto programático das ações de saúde. Quando as EqSF focam suas ações estritamente na atenção a HAS e ao DM, tendem a desconsiderar o caráter de multimorbidades comuns nas DCNT, seja porque complicações podem advir gerando novas doenças, seja porque compartilham características semelhantes na determinação social do processo-saúde-doença com outras doenças crônicas, ou porque este quadro é bem comum na senilidade. Deste modo, o foco das ações programáticas em uma ou duas doenças, notadamente para o grupo de idosos, tendem a ser pouco custo-efetivas ao longo do tempo, pois, além das demais doenças serem mantidas, os recursos tendem a ser utilizados inadequadamente (VERAS, 2012).

Considerando o exposto, vê-se que os processos de trabalho tendem a se reorganizar a partir de uma reestruturação produtiva que remete a ideia da atenção gerenciada (*managed care*), caracterizada pelo controle decisório dos trabalhadores a partir de mecanismos gerenciais, e que foi difundida nos Estados Unidos para conter os custos crescentes com assistência à saúde (MELO; MATOS, 2018). Também ratifica a produção em série de práticas de cuidado atinentes ao aumento da produtividade e aos interesses do capital, além de concorrer para subsumir o saber leigo fundamentado em seu universo sócio-cultural, em razão do exercício colonizador do biopoder.

PROPOSTAS DE PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA HAS E DM

Por várias décadas as DCNT são fortemente responsáveis pelas maiores cargas de doenças no Brasil (LEITE *et al.*, 2015). Deste modo, qualquer medida que vise impactá-las, precisa estar comprometida com a saúde enquanto direito de cidadania, gerando melhores condições de vida para a população e redução das desigualdades sociais (MALTA *et al.*, 2018).

Por isto mesmo, a proposição de elementos que visem o enfrentamento dos desafios que se impõem às práticas de cuidado aos indivíduos com HAS e DM na APS, não se sustenta em receitas fáceis, nem factíveis a curto prazo ou de forma unilateral. Ressalta-se, apontamentos que visam ampliar a qualidade e resolubilidade dessas práticas, por meio de mudanças nos aspectos micro e macro políticos.

No tocante ao SUS, a defesa de seus princípios e diretrizes e a garantia de um financiamento adequado e sistemático carecerão ser forjados, a fim de garantir a sustentabilidade deste sistema de caráter universal a todos os cidadãos brasileiros (CASTRO *et al.*, 2019), e equitativamente aqueles que mais necessitam do mesmo como as pessoas que possuem DCNT, devido ao seu trânsito por diversas instâncias de cuidado em saúde.

O itinerário do indivíduo com HAS e/ou DM precisa estar bem estabelecido não só no âmbito da APS, para a qual se espera a coordenação do cuidado, mas também no interior de uma RAS integrada e fortalecida, com recursos humanos bem preparados e valorizados, e oferecendo um escopo ampliado de práticas de promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos (ALMEIDA *et al.*, 2018; CASTRO *et al.*, 2019).

Dentro deste escopo de práticas, têm proeminência as de promoção da saúde, aliadas à garantia de assistência aos previamente doentes. Isto porque, considerando que a utilização de serviços de saúde é maior entre os indivíduos com DCNT (MALTA *et al.*, 2017), reflexo de piores condições de vida e da baixa resolutividade dos serviços de saúde no controle fatores de risco e tratamento das doenças (LEITE *et al.*, 2015), bem como do envelhecimento populacional, os sistemas de saúde não lograrão êxito e não terão sustentabilidade se essas práticas não forem implementadas.

Os mecanismos de controle social também representam um caminho no sentido de melhorar a aplicação das políticas públicas direcionadas às DCNT, e ao compromisso sócio-sanitário das práticas de cuidado com indivíduos/famílias/coletividades, já que é por meio dele que os cidadãos podem participar nas decisões que interferem no cotidiano, e expressar a defesa de suas necessidades de saúde (FERRETTI *et al.*, 2016; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A complexidade do padrão de produção social da HAS e DM também suscita o desafio de se construir novas possibilidades de práticas de cuidado a partir do fortalecimento de ações intersetoriais e do trabalho colaborativo. Entende-se que estas ações sejam capazes de tangenciar os complexos determinantes do processo saúde-doença, mediante a potencialização das ações das equipes, além de estimular a autonomia dos sujeitos nos processos decisórios e possibilitar melhor utilização dos serviços especializados (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). Implica também na superação da fragmentação assistencial e das hierarquias institucionais e relações de poder existentes entre as categorias profissionais, setores, políticas e segmentos sociais (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Destaca-se ainda o fortalecimento de espaços coletivos de atuação profissional e de cogestão na execução de ações de planejamento, acompanhamento e avaliação, além do uso de tecnologias de comunicação digitais para favorecer a informatização, a interação da EqSF e dos demais níveis assistenciais, com vistas ao aumento da acessibilidade às informações terapêutico-assistenciais, da superação da baixa continuidade informacional e do manejo eficaz das DCNT (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015; PANIZZI *et al.*, 2017; MATUDA *et al.*, 2015).

Para além dessa reestruturação produtiva expressa nas práticas de cuidado na ESF, ressalta-se a necessidade da instauração concomitante de uma transição tecnológica com valorização e incorporação das tecnologias leves como as que são expressas por meio do acolhimento, do vínculo, da escuta qualificada, atribuindo as mesmas um lugar importante no trabalho em saúde, qual seja o de re-conduzir o uso de outras tecnologias, já que elas não podem ser totalmente capturadas pela lógica capitalista, de modo a produzir práticas de saúde mais universais, integrais e equitativas (FRANCO; MERHY, 2013).

É inegável que as práticas de cuidado aos indivíduos com HAS e/ou DM na APS tensionam a necessidade mudanças: de profissionais e gestores preparados para atuarem no cuidado às condições crônicas e abertos a romperem com o modelo tradicional de cuidado; de políticas públicas que dêem sustentação para a operacionalização desse modelo em todos os âmbitos, de usuários dos serviços de saúde empoderados e co-responsáveis.

Para além disso, é crucial reavivar a luta em defesa do SUS que a despeito dos importantes avanços até então angariados nesses 30 anos de instauração, atualmente vem sendo atacado por políticas nefastas que lhe impõem sérias restrições orçamentárias e estimulam a lógica da mercantilização da saúde; promovendo a precarização dos serviços, o agravamento e ressurgimento de diversos problemas de saúde e um prejuízo considerável para a qualidade de saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- 1-AGUDELO, E. L. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. **Rev Cubana Salud Pública**. v.43 n.1 Ciudad de La Haba na ene.-mar. 2017. Disponível em:<<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/spu07117.pdf>>. Acesso em: 10 agosto 2019.
- 2-ALMEIDA, P. F. de; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, V. 42, n. esp. 1, p. 244-260, 2018. Disponível

em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0244.pdf>>. Acesso em: 15 setembro 2019.

