



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCOS AGUIAR RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELLITUS COMO MARCADORES**

SOBRAL - CE

2018

MARCOS AGUIAR RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES
MELLITUS COMO MARCADORES

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família, da Universidade Federal do Ceará -
UFC - Campus Sobral/CE, como requisito
para o título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabelle Mont'Alverne
Napoleão Albuquerque

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Daniel de
Oliveira Mayorga

SOBRAL-CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R37a Ribeiro, Marcos Aguiar.
Avaliação da atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como marcadores / Marcos Aguiar Ribeiro. – 2018.
257 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.
Coorientação: Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga .
1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Doença Crônica. 4. Hipertensão. 5. Diabetes Mellitus. I. Título.
CDD 610
-

MARCOS AGUIAR RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
E DIABETES MELLITUS COMO MARCADORES

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Família, da Universidade Federal do
Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como
requisito para o título de Mestre em
Saúde da Família.

Defendido em: 16/01/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora

Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga
Universidade Federal do Ceará - UFC
Coorientador

Prof. Dr. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinador Interno

Prof^ª. Dr^ª. Lívia Moreira Barros
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Examinador Externo

Prof^ª. Dr^ª. Ligia Malagón de Salazar
Universidad del Valle/ World Health Organization
Membro Suplente

Dedico a minha família

AGRADECIMENTOS

Cada pessoa que passou em minha vida é especial em sua própria maneira de ser e deixará marcas inesquecíveis. Assim, registro os meus sensíveis e sinceros agradecimentos:

Agradeço primeiramente a Deus, meu grande companheiro, amigo e protetor, que ilumina meus caminhos cotidianamente. Aos meus familiares: À minha mãe Filomena que amo imensuravelmente. Obrigado por ser um exemplo de professora, não só de sala de aula, mas da vida. Agradeço pelos ensinamentos, pela coerência, pela companhia, por existir. Ao meu pai Antônio, um exemplo de força, disciplina e simplicidade. À minha irmã Mônica, minha grande inspiradora, que me apresentou o campo da saúde. Obrigado pelo incentivo e por acreditar em meu potencial. Ao meu irmão Marcelo, que não se encontra presente materialmente, mas que para sempre estará em meu coração. Agradeço por ter tido a oportunidade de conviver com você e conhecer de perto esse seu coração puro, humilde e cheio de amor para compartilhar. Ao meu companheiro Dio, pelo afeto, aprendizados, sorrisos e carinho compartilhados. Aos meus sobrinhos Marcelo Henrique e Sofia e meus sobrinhos de coração Aquiles e Helô, com eles volto a ser criança e renovo minha fé no futuro. Aos meus demais familiares que de alguma forma me apoiaram: Jack, Nina, Carminha, Lourival, Toinha, Nonato, Sandra, Patrícia; minha avó Antônia (in memorian); meu tio Antônio (in memorian); meus padrinhos Manoel e Domitília; meu tio Elias; minha madrinha Toinha, minha quase tia Maria, Dona Luiza e Mayara.

Agradeço em especial à minha orientadora professora Izabelle, que guardo um carinho enorme. Muito grato pela confiança, parceria, amizade, cuidado e aprendizados que compartilhamos durante estes vários anos. Agradeço pelo incentivo e por acreditar no meu potencial. Que mais projetos se concretizem! O Observatório de Pesquisas para o SUS (OBSERVA-SUS) é um sonho que se tornou realidade.

Ao meu coorientador Mayorga, um exemplo de disponibilidade e compromisso. Sou grato por todos os aprendizados e pela enorme contribuição em minha formação e em nosso projeto de pesquisa.

À minha amiga e membro da minha banca examinadora Lívia, o maior presente que a UVA poderia receber. Um exemplo de professora, amiga, pesquisadora e mulher. Sou grato por compartilhar a coordenação de estágios com você e ter você em minha banca e principalmente em minha vida.

À querida professora Maristela, que me acompanha desde a graduação e que representa muito em minha formação. Obrigado pela parceria e carinho. Você é muito especial em minha vida!

Aos meus amigos irmãos que amo Suelen, Faustino, Lorena e Clarisse. Obrigado por fazerem parte da minha vida. Amo vocês! Em especial Suelen, o maior presente que poderia receber.

Agradeço imensamente à família OBSERVA-SUS: Amanda (*Minha pupila... Tenho certeza que irá brilhar sempre. Sou grato por compartilhar sonhos e desafios com você*), Gessika (*Uma grande mãe e amiga*), Jamilly (*De uma energia incrível*), Elayne (*Uma amiga... “Eita bebê”, risos*), Roberta (*Minha eterna orientanda... uma das maiores potências que conheci*), Eduardo (*Um querido cheio de compromisso e criatividade em tudo o que faz*), Gracinha (*Minha orientanda e de uma fofura enorme*), Jana (*Meiga e super comprometida*), Jarciaara (*De um potencial inexplicável*), João Victor (*De um coração enorme*), Karol (*Minha monitora e que tenho um carinho enorme*), Kelton (*Uma pessoa forte e que tenho um grande carinho*), Luisa (*Uma mãe especial e guerreira*), Manoelise (*De uma luz incrível*), Mariana Bonfim (*Força é a palavra que melhor define*), Mariana Costa (*Vejo um caminho iluminado desde o primeiro dia que a conheci, tenho orgulho de ter sido o seu professor e certeza do seu sucesso*), Natália (*Energia de sobra e de uma grande competência e responsabilidade*), Nay (*Morro de orgulho e tenho certeza que seu caminho será repleto de vitórias*), Pedro (*De um coração enorme e que transmite paz*), Phalloma (*Uma garota forte e decidida... tenho certeza de seu sucesso*), Simone (*Iluminada... Sua paz transforma e acalma*), Vitória (*Uma potência e que tenho orgulho de compartilhar tantos momentos... Minha amiga!*), Professora Socorro Melo (*Um grande presente que a UVA recebeu. Grato pelos ensinamentos e pelas energias positivas*), Héryca (*De uma oratória espetacular e uma maturidade indescritível. Só sucesso!*), Anderson (*Dedicação e brilho no olhar em tudo o que faz*), Thayane e Darli (*Duas queridas que estão em meu coração e que são sinônimo de compromisso e dedicação*).

Gratidão aos meus colegas professores da UVA, ao coletivo da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, aos meus colegas professores da Faculdade Ieducare e aos meus colegas de Mestrado. Obrigado pelo incentivo e carinho!

Grato à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa.

“é assim que, agora, aquele longo período de doença me aparece: sinto como se, nele, eu tivesse descoberto de novo a vida, descobrindo a mim mesmo, inclusive. Provei todas as coisas boas, mesmo as pequenas, de uma forma como os outros não as provam com facilidade. E transformei, então, minha vontade de saúde e de viver numa filosofia.