3-ANTUNES, A. Proposta de carteira de serviços da atenção primária divide opiniões. EPSJV/Fiocruz, 2019. Disponível em:< <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/repotagem/proposta-de-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-divide-opinioes>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

4-ARANTES, R. K. M. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.2, p. 213-223, 2015. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13472>>. Acesso em: 24 julho 2019.

5-AYRES, J. R. de C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.905-912, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00905.pdf>. Acesso em: 15 novembro 2019.

6-AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>>. Acesso em: 27 setembro 2019.

7-BECKER, R.M.; *et al.* Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Rev Bras Enferm**, v.71, supl. 6, p. 2800-2807, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2643.pdf>. Acesso em: 22 outubro 2019.

8-BOURDIEU, P. **Les structures sociales de l'économie**, Éditions du Seuil, 2000.

9-BRASIL. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília, 2004.

10-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

11-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

12-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, Brasília: Ministério da Saúde, 160 p. 2011.

13-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

14-BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017.

15-BRASIL. Portaria nº 483, DE 1º de abril de 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Brasília, 2014.

16-BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 novembro de 2019. **Institui o programa previne Brasil que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária a Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 220, página 97, 13 novembro 2019.

17-CAMPBELL, D. J.T.; *et al.* Use of chronic disease management programs for diabetes. **Can Fam Physician**, v.59, n.2, 2013. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576962/>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

18-CAMPOS, A.Z.; THEME-FILHA, M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad Saude Publica**, v.28, n.5, p.845-855, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

19-CARVALHO FILHA, F. S. S; NOGUEIRA, L. T; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 265-278, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0265.pdf>>. Acesso em: 23 julho 2019.

20-CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V., LIMA, L. D. de. Financiamento da atenção Primária à Saúde no Brasil. IN: MENDONÇA, M. H. M. de, *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.73-93.

21-CASTRO, M.C.; *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**. v. 394, issue 10195, p.345-356, 2019. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)>. Acesso em: 15 novembro.

22-CAVALCANTE, R. B. et al. Rede de atores e suas influências na informatização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100238&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

23-COSTA, J.F.R.; PORTELA, M.C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.1, 2018. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00187916.pdf>>.
Acesso em: 25 outubro 2019.

24-COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR, J. M. do. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v.46, p.91-99, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/ao4223.pdf>>.
Acesso em: 13 novembro 2019.

25-FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 15 setembro 2019.

26-FERRETTI, F. *et al.* Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.10, n.3, p.51-67, 2016. Disponível em:< <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1777>>.
Acesso em: 05 novembro 2019.

27-FITTIPALDI, A. L. de M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. de. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 76-87, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00076.pdf>>.
Acesso em: 15 outubro 2019.

28-FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. de; GIOVANELLA, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.9, e00102917, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00102917.pdf>>.
Acesso em: 22 outubro 2019.

29-FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, v.15, n.2, p.345-53, 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

30-GARUZI, M.; et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n.2, 2014. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

31-GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. de. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, n.2, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160260015.pdf>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

32-GIRARDI, S.B.; *et al.* Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. **Ciênc Saúde Colet**, v.21, n.9, p.2675- 2684, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/en_1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>. Acesso em: 13 novembro 2019.

33-GODOY, J.S.M; GONÇALVES, L.S; PERES, A.M, WOLFF, L.D.G. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em unidades básicas de saúde brasileiras. **J Health Inform**, v.4, n.1, p.3-9, 2012. Disponível em:< <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/146/106>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

34-KU, G.M.V.; KEGELS, G. Adapting chronic care models for diabetes care delivery in low-and-middle-income countries: A review. **World J Diabetes**, v.6, n.4, p. 566-575, 2015. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4434077/>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

35-LEITE, I. da C.; *et al.* Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1551-1564, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1551.pdf>>. Acesso em: 12 novembro 2019.

36-MAIA, L. G.;*et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n.02, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100201&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 12 novembro 2019.

37-MALTA, D. C.; *et al.* Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro ,v. 23, n. 10, p. 3115-3122, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003115&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 novembro 2019.

38-MALTA, D.C.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.51, supl 1, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf>. Acesso em: 13 novembro 2019.

39-MALTA, D.C., SILVA JR, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol Serv. Saúde**. v.22, n.1, p.151-64, 2013. Disponível em:<<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>>.Acesso em: 13 novembro de 2019.

40-MARX, K. **Teorias da Mais Valia** – história crítica do pensamento econômico. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

41-MATUDA, C. G.; *et al.* Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.8, p.2511-2521, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2019.

42-MELO, E.; MATOS, R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: editor Fiocruz, 2018, p. 95-116.

43-MENDES, Á.; CARNUT, L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? **Abrasco**, 2019. Disponível em:<<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>>. Acesso em: 13 novembro de 2019.

44-MENDONÇA, M. H. M. de; *et al.* Os desafios urgentes e atuais à Saúde no Brasil. In: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. MENDONÇA, M. H. M. de; *et al.* Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2018. p.29-72.

45-MENGUE, S. S. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.50, supl. 2, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006154>. Acesso em: 15 novembro 2019.

46-MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de financeirização do mercado na saúde. In: FRANCO, T.B., MERHY, E.E (ORG). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.151-170.

47-NETTO, J. J. M.; *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.42, 2018. Disponível em:<https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v42/1020-4989-rpsp-42-e2.pdf>. Acesso em: 13 novembro 2019.

48-NEVES, R. G.; *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.4, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00072317.pdf>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

49-PAES, N.A., *et al.* Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam Salud Publica**, v.36, n.2, p.87-93, 2014. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/87-93/>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

50-PANIZZI, M. *et al.* Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 155-170, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042017000100155&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 outubro 2019.

51-PELLEGRINI FILHO, A. A 65ª. Assembléia Mundial da Saúde discute os Determinantes Sociais da Saúde. **Determinantes Sociais da Saúde**, 2012. Disponível em:<<http://dssbr.org/site/2012/06/a-65a-assembleia-mundial-da-saude-discute-os-determinantes-sociais-da-saude/>>. Acesso em: 12 novembro 2019.

52-PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2014.

53-RADIGONDA, B. *et al.* Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.25, n.1, p.115-126, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00115.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

54-RASELLA, D.; et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Med**, v. 15, n.5, 2018. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal>. Acesso em: 15 novembro 2019.

55-RAUPP, L. M.; et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.615-634, 2015. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n2/615-634/>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

56-REGO, A. da S.; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1030-1037, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000301030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 novembro 2019.

57-RIJKEN, M.; *et al.* Chronic Disease Management Programmes: anadequate response to patients needs? **Health Expect**, v.17, n.5, p.608-621, 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22712877>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

58-ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 05 novembro 2019.