Nietzsche

RESUMO

O atual cenário de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo Brasil tem como característica o predomínio de condições crônicas, dentre elas a hipertensão e diabetes que apresentam alta morbidade e mortalidade e representam um desafio para a saúde pública. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família tem um papel fundamental na gestão e coordenação do cuidado às condições crônicas nas redes de atenção à saúde. Desse modo, o objetivo foi avaliar a atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde de Família do município de Sobral – CE, tendo a hipertensão arterial sistêmica e diabetes como marcadores. Trata-se de um estudo avaliativo sob abordagens quantitativa e qualitativa. Foi utilizada a adaptação de uma matriz de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas não Transmissíveis empregado na América Latina e proposta por De Salazar, onde foram investigadas as seguintes dimensões: Sistematização da Experiência de atenção às condições crônicas, Análise de Contexto, Análise de Estrutura e Análise de Processo. O campo de investigação foi o município de Sobral cujo *lócus* para o desenvolvimento foi representado pelos territórios da sede do município. Os participantes do estudo foram as pessoas com Hipertensão e Diabetes assistidas pela Estratégia Saúde da Família, profissionais da saúde e gestores da saúde. Para o desenvolvimento desta pesquisa foi utilizada a triangulação de diferentes fontes de informação e de métodos de coleta e análise de dados. Dessa forma, para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, aplicados questionários validados com profissionais da saúde e usuários com hipertensão e diabetes e realizado consultas a fontes documentais. Para análise dos dados qualitativos foi realizada análise de conteúdo com o suporte do *software NVivo11* e para análise dos dados quantitativos foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas, mapeamento e análise espacial com o suporte dos softwares *IBM SPSS Statistics 20*, *Quantum GIS 2.18.10* e *TerraView 5.2.3*. O estudo respeitou os princípios éticos referentes às pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob número do Parecer: 2.054.329. A partir de então, revela-se um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas, por meio do desenvolvimento de estratégias de organização e gestão do cuidado, tais como a instituição de Protocolos, Estratificação de Risco, desenvolvimento de processos de Educação Permanente e experiências exitosas de abordagens coletivas. Todavia, apesar dos esforços, a prática ainda revela uma abordagem aos usuários centrada na renovação de receitas e o entrave na regulação e consequente dificuldade de conformação de uma rede de atenção às condições crônicas. O contexto da atenção apresenta altas taxas de prevalência e dependências espaciais entre hipertensão e a diabetes. No que se refere a estrutura apresenta-se uma razoável capacidade para a atenção às condições crônicas. Em relação ao processo, o usuário não está satisfeito com atenção, diante disso, enfatiza-se a necessidade da modificação de uma atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa. Em que o cuidado é realizado com base no modo cooperativo, conforme as necessidades dos usuários, com o compartilhamento de responsabilidades, o apoio a autonomia e a decisão compartilhada. Assim, a atenção às condições crônicas apresenta expressivas limitações, todavia o sistema local de saúde vem desenvolvendo estratégias de qualificação da atenção que possivelmente implicarão em resultados positivos em médio e longo prazo.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção à Saúde; Doença Crônica; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The current scenario of demographic and epidemiological transition experienced by Brazil is characterized by the predominance of chronic conditions, among them hypertension and diabetes that present high morbidity and mortality and represent a challenge for public health. In this context, the Family Health Strategy plays a fundamental role in the management and coordination of care for chronic conditions in health care networks. Thus, the objective was to evaluate the attention to the chronic conditions in the Family Health Strategy of the municipality of Sobral – CE, having systemic arterial hypertension and diabetes as markers. It is an evaluative study under quantitative and qualitative approaches. It was used the adaptation of a matrix of effectiveness evaluation of interventions to control and prevent Chronic Non-Communicable Diseases used in Latin America and proposed by De Salazar, where the following dimensions were investigated: Systematization of the Experience of attention to chronic conditions, Context Analysis, Structure Analysis and Process Analysis. The field of investigation was the municipality of Sobral whose locus for the development was represented by the territories of the headquarters of the municipality. Participants in the study were people with Hypertension and Diabetes assisted by the Family Health Strategy, health professionals and health managers. For the development of this research was used the triangulation of different sources of information and methods of data collection and analysis. Thus, for data collection, semi-structured interviews were conducted with managers, validated questionnaires were applied with health professionals and users with hypertension and diabetes, and consultations were done with documentary sources. In order to analyze the qualitative data, a content analysis was performed with the support of the software NVivo11 and for the analysis of the quantitative data will be used statistical descriptive techniques, mapping and spatial analysis with the support of the software IBM SPSS Statistics 20, Quantum GIS 2.18.10 and TerraView 5.2.3. The study respected the ethical principles regarding research involving human beings in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council and received a favorable opinion from the Research Ethics Committee of Vale do Acaraú State University, under the number of the Opinion: 2,054,329. From then on, an interest and investment of attention management is revealed in the implementation of a care model that fully meets the chronic conditions, through the development of strategies of organization and management of care, such as the institution of protocols, Risk Stratification, Development of Permanent Education processes and successful experiences of collective approaches. However, despite the efforts, the practice still reveals an approach to users centered on the renewal of revenues and the impediment in regulation and consequent difficulty in conformation of a network of attention to chronic conditions. The context of attention shows high prevalence rates and spatial dependencies between hypertension and diabetes. Regarding the structure, there is a reasonable capacity for attention to chronic conditions. In relation to the process, the user is not satisfied with attention, in front of this, it emphasizes the need of the modification of a prescriptive and disease-centered attention to the collaborative and with focus on the person. In which care is performed based on the cooperative mode, according to the needs of the users, with the sharing of responsibilities, support for autonomy and shared decision. Thus, attention to chronic conditions presents significant limitations, however, the local health system has been developing strategies to qualify care that may imply positive results in the medium and long term.