59-SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. da. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 25, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf>. Acesso em: 24 julho 2019.

60-SANTOS, C. M. dos. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.33, n.5, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00052816.pdf>>. Acesso em: 06 agosto 2019.

61-SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, p.861-870,

2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0861.pdf>>. Acesso em: 02 novembro 2019.

62-SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n.7, 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2303.pdf>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

63-SANTOS, R. S. de A. F. dos; *et al.* Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde Debate**, v. 39, n. esp., p. 268-282, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00268.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2019.

64-SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 599-615, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00056.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

65-SILVA, J. V. M. da *et al.* Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev Bras Enferm.** v.68, n.4, p.626-32, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>>. Acesso em: 14 julho 2019.

66-SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n.5, p.762-9, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>>. Acesso em: 06 novembro 2019.

67-SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.221-232, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 02 novembro 2019.

68-SILVA, R. L. D. T.; *et al.* Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.** v.69, n. 1, p. 71-8, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0079.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

69-SOUZA C.L, BARROSO S.M, GUIMARAES M.D. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien Saude Colet**; v.19, n.6: p.1653-62, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01653.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

70-SOUZA, D. DE O.; MENDONÇA, H. P. F. de. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. **Interface**, v.21, n.62, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160482.pdf>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

71-SOUZA, M. de F. M. de *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1737.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2019.

72-TOMASI, E. *et al.* Diabetes Care in Brazil Program to Improve Primary Care Access and Quality—PMAQ. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. S12–S23, 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252499>>. Acesso em: 26 setembro 2019.

73-TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.9, p.1941-1952, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>>. Acesso em: 13 novembro 2019.

74-VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. da C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 113-135, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00113.pdf>>. Acesso em: 14 julho 2019.

75-VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840,2012.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 novembro 2019.

76-VIGITEL BRASIL 2018. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132p.

77-WALTERS, B. H.; *et al.* Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. **BMC Health Services Research**, n. 114, 2012. Disponível em:<<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-114>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

Quadro 1- Marcos histórico das práticas de cuidado voltado para o cuidado dos indivíduos com HAS e DM na ESF do Brasil.

Marco histórico	Repercussão nas práticas de cuidado
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Constituído de trabalhadores, para a atuação na comunidade, visando a melhoria das condições de saúde da população, através de serviços de prevenção e promoção a saúde.
Programa de Saúde da Família (PSF) /ESF (1994)	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva promover a saúde por meio de práticas mais abrangentes, centradas na promoção da qualidade de vida e na intervenção sobre fatores que a colocam em risco, permitindo o melhor acompanhamento dos indivíduos.
Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece as diretrizes e metas para reorganização e ampliação dessa assistência específica no SUS; Promove investimentos na atualização dos profissionais da rede básica; Oferece a garantia do diagnóstico e proporcionou a vinculação do usuário à APS para tratamento e acompanhamento, por meio do programa HIPERDIA.
Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva a distribuição gratuita de medicamentos para o tratamento da HAS e DM e também outras patologias.
Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a qualidade de vida e redução das vulnerabilidade e riscos à saúde com foco para as DCNT.
Manual de Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral das DCNT (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a promoção da saúde, vigilância e assistência, recomendando o incremento das ações de promoção e prevenção da saúde; Estimula a melhoria da mobilização

	<p>social para promoção do autocuidado; Propõe formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações voltadas para HAS e o DM.</p>
<p>Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece compromissos de gestão e priorização de ações e investimentos para enfrentar as DCNT e seus fatores de risco; Abrange quatro principais grupos de doenças crônicas – cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes e seus fatores de risco modificáveis em comum (tabagismo, etilismo, inatividade física e alimentação inadequada); Definiu eixos de atuação: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde; Cuidado Integral.
<p>Assembleia Mundial da Saúde – AMS 65 (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovou uma meta mundial de redução de 25% da mortalidade prematura por DCNT entre os anos de 2015 e 2025, e indicou a necessidade de um consenso dos Estados-membros em torno da necessidade do estabelecimento de metas, a serem alcançadas globalmente, relacionadas com os quatro principais fatores de risco para as DCNT.
<p>Marco Global de monitoramento das DCNT (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contempla abrangente quadro de monitoramento global, com 25 indicadores e nove metas globais voluntárias, para a prevenção e o controle das DCNT. Os 25 indicadores de monitoramento propostos foram pactuados e agregados em três blocos: 1- mortalidade e morbidade; 2- fatores de risco; e 3- respostas dos sistemas nacionais.

Cadernos de Atenção Básica (CAB) 36 e 37 (2012)	<ul style="list-style-type: none">• Sistematiza o conhecimento dos profissionais de saúde com informações técnicas-científicas para o provimento do cuidado a indivíduos com HAS e DM no âmbito da APS.
Portaria nº 252/GM/MS de 2013, já revogada no ano seguinte pela Portaria nº 483 de 2014.	<ul style="list-style-type: none">• Define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Fontes: BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014; PELLEGRINI FILHO, 2012; MALTA; SILVA Jr, 2013.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomar as práticas de cuidado em saúde como objeto de investigação científica reveste-se de tarefa desafiadora, dado o seu caráter plural, dialético, portanto, imbricado a contextos sócio- históricos, políticos, econômicos e culturais distintos.

Deste modo, vê-se que as transformações que vêm ocorrendo no mundo contemporâneo tensionam mudanças no âmbito das práticas. Quando tais mudanças estão implicadas com o fortalecimento de políticas sociais, das necessidades de saúde e da defesa da vida, as mesmas são desejadas e alimentam a formulação de políticas e a consecução do trabalho, de forma mais próxima da realidade sócio-sanitária dos indivíduos/coletividades, produzindo resolutividade e impacto positivo na condição de saúde e nos determinantes sociais que a influenciam. Do mesmo modo, quando tais mudanças caminham na direção do empobrecimento das responsabilidades estatais, da fragilização das instâncias públicas, do desprestígio ao financiamento e fragilização do caráter societário das práticas de saúde, caminha-se para a seletividade e a exclusão do cuidado.

Alinhando-se as ideias supracitadas, observa-se que os resultados assinalados neste estudo refletem a bipolaridade dos avanços e retrocessos nas práticas de cuidado em saúde. Se por um lado desvela-se o oferecimento de uma carteira ampla de atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde e atuação singularizada sobre os riscos e vulnerabilidades sociais do território, com estímulo a autonomia dos usuários e o reconhecimento e articulação com os dispositivos sociais do território; por outro, observa-se práticas centradas no profissional médico, insipiência na comunicação entre níveis assistenciais e no acesso à atenção especializada, falta de articulação com a família dos usuários, e planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações não baseado em indicadores.