Keywords: Health Assessment; Health Care; Chronic disease; Hypertension; Diabetes Mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013.....	41
Figura 2 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal.....	42
Figura 3 - Número estimado de pessoas com Diabetes no mundo e por região em 2015 e 2040 (20-79 anos).....	44
Figura 4 - Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de diabetes, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013.....	46
Figura 5 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal.....	47
Figura 6 - O Modelo de Atenção Crônica - Chronic Care Model (CCM).....	49
Figura 7- O modelo da pirâmide de riscos.....	50
Figura 8 - O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead.....	51
Figura 9 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	52
Figura 10 – Modelo de Avaliação da efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	65
Figura 11 – Matriz de variáveis e indicadores de Avaliação da efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	67
Figura 12 - Matriz Avaliativa adaptada de De Salazar (2011) e Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012).....	70
Figura 63 - Município de Sobral, Ceará, Brasil.....	70
Figura 14 - Divisão dos Territórios adscritos da ESF de Sobral em Macroáreas.....	73
Figura 15 Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	90
Figura 16 Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	91
Figura 17 Dendograma de Fontes de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	92
Figura 18 Dendograma de Fontes de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	93

Figura 19 Percentual de Codificação por Nó da fonte Protocolo de Diabetes mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	93
Figura 20 Percentual de Codificação por Nó da fonte Protocolo Hipertensão Arterial, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	94
Figura 21 Percentual de Codificação por Nó da fonte Consolidado de Territorialização, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	95
Figura 22 Percentual de Codificação por Nó da fonte Entrevistas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	95
Figura 23 Dendograma de contribuição dos Participantes por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	99
Figura 24 Classificação de Risco do Acolhimento à demanda espontânea de um CSF de Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	107
Figura 75 Cronograma de Atendimento da Odontologia em um Centro de Saúde da Família de Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	114
Figura 26 Grupo de HIPERDIA em um território da ESF de Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	121
Figura 27 Nuvem de Palavras segundo consulta às fontes de dados, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	148
Figura 28 Mapa Temático da Prevalência da Diabetes mellitus por território da Estratégia Saúde da Família, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	151
Figura 29 Mapa Temático da Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica por território da Estratégia Saúde da Família, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	151
Figura 30 Índice Moran Global da Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	153
Figura 31 Estratégias que a equipe de saúde pode utilizar para apoiar o processo de mudança de acordo com os estágios de motivação, Curitiba, Brasil, 2012.....	163
Figura 32 Princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	191

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Dez primeiros países segundo o número de adultos com diabetes.....	44
Quadro 2. Descrição dos artigos encontrados segundo base de dados e critérios de inclusão e exclusão. Sobral, Ceará, 2017.....	56
Quadro 3. Descrição dos artigos que compuseram a amostra do estudo – Sobral, 2017.....	56
Quadro 4 - Dimensões avaliadas pelo ACIC e a interpretação dos resultados.....	80
Quadro 5 Categoria Iniciais referente à Atenção às Condições crônicas Hipertensão e Diabetes, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	88
Quadro 6 Síntese da progressão das categorias, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	99
Quadro 7 Modificações de estilo de vida para manejo da HAS, Sobral, Ceará, Brasil, 2015.....	118
Quadro 8 Ação de saúde por nível de atenção aos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	131
Quadro 9 – Ação de saúde por nível de atenção aos usuários com HAS, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	131
Quadro 10 Estratificação de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	133
Quadro 11 Perfil da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes mellitus por CSF, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	148
Quadro 12 Consolidado da Avaliação da Capacidade Institucional para atenção às condições crônicas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	153
Quadro 13 Teste de Variáveis Independentes para análise comparativa da qualidade do atendimento de usuários com HAS/HAS+DM e usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde por Centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará até Janeiro/2017.....	71
Tabela 2 – População Total acompanhada, população maior de 20 anos e número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas e acompanhadas pelos CSF da sede de Sobral.....	75
Tabela 3 - Número pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados, sua proporção e a amostra considerada para o desenvolvimento da pesquisa.....	76
Tabela 4 – Número de Profissionais dos Centros de Saúde da Família da Sede do município de Sobral – CE que participaram da pesquisa.....	77
Tabela 5 Frequência de Palavras segundo consulta às fontes de dados, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	146
Tabela 6 Participação na elaboração do plano de tratamento da HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	157
Tabela 7 Participação na elaboração do plano de tratamento da DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	157
Tabela 8 Oferta de opções de tratamento para a HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	159
Tabela 9 Oferta de opções de tratamento para a DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	159
Tabela 10 Influência do autocuidado na vida do usuário com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	161
Tabela 11 Influência do autocuidado na vida do usuário com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	161
Tabela 12 Perspectivas para o autocuidado à HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	164
Tabela 13 Perspectivas para o autocuidado à DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	164
Tabela 14 Hábitos de saúde dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	166
Tabela 15 Hábitos de saúde dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	166
Tabela 16 Tratamento coerente as formas de pensar, crenças e modos de vida dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	167
Tabela 17 Tratamento coerente as formas de pensar, crenças e modos de vida dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	168