Mesmo considerando que estes resultados alinham-se a outros estudos do mesmo gênero, e com aspectos metodológicos semelhantes, não se pode atribuir tal correlação ao acaso. Os avanços identificados encontram sustentação nos investimentos teóricos, políticos, econômicos e sociais angariados, entre outros aspectos, ao longo da edificação da constituição brasileira, e dos trinta anos de existência do SUS e vinte e cinco anos da ESF. As fragilidades ecoam na inacabada consolidação do SUS e da ESF, contudo, os retrocessos traduzem a direção política nebulosa, pautada em interesses econômicos neoliberais, em decisões arbitrárias e austeras infligidas atualmente ao sistema de saúde e ao povo brasileiro.

Não bastasse o quadro anteriormente descrito, o contexto demográfico e epidemiológico, traduzem também um cenário epidêmico protagonizado pelas DCNT, em concomitância com a reemergência de algumas doenças infecciosas e emergência de outras de origem vetorial. Este quadro convoca os sistemas de saúde a atuarem de forma coordenada, longitudinal e equitativa, de modo a enfrentar de forma sistêmica tais condições que são sensíveis à APS.

Face ao exposto, qualquer iniciativa que tangencie as práticas de cuidado em saúde, carece contextualizar os desafios políticos, organizacionais, técnico-assistenciais, psicossociais inerentes às mesmas, trazendo à baila a necessidade de fortalecimento do SUS e da ESF, bem como dos seus princípios estruturantes e organizativos.

Nesta direção, conclui-se reafirmando que saúde não é mercadoria, a despeito de ser objeto de cobiça do mercado. Ela é um bem de interesse comum, sendo alcançada a partir da consecução das práticas de cuidado. A APS desponta como um componente que ocupa lugar central no SUS, necessita, portanto, ser protegida e fortalecida, a fim de assegurar e expandir os avanços alcançados até então, já que é inegável sua contribuição na melhoria da qualidade da assistência à saúde de modo geral.

8.PERSPECTIVAS DE ESTUDO

As reflexões trazidas diante dos resultados deste trabalho não esgotam o estudo sobre a temática. Ao contrário, tais reflexões apontam a necessidade de novos estudos que abordem outros sujeitos e perspectivas relacionadas às práticas de cuidado desenvolvidas na ESF aos indivíduos com HAS e DM. Deste modo, seria possível explorar com mais profundidade os aspectos micro e macropolíticos estudados, considerando contextos diversos, a fim de se obter uma análise mais ampla das práticas de cuidado em saúde a indivíduos com HAS e DM no contexto da ESF.

Estudos que envolvam o confronto analítico entre profissionais de saúde e usuários a respeito das práticas de cuidado em saúde são escassos, portanto, pode-se adotar outras características das práticas de cuidado a HAS e DM partir dessa abordagem. Além disso, também existem poucos estudos que envolvam especificamente as concepções do agente comunitário de saúde e dos profissionais do NASF-AB, atores tão importantes nessas práticas, o primeiro devido à aproximação com o cotidiano dos usuários e o segundo devido ao seu valioso potencial na melhoria das práticas assistenciais e educativas.

O recorte utilizado na pesquisa permitiu um retrato de como se processam as práticas de cuidado aos indivíduos com HAS e DM na ESF do município na zona urbana, entretanto, outros estudos se fazem necessários, como aqueles que envolvam a população rural, devido às diferentes particularidades de cuidado e aqueles que envolvam a região de saúde. Relativo a este aspecto, salienta-se que o município estudado é sede de uma Região de Saúde composta por 19 municípios e não raramente costuma receber usuários de cidades circunvizinhas de porte menor, já com complicações graves da HAS e do DM, denotando diferentes arranjos nas redes de atenção à saúde aos indivíduos com DCNT e dos seus reflexos nas práticas de cuidado em saúde.

9.REFERENCIAS

AGUDELO, E.L. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. **Rev Cubana Salud Pública**. v.43 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2017. Disponível em:<<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/Spu07117.pdf>>. Acesso em: 10 agosto 2019.

AHMED, S.; *et al.* The prevention and management of chronic disease in primary care: recommendations from a knowledge translation meeting. **BMC Res Notes**. v. 571 suppl. 8, 2015. Disponível em:<<https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1514-0>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

AMORIM, A.C.C.L.A. **Produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família em um cenário da Bahia: acesso, vínculo e responsabilização?** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.

ASSIS, M.M.A., *et al.*, orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, v.18, suppl.2, p.11-23, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2019.

BARROS, M.E.B.; CÉSAR, J.M. A Saúde em práticas de Cuidado: dialogia e cogestão. In: MENDONÇA, H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: editor Fiocruz, 2018, p. 51-67.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. DE; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.esp, p.815-819, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2019.

BEZERRA V.M., *et al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad Saude Publica**, v.29, n.9, p.1889-1902, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a27v29n9.pdf>>. Acesso em: 10 agosto 2019.

BEZERRA V.M., *et al.* Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien Saude Colet**, v.20, n.3, p. 797-807, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00797>>. Acesso em: 10 agosto 2019.

BIRN A.E. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. **Am J Public Health**, v.108, n.9, p.1153-1155, 2018. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6085028/>>. Acesso em: 17 novembro 2019.

BORGES, D. de B.; LACERDA, J. T. de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100162&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 novembro 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti** [recurso eletrônico] / Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 386 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CAMPBELL, D.J.T.; *et al.* Use of chronic disease management programs for diabetes. **Can Fam Physician**, v.59, n.2, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576962/>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000>>. Acesso em: 15 janeiro 2019.

CECÍLIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.8, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00136718.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2019.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001.

DESLANDES, S.F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2015, p. 31-60.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E., DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 15 setembro 2019.

FERRI, S.M.N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde. In: FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p.35 a 62.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

FRANCO, T.B *et al.* A produção subjetiva da estratégia de saúde da família. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-44.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GARNELO, L. *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 158-172, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0158.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2019.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

GIOVANELLA, L., *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.3, 2019. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf>>. Acesso em: 22 agosto 2019.

GIOVANELLA, L., *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>>. Acesso em: 20 agosto 2019.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M de. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 493-545.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre cidades**. 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas 2015**.

LEIBRUDER, A. P. O discurso da divulgação científica. In: BRANDÃO, H. N. (coord.). **Gêneros de Texto e Discurso na Escola**. v. 5. São Paulo: Cortez, 2000. p. 229-269.

LIMA, W.C.M.B. **Produção das Práticas na Estratégia de Saúde da Família de Alagoinhas – BA: procedimento centrada e organizada em ações programáticas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Políticas e sistemas de saúde na América Latina: identidade regional e singularidades nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00068617.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, supl.2, p. 143-161, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

MALACHIAS M.V.B., *et al.* **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Arq Bras Cardiol*, v. 107, supl.3, p.1-83, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev bras epidemiol**, v. 18, Supl 2, p. 3-16, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v.7, n.1, p.61-66, 2003. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC/Downloads/v7n1a12%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/v7n1a12%20(2).pdf)>. Acesso em: 05 setembro 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34,

p.593-605, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.431-436, 2018.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p.71-112.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 25 julho 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v.42, n.116, p.11-24, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 24 julho de 2019.