Tabela 18 Tratamento possível de realizar no dia a dia do usuário com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	169
Tabela 19 Tratamento possível de realizar no dia a dia do usuário com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	169
Tabela 20. Plano para seu tratamento por escrito aos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	170
Tabela 21 Plano para seu tratamento por escrito aos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	171
Tabela 22 Acompanhamento do tratamento dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	172
Tabela 23 Acompanhamento do tratamento dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	172
Tabela 24 Efeitos e problemas com a medicação de usuário com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	173
Tabela 25 Efeitos e problemas com a medicação de usuário com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	173
Tabela 26 Organização do tratamento dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	175
Tabela 27 Organização do tratamento dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	175
Tabela 28 Suporte para a melhoria da alimentação, prática de exercícios físicos, controle do estresse, fumo e uso abusivo de álcool por parte dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	177
Tabela 29 Suporte para a melhoria da alimentação, prática de exercícios físicos, controle do estresse, fumo e uso abusivo de álcool por parte dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	177
Tabela 30 Suporte no planejamento do cuidado em momentos difíceis da vida dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	178
Tabela 31 Suporte no planejamento do cuidado em momentos difíceis da vida dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	179
Tabela 32 Orientações por escrito de como melhorar à saúde dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	180
Tabela 33 Orientações por escrito de como melhorar à saúde dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	180
Tabela 34 Implicações na vida dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	181

Tabela 35 Implicações na vida dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	181
Tabela 36 Incentivo aos usuários com HAS/HAS+DM a participarem de grupos específicos Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	182
Tabela 37 Incentivo aos usuários com DM a participarem de grupos específicos Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	183
Tabela 38 Incentivo aos usuários com HAS/HAS+DM a participarem de grupos comunitários, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	184
Tabela 39 Incentivo aos usuários com DM a participarem de grupos comunitários, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	184
Tabela 40 Orientação por uma equipe multiprofissional quanto aos cuidados com a saúde de usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	185
Tabela 41 Orientação por uma equipe multiprofissional quanto aos cuidados com a saúde de usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	185
Tabela 42 Importância da consulta com médicos especialistas para usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	187
Tabela 43 Importância da consulta com médicos especialistas para usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	187
Tabela 44 Acompanhamento das visitas de usuários com HAS/HAS+DM a outros médicos especialistas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	188
Tabela 45 Acompanhamento das visitas de usuários com HAS/HAS+DM a outros médicos especialistas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	189
Tabela 46 Relação de atendimentos não satisfatório e satisfatório, na opinião dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	192
Tabela 47 Relação de atendimentos não satisfatório e satisfatório, na opinião dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	192

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Gráfico de Dispersão do Índice de Moran Global da Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.....	152
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica a Saúde

ACIC - *Assessment of Chronic Illness Care*

ACS- Agente Comunitário de saúde

AE - Atenção Especializada

APS- Atenção Primária à Saúde

AVC- Acidente vascular cerebral

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CE - Ceará

CCM- *Chronic Care Model*

CNSDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CQCT - Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco

CSF – Centro de Saúde da Família

DAC- Doença Arterial Coronariana

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

DM - Diabetes mellitus

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DVP - Doença Vascular Periférica

ESF- Estratégia Saúde da Família

EFSFVS – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

FINDRISC - *Finnish Diabetes Risk Score*

FUNCAP - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GSSS - Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1C – Hemoglobina Glicada

HDL - *High Density Lipoproteins*

IAM- infarto agudo do miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC- insuficiência cardíaca

IRC- insuficiência renal crônica

LDL - *Low Density Lipoproteins*

MACC- modelo de atenção as condições crônicas

MASF - Mestrado Acadêmico em Saúde da Família

MEV - Mudanças no Estilo de Vida

MS - Ministério da Saúde

MPR- Modelo da Pirâmide de Riscos

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OBSERVA-SUS – Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNCT - Política Nacional de Controle do Tabaco

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

QualificaAPSUS - Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará

RAS - Rede de Atendimento à Saúde

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

PACIC- *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions*

PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

SADT - Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SG - Sistema de Governança

SL - Sistema Logístico

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 Aproximação com o objeto de estudo.....	23
1.2 Contextualização do objeto de pesquisa	25
1.3 Justificativa e Relevância.....	34
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo Geral	34
2.2 Objetivos Específicos	35
3 REVISÃO DE LITERATURA	35
3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: um desafio para a saúde pública brasileira na construção de políticas eficazes	35
3.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	40
3.3 Epidemiologia da Diabetes Mellitus.....	43
3.4 Modelo de Atenção às Condições Crônicas	48
3.5 Gestão e Avaliação em Saúde na perspectiva das condições crônicas.....	52
3.6 Avaliação da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes: Estado da Questão	55
3.6.1 Atenção às condições crônicas HAS e DM na rede SUS	58
3.6.2 Avaliação da estrutura e processo para atenção às condições crônicas HAS e DM.....	59
3.6.3 Avaliação dos resultados da atenção às condições Crônicas.....	60
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	62
5 METODOLOGIA.....	68
5.1 Tipologia e Abordagem	68
5.2 Cenário do estudo	70
5.3 Participantes do estudo	73
5.4 Métodos e procedimentos para a coleta de dados.....	78
5.4.1 <i>Qualidade da Atenção às condições crônicas HAS e DM- Sistematização da Experiência</i>	78
5.4.2 <i>Análise de contexto</i>	79
5.4.3 <i>Análise de estrutura</i>	79
5.4.4 <i>Análise de processo</i>	81
5.5 Apresentação e Análise das Informações	82
5.5.1 <i>Análise de dados qualitativos</i>	82
5.5.2 <i>Análise de dados quantitativos</i>	83
5.5.2.1 <i>Análise Descritiva</i>	83
5.5.2.2 <i>Mapeamento</i>	84

5.5.2.3 <i>Análise Espacial</i>	84
5.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	84
5.7 Treinamento para a Coleta de dados.....	86
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
6.1 Qualidade da Atenção às condições crônicas HAS e DM - Sistematização da Experiência	87
6.2 Análise de Contexto	148
6.3 Análise de Estrutura.....	153
6.4 Análise do Processo.....	155
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
REFERÊNCIAS	198
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestores	234
APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados de fontes documentais	235
APÊNDICE C – Termo de Cosentimento Livre e Esclarecido para gestores	236
APÊNDICE D – Termo de Cosentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde	237
APÊNDICE E – Termo de Cosentimento Livre e Esclarecido para usuários	238
APÊNDICE F - Termo de compromisso para utilização de dados em documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral	239
ANEXO A - Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para atenção às condições crônicas - Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)	240
ANEXO B- Questionário de Avaliação do usuário sobre o cuidado à atenção crônica - Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC).....	251
ANEXO C – Parecer da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral.....	253
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas.....	255

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

O desenvolvimento do meu percurso acadêmico e profissional foi fundamentado na saúde pública. Desde o início da graduação em Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) tive a oportunidade de me envolver na extensão universitária, onde participei ativamente dos projetos de extensão em Saúde da Mulher e Prevenção e Controle da Hipertensão e Diabetes. Estes projetos foram fundamentais para a minha aproximação com a comunidade, como também possibilitaram meus primeiros contatos com a pesquisa científica, mais especificamente na condução e construção de estudos de casos clínicos.

Em 2012, participei em Sobral – CE do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/BRASIL). O projeto VER-SUS foi uma experiência muito significativa e transformadora de minha formação. Esta vivência interdisciplinar me apresentou em uma perspectiva teórica e prática ferramentas que ampliaram minha análise crítica tendo como referência o quadrilátero da formação: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Vale salientar ainda, que esta vivência também possibilitou minha aproximação de pessoas em situação de vulnerabilidade e promoveu inquietações quanto ao cuidado em saúde no âmbito do SUS.

Neste mesmo ano, fui selecionado para ser bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Nesta edição o PET-Saúde estava integrado com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e envolvia os cursos de Enfermagem e Educação Física da UVA. O grupo tutorial na qual estava inserido tinha como enfoque a Vigilância, prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de Doenças Transmissíveis - Dengue, Calazar, Hanseníase e Tuberculose na população acompanhada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral – Ceará.

Durante minha atuação enquanto bolsista do PET-Saúde tive a oportunidade de desenvolver pesquisas científicas e me aproximar de outras abordagens teóricas e metodológicas. Dentre elas, destaco o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e a utilização de técnicas de análise espacial. Neste período fui instigado a estudar e aprender a manusear softwares de geoprocessamento em saúde.