MOROSINI, M.V.G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.1, p.1-4, 2017. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316>>. Acesso em: 24 julho 2019.

OLIVEIRA, J. E. P. de; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Org.) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**, São Paulo: Editora Clannad, 2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>>. Acesso em: 24 julho 2019.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n. 6, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>>. Acesso em: 17 novembro 2019.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5978>>. Acesso em: 06 novembro 2018.

RIJKEN, M.; *et al.* Chronic Disease Management Programmes: anadequate response to patients needs? **Health Expect**, v.17, n.5, p.608-621, 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22712877>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

ROSSETTI, C. C.; ARAÚJO, J. N. G. de. Resistência e criatividade: experiências de subjetivação e saúde no trabalho de médicos do SUS, em Belo Horizonte. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 387-404, 2017. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a23.pdf>>. Acesso em: 16 novembro 2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, v.20, n.2, São Paulo, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

SANTOS F.P.A; NERY A.A; MATUMOTO S.A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.107-14, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/a14v47n1.pdf>>. Acesso em: 20 setembro 2019.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.3, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>>. Acesso em: 17 novembro 2019.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio 2011. Disponível em:<<http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/222>>. Acesso em: 24 julho 2019.

SHIMIZU, H. E.; MARTINS, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface** (Botucatu), v.18, Supl 1, p.1077-1087, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1077.pdf>>. Acesso em: 16 novembro 2019.

SOUZA C.L, BARROSO S.M, GUIMARAES M.D. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien Saude Colet**; v.19, n.6: p.1653-62, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01653.pdf>>. Acesso em: 24 julho 2019.

TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.451-480, 2005.

VIGITEL BRASIL 2018. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132p.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**



ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA–PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título do estudo: PRÁTICAS DE CUIDADO AOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

1 Dados de Identificação:

Data: ____/____/____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

Código do entrevistado: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Raça/cor: _____

Unidade de Saúde: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional (Cursos de pós-graduação e área de concentração):

Tempo que trabalha na ESF: _____

Tempo que atua nesta equipe: _____

Possui outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____ Qual(is)? _____

QUESTÕES NORTEADORAS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Fale sobre o perfil e cobertura populacional da Unidade de Saúde da Família que você atua. Como é o dimensionamento populacional e como ele influencia no cuidado aos usuários com HAS e/ou DM?

2. Como é a porta de entrada dos serviços relacionados à HAS e/ou DM na Unidade de Saúde da Família (existe serviço de acolhimento/triagem, quem realiza, e como é realizado)?

3. Quais serviços a sua unidade oferece voltados para as pessoas com HAS e DM? Comente sobre as atividades individuais e coletivas que são oferecidas.
4. Como você avalia o acesso das pessoas com HAS e DM a estes serviços?
5. Quais são os critérios para o atendimento das necessidades individuais e coletivas dos usuários com HAS e/ou DM na Unidade de Saúde da Família (oferta de serviços e critérios de marcação, tipo de demanda - organizada ou espontânea, número de vagas)?
6. Fale sobre o encaminhamento dos usuários com HAS e/ou DM para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (referência e contra-referência). Quando precisa fazê-lo, como se dá este processo de ida e de retorno do usuário?
7. Comente sobre a existência e seguimento de linha de cuidado e/ou protocolos para manejo de pessoas com DM e HAS.
8. Fale sobre a integração da equipe de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio da Saúde da Família - NASF. Existe discussão de casos? Construção de projetos terapêuticos singulares? Aponte dificuldades e facilidades no trabalho com o NASF.
9. Fale-me sobre como a equipe se relaciona para trocar informações e discutir casos ou situações de cuidado relativos ao cuidado de pessoas com HAS e DM.
10. Como a equipe de saúde da família planeja e organiza as ações desenvolvidas para os usuários com HAS e DM? Há utilização de indicadores, informações da comunidade, da equipe, dentre outros?
11. Como se dá o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas para os usuários com HAS e DM?
12. Fale sobre a adequação da oferta de equipamentos, insumos, exames laboratoriais e serviços especializados para os usuários com HAS e DM.
13. Comente sobre o uso dos sistemas de informação, sobretudo do ESUS/PEC. Dificuldades e facilidades.
14. Como ocorre o processo de educação permanente em relação ao cuidado de pessoas com HAS e/ou DM? Existem cursos, treinamentos, reuniões? Fale-me um pouco
15. Como se dá a sua abordagem e avaliação das pessoas com HAS e DM? No momento de seu atendimento que aspectos você privilegia?
16. Como é definida a periodicidade de retorno dos usuários com HAS e/ou DM aos atendimentos?
17. Você utiliza de plano ou estratégias para acompanhamento periódico de pessoas com HAS e DM e para gerenciamento dos casos?

18. Quais facilidades e dificuldades você encontra para o estabelecimento de vínculo e acolhimento com os usuários com HAS e/ou DM?
19. Como é definido o projeto terapêutico (estratégias, plano de cuidados e práticas de saúde) e quem se responsabiliza em resolver os problemas apresentados pelos usuários com HAS e/ou DM na Unidade de Saúde da Família?
20. Fale-me como você estimula os usuários com HAS e/ou DM a desenvolverem o autocuidado.
21. Quais mecanismos você utiliza para avaliar/envolver os recursos comunitários e suporte social, na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, para suporte às ações de autocuidado na HAS e/ou DM?

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Nós, Carolinny Nunes Oliveira e Daniela Arruda Soares, enfermeiras e pesquisadoras do mestrado em saúde coletiva do IMS/CAT-UFBA, responsáveis pelo estudo: Práticas de cuidado aos indivíduos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista - BA, convidamos o senhor (a) a participar como voluntário em nosso estudo. Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para a melhoria da atenção à saúde do município a pessoas com pressão alta (hipertensão) e diabetes. Esta pesquisa tem como objetivo: apreender os saberes e práticas de médicos e enfermeiros concernentes ao as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas para com os indivíduos com HAS e/ou DM, na ESF da zona urbana de Vitória da Conquista – Bahia. É importante que o senhor (a) esteja ciente de que sua participação na pesquisa será feita por meio de entrevistas que serão gravadas, mas todos os dados que forem prestados serão anônimos e confidenciais, ninguém saberá que as informações foram fornecidas por você, e em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho. Os dados serão gravados e transcritos e após sua utilização serão armazenados pelos pesquisadores responsáveis. Salientamos aqui que o único risco a qual o senhor (a) estará exposto é o da divulgação de seus dados pessoais, os quais nos comprometemos a não divulgar, ou a qualquer outro que possa identificá-lo (a) ou constrangê-lo (a). Ressaltamos que sua participação é voluntária e que a recusa em participar não trará nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento, podendo ocorrer em qualquer momento da pesquisa. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito a pedir qualquer esclarecimento ou tirar qualquer dúvida, bastando para isso entrar em contato com algum dos pesquisadores.

Autorização

Eu, _____, após a leitura deste documento e após conversa com as pesquisadoras responsáveis, para esclarecer minhas dúvidas acredito estar informado que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidade, ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos riscos e objetivos da pesquisa, e da garantia do sigilo e confidencialidade das informações e de esclarecimentos, caso seja necessário. Diante do exposto expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação deste estudo.

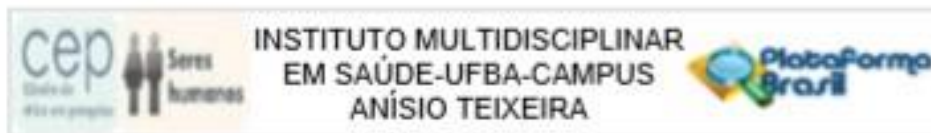
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Daniela Arruda Soares
e-mail: dandani23@yahoo.com.br
Telefone: (77) 99198-2083

PESQUISADORA COLABORADORA: Carolinny Nunes Oliveira
e-mail: carolinnynunesoliveira@gmail.com
Telefone: (77) 99116-3964

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HealthRise Vitória da Conquista
Pesquisador: Márcio Galvão Guimarães de Oliveira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 62259116.0.0000.5556
Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira
Patrocinador Principal: Secretaria de Vigilância em Saúde
 Medtronic USA Inc. Latin America

DADOS DO PARECER

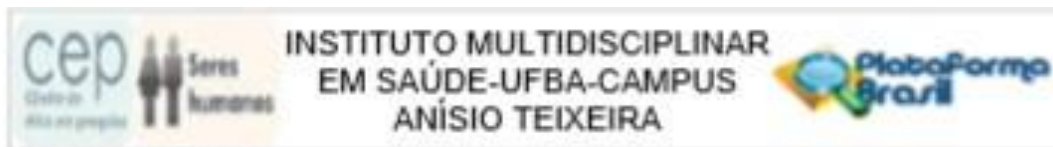
Número do Parecer: 1.861.073

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa intitulado "HealthRise Vitória da Conquista" de responsabilidade do professor Márcio Galvão Guimarães de Oliveira (UFBA) possui a colaboração dos seguintes pesquisadores: Daniela Arruda Soares (UFBA), Danielle Souto de Medeiros (UFBA), José Andrade Louzado (UFBA), Kelle Oliveira Silva (UFBA), Aline Mendes Vieira (SESI), Lucas Miranda Marques (UFBA), Maria Madalena Souza dos Anjos Neta (UESB), Matheus Lopes Cortez (UFBA), Sosthenes Mistro (UFBA), Vanessa Lima Dantas Oliveira (UESB), Vanessa Moraes Bezerra (UFBA) e Welma Wides Cunha Coelho Amorim (UESB). Trata-se de um estudo quase-experimental do tipo antes e após onde os participantes do estudo serão seu próprio controle. Para

tanto, os usuários serão submetidos a intervenções em saúde, de conhecida efetividade e segurança e já consolidadas no Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição executora é a Universidade Federal da Bahia com o apoio da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Serviço Social da Indústria de Vitória da Conquista Associação Conquistense de Apoio ao Diabético, Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista, Secretaria Estadual de Saúde, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sirio Libanês, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e ABT Associates. Trata-se de projeto demonstrativo, onde ações já consolidadas no SUS vão ser implementadas de forma planejada ou reorganizadas. Possui como fonte principal de recursos a

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **Cep:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** ospjms@ufba.br



Contratação do Projeto: 1/01/073

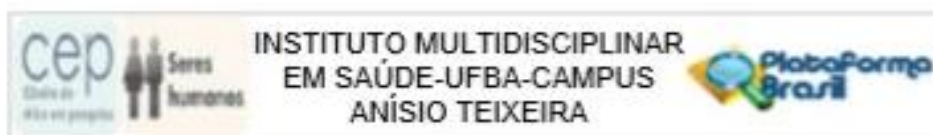
contemplação no edital HealthRise da Medtronic Foundation e copatrocínio do Ministério da Saúde. Será implementado em Unidades de Saúde de Vitória da Conquista, Centro Universitário de Atenção à Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da

Bahia, Fundação de Saúde de Vitória da Conquista, Serviço Social da Indústria (Unidade Vitória da Conquista) e Hospital Geral de Vitória da Conquista. O HealthRise Vitória da Conquista foi aprovado em chamada pública da Medtronic Foundation para seleção de projetos demonstrativos voltados para o rastreamento e melhoria do cuidado de usuários hipertensos e diabéticos. Para o rastreamento de hipertensão e diabetes, a população será composta de 5500 trabalhadores da indústria, cadastrados no Serviço Social da Indústria (SESI), unidade de Vitória da Conquista (Os prontuários dos trabalhadores serão consultados para identificação dos indivíduos com diagnóstico prévio de hipertensão e

diabetes ou com fatores de risco para estas doenças, segundo as diretrizes clínicas atuais. Para aqueles sem diagnóstico prévio de diabetes e hipertensão, poderá ser realizada a medida de glicemia capilar e de pressão arterial em consultórios disponíveis no SESI. Para estas aferições, serão seguidas as recomendações das diretrizes clínicas atuais. Para o rastreamento domiciliar, foi calculada uma amostra de 650 usuários adultos, moradores da área de abrangência das unidades de saúde da família (USF) alvo: Coveina, Urbis VI e Morada dos Pássaros. Os indivíduos serão selecionados aleatoriamente e receberão visitas de alunos de iniciação científica acompanhados de agentes comunitários de saúde. Serão realizadas três feiras de saúde na região de abrangência das USF alvo no período de 18 meses (para identificar indivíduos com diabetes e hipertensão em populações distintas àqueles do SESI e das visitas domiciliares). As feiras acontecerão em escolas, igrejas ou praças públicas, em locais já utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. A população não pode ser estimada, mas será composta por indivíduos com mais de 18 anos. Também serão alvo do estudo pacientes atendidos com doenças cardiovasculares e diabetes na emergência do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) e pacientes com doença hipertensiva específica da gravidez atendidos no Hospital Municipal Esau Matos.

O gerenciamento e cuidado dos portadores de hipertensão e diabetes serão utilizados dados dos prontuários físicos ou eletrônicos para identificação e monitoramento do seu tratamento (comparecimento às consultas, busca de medicamentos e controles periódicos). Todos os indivíduos responderão um questionário padrão sobre aspectos domiciliares, sociodemográficos, determinantes sociais, hábitos e comportamentos e saúde/doença; terão sua pressão arterial e glicemia aferidas em diferentes momentos do estudo. Os pacientes das USF alvo inseridos no estudo que não comparecerem às Farmácias destas unidades ou Farmácia escola da UFBA para

Endereço: RDO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS Cep: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: ospems@ufba.br



Continuação do Protocolo: 1.001.073

receber seus medicamentos nas datas agendadas responderão o Brief Medication Questionnaire para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso.

Para o estímulo ao autocuidado, hábitos saudáveis e adesão ao tratamento serão veiculados programas educativos semanalmente na TV e Rádio UESB, com o objetivo de sensibilizar/informar os indivíduos portadores de diabetes e/ou hipertensão e complicações cardiovasculares sobre a necessidade da mudança do estilo de vida e adesão aos tratamentos necessários para o controle da(s) doença(s). Além disso, será criado um sistema de mensagens via SMS (short message text) para pacientes que não aderirem adequadamente ao tratamento para lembrá-los da necessidade da busca de seu medicamento.

A análise será realizada através de estatística descritiva, utilizando medidas de frequência simples para as proporções e medidas de tendência central e dispersão apropriadas. Diferenças entre as proporções antes e após as intervenções serão avaliadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis numéricas, será utilizado o teste de Kruskal-Wallis ou análise de variância.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos de intervenções em saúde sobre o controle da hipertensão e diabetes em usuários atendidos pelo SUS.

Objetivo Secundário:

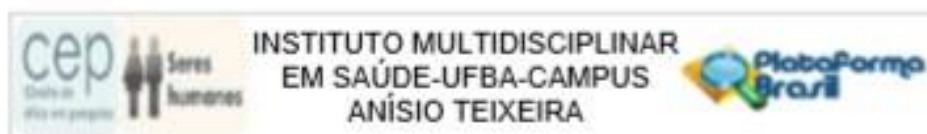
- Rastrear indivíduos para o diagnóstico de hipertensão e diabetes na comunidade e referendar os casos para atendimento na rede de atenção à saúde em Vitória da Conquista;
- Implantar o gerenciamento do cuidado em unidades de saúde da família para portadores de hipertensão e diabetes;
- Promover o empoderamento de usuários com hipertensão e diabetes em relação ao autocuidado, hábitos saudáveis e adesão ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os desconfortos e riscos de sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor informações acerca da sua vida ao responder o questionário. Quanto a coleta de sangue, existe a possibilidade de ocorrências de hematomas e flebites, mas será realizada a orientação sobre o que fazer caso ocorra aparecimentos de sintomas ou sinais referentes a esses eventos. E como em qualquer coleta venosa tem que se considerar o risco de contaminação, contudo, os pesquisadores estão devidamente treinados e o material utilizado para coleta será descartável e de uso individual.

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **Cep:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** coopms@ufba.br



Continuação do Formulário 1.001.073

Benefícios:

Os benefícios para os integrantes deste projeto poderão ser diretos ou indiretos. Como benefícios diretos, os participantes poderão ter o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes descobertos, melhora no controle da pressão arterial e/ou glicemia e do nível de compreensão sobre hipertensão e diabetes. Além disso, como benefício indireto, estarão contribuindo para uma melhor organização do sistema de atenção à saúde, cuja experiência

poderá replicada para outros municípios brasileiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

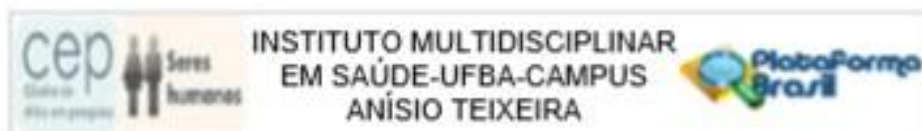
O protocolo de pesquisa encontra-se bem instruído documentalmente tendo fundamentação teórica e científica bem definida. Os objetivos a serem alcançados são de grande relevância não somente científica mas para a saúde da população alvo do estudo. Todas as atividades planejadas têm foco nos dois objetivos gerais do Programa HealthRise Brasil (aumento do diagnóstico e melhoria do cuidado de hipertensão e diabetes). O escopo geral de propostas é baseado na premissa de desenvolver e renovar processos de forma ágil, para

responder às novas demandas do sistema público de saúde, com ênfase no cuidado aos

usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Os três níveis de atenção à saúde foram contemplados e diversas atividades serão realizadas. As instituições participantes realizaram diversas oficinas para discussão das propostas, tendo como base o processo de priorização de problemas e a imagem-objetivo esperada. Com base nestes dados, foram elencadas diversas estratégias que possam ter continuidade ao final do Programa HealthRise Brasil, que sejam inovadoras e que tenham boa relação custo-benefício, além da exequibilidade em dois anos. Desta forma, foram priorizadas estratégias que utilizassem a tecnologia de informação como suporte à reorganização das ações em saúde em toda linha de cuidado, com ênfase na participação ativa do usuário do SUS.

Como parte da documentação anexada a esse protocolo encontra-se carta formal do reitor da Universidade Federal da Bahia endossando a participação da instituição no projeto. Também encontra-se em anexo e-mail de consulta ao CONEP sobre a necessidade de submissão do projeto HealthRise para apreciação ética. Nesse documento o CONEP se manifesta da seguinte forma: "Esclarecemos que pesquisas que tenham como objetivo apenas o monitoramento de um serviço, para fins de sua melhoria ou implementação, que não visam obter um conhecimento generalizável, mas apenas um conhecimento que poderá ser utilizado por aquele serviço ao qual se destina, não necessitam de análise ética". Mesmo após essa resposta, os pesquisadores acreditaram importante a submissão de um protocolo para análise ética uma

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **Cidade:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** copina@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.861.073

vez que após a implementação das ações propostas poderão ser gerados dados importantes para análise e publicações na área. Assim, esse CEP aceitou o protocolo submetido e o avaliou sob os aspectos éticos garantindo todos os requisitos éticos para os possíveis participantes da pesquisa, conforme estabelecido na resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram devidamente anexados ao protocolo de pesquisa conforme preconizado pelo CEP IMS/CAT.

Com relação às solicitações feitas em parecer anterior podem ser feitas as seguintes considerações:

1- "ressalta-se a necessidade de adequações no TCLE apresentado no sentido de que os objetivos sejam descritos de forma mais clara para os participantes da pesquisa. Também deve-se substituir alguns termos técnicos ao longo de todos o TCLE para termos mais simples ao entendimento leigo (ex.: febre)."

As alterações solicitadas foram devidamente realizadas sendo os objetivos reescritos de forma mais clara e de fácil entendimento. Também os termos técnicos ao longo do TCLE foram substituídos por termos populares.

2- "Substituir a declaração de participação do pesquisador Matheus Lopes Cortez por uma versão assinada pelo mesmo."

Foi anexada ao protocolo de pesquisa a declaração assinada pelo pesquisador Matheus Lopes Cortez.

3- "Reescrever o objetivo primário de forma a evidenciá-lo como um objetivo de pesquisa científica."

O objetivo primário foi reescrito da seguinte forma: "Avaliar os efeitos de intervenções em saúde sobre o controle da hipertensão e diabetes em usuários atendidos pelo SUS," atendendo à solicitação da plenária.

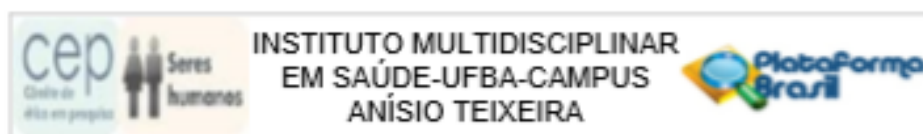
4- "Esclarecer como se dará a avaliação dos níveis de colesterol (prontuário ou coletas de sangue)."

A avaliação dos níveis de colesterol será realizada através da revisão dos prontuários nas unidades de saúde. Essa informação foi devidamente esclarecida na metodologia do projeto.

5- "Padronizar a inclusão da variável "colesterol" em todos os documentos do projeto."

A inclusão da variável "colesterol" foi padronizada em todos os documentos do projeto.

Endereço: RIO DE CONTAS, 68 Qd. 17, Lote 68
 Bairro: CANDEIAS Cep: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: osp@ms@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.861.073

6- "Esclarecer como serão

coletadas e analisadas as medidas antropométricas citadas no projeto."

Foi inserido no método como serão coletadas e analisadas as medidas antropométricas.

7- "Descrever na metodologia o

período de avaliação do antes e depois da intervenção."

Foi explicitado que na inclusão de cada indivíduo serão coletadas as variáveis de interesse e isto será linha de base (antes da intervenção). Após as intervenções, as medidas serão coletadas novamente. Como a entrada de pacientes é dinâmica ao longo dos 18 meses do estudo, as medidas "antes" podem ocorrer até o 15º mês (último mês para inclusão de pacientes) e até o 18º mês para as medidas posteriores às intervenções.

8- "Padronizar as alterações solicitadas em todos os

documentos do projeto."

Em análise dos documentos do protocolo de pesquisa foi verificado a padronização das informações.

Recomendações:

Todas as recomendações feitas em parecer anterior foram devidamente esclarecidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo pendências éticas indico a aprovação deste protocolo de pesquisa.

Considerações Finais e critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 52ª reunião ordinária do dia 12 de dezembro de 2016 sendo aprovado por unanimidade de votos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_820769.pdf	09/12/2016 09:36:19		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_participacao_Matheus.pdf	09/12/2016 09:34:12	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.pdf	09/12/2016 02:34:19	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito

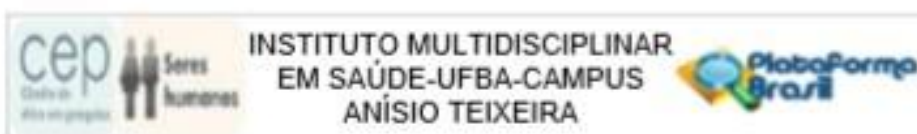
Endereço: RIO DE CONTAS, 68 Qd. 17, Lote 68

Bairro: CANDEIAS **Cep:** 45.029-094

UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA

Telefone: (77)3429-2720

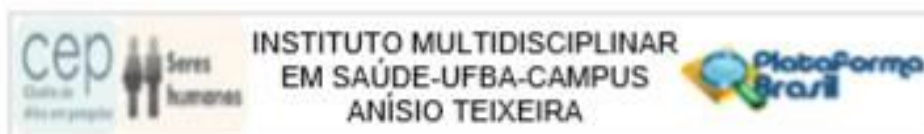
E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Formulário 1.061.073

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/12/2016 02:31:02	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/12/2016 02:27:42	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/11/2016 02:37:38	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_participacao.pdf	20/11/2016 16:21:17	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Weima.pdf	20/11/2016 15:38:39	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Vanessa_Oliveira.pdf	20/11/2016 15:38:21	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Vanessa.pdf	20/11/2016 15:37:57	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Sostenes.pdf	20/11/2016 15:37:34	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Matheus.pdf	20/11/2016 15:37:05	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Marcio.pdf	20/11/2016 15:36:46	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Madelena.pdf	20/11/2016 15:35:48	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Lucas.pdf	20/11/2016 15:35:09	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Kelio.pdf	20/11/2016 15:34:49	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Jose_Louzado.pdf	20/11/2016 15:32:17	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Danielle.pdf	20/11/2016 15:31:02	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Daniela.pdf	20/11/2016 15:30:24	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito

Endereço: RIO DE CONTAS, 58 Qd. 17, Lote 68
 Bairro: CANDEIAS Cep: 45.029-094
 UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 e-mail: ospina@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.001.073

Outros	Curriculo_Lattes_Daniela.pdf	20/11/2016 15:30:24	Oliveira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Aline.pdf	20/11/2016 15:27:47	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_endosso_Reitor.pdf	20/11/2016 15:21:01	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_compromisso_UESB.pdf	20/11/2016 15:18:48	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_compromisso_SMS.pdf	20/11/2016 15:18:33	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_compromisso_SESI.pdf	20/11/2016 15:18:20	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_compromisso_SESAB.pdf	20/11/2016 15:18:05	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Declaração do Patrocinador	Copatrocínio.pdf	20/11/2016 14:49:26	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	consulta_CONEP.pdf	20/11/2016 14:46:22	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito
Outros	Folha_locais.pdf	20/11/2016 14:45:38	Márcio Galvão Guimarães de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DA CONQUISTA, 12 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Luciano Pereira Roca
 (Coordenador)

Endereço: RIO DE CONTAS, 68 Qd. 17, Lote 68
 Bairro: CANDEIAS Cep: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 e-mail: coopms@ufba.br

ANEXO B

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2019-0925  Caixa de entrada x  



Secretaria Saúdesoc <onbehalf@manuscriptcentral.com>

seg., 25 de nov. 23:16 (há 1 hora)   

para dandani23, eu, patriciobispo, clavdian, welmawildes, mgalvaoliveira, louzado1, matheuscortez, smistro, daniellesoutomedeiros, kelle.oliveira, vanessaer ▾

26-Nov-2019

Prezado(a) Prof(a). Soares:

Seu artigo intitulado "PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Sua manuscript ID é SAUSOC-2019-0925.

Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

O status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,
Saúde e Sociedade Editorial Office