Em 2014, tivemos um trabalho premiado na Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI) do Ministério da Saúde, com o trabalho intitulado: Geprocessamento dos casos de Hanseníase em Sobral – CE, no período de 2003-2013. Esta premiação impulsionou a estruturação do Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (OBSERVA-SUS), grupo de pesquisa cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil (CNPq).

O OBSERVA-SUS foi a realização de um sonho e toda sua estruturação física, simbólica, pessoal e conceitual foi produto de um trabalho coletivo e interdisciplinar, atravessado de muito carinho e compromisso com o SUS e sociedade. A partir de então, tive a oportunidade de continuar desenvolvendo pesquisas tendo como enfoque a análise espacial e avaliação de programas e serviços de saúde.

No último ano de graduação, fui bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – (FUNCAP) onde trabalhei com pesquisa intitulada: “Análise espacial de doenças negligenciadas no município de Sobral – CE”.

Desta maneira, todo o meu percurso acadêmico foi fundamental para o encontro com meu objeto de estudo. Vale salientar ainda, que em minha prática profissional enquanto docente do curso de enfermagem da UVA, instituição de ensino na qual sou egresso, tive o desafio de ministrar módulos diversos e que possibilitaram reflexões significativas para o delineamento de minha pesquisa de dissertação. Venho atuando nos Módulos de Atenção Básica à Saúde e Desenvolvimento Humano e Profissional, onde trabalho respectivamente conteúdos e práticas da Epidemiologia e das Ciências Sociais.

Neste contexto, em estudo para planejamento das aulas tive diversas reflexões acerca de duas ciências distintas, mas que se complementam em nossa tentativa de estudar, pesquisar e vivenciar a Saúde Coletiva. Estas reflexões trouxeram inquietações e foram fundamentais para a o delineamento teórico e metodológico desta pesquisa.

Dessa forma, inserido no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF) e por meio das disciplinas ofertadas, participação em Congresso e Conferências e exaustivas leituras, amadureci o meu olhar para o meu objeto de estudo.

Assim, propõe-se avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes no município de Sobral – CE. Dessa maneira, tendo como referência o atual cenário de

transição demográfica e epidemiológica, com o predomínio de condições crônicas, surgiu o interesse em avaliar a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes.

Além disso, estive implicado em alguns processos/estratégias de implementação de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Sobral que trouxeram importantes reflexões e tensionamentos, tais como a Classificação da Vulnerabilidade das Famílias por Grau de Risco no contexto da Estratégia Saúde da Família e estratificação de risco da Hipertensão e Diabetes, bem como as oficinas do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará (QualificaAPSUS).

Nesta perspectiva, ao considerar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como coordenadora da atenção às condições crônicas da rede SUS, justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa de dissertação do MASF, articulada a linha de pesquisa Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS), uma vez que a avaliação da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes trará subsídios e colaborações para a gestão do cuidado, organização da rede de atenção, e vigilância, prevenção e controle da hipertensão e diabetes.

1.2 Contextualização do objeto de pesquisa

As transições da situação de saúde de uma sociedade suscitam necessidades de mudança na estrutura dos sistemas de saúde, nos processos de trabalhos e conseqüentemente nos resultados da atenção. Nesta perspectiva, os sistemas de saúde precisam se ressignificar de forma a garantir a atenção integral à saúde dos usuários tendo em vista as transições demográficas, epidemiológicas e as incorporações de novas tecnologias na sociedade.

Dessa forma, a partir da redução das taxas de natalidade e mortalidade, passou-se a discutir de forma mais expressiva a transição demográfica e seu impacto na transformação das estruturas populacionais (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Assim, essa redução verificada em países europeus foi relacionada ao desenvolvimento socioeconômico e ao processo de modernização das sociedades, com conseqüentes mudanças nos ritmos de crescimento e na estrutura etária da população (LANDRY, 1934; ARTZROUNDI, 1986; MEDICI; BELTRÃO, 1995; ALVES, 2008).

A última revisão das perspectivas da população mundial elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas corrobora para reflexão da mudança no perfil demográfico. Se em 1950 o histograma dos grupos

etários populacionais tinha um formato de pirâmide, a tendência para o ano de 2060 é que o formato seja retangular (UNITED NATIONS, 2015).

Neste contexto, o perfil demográfico nos anos de 1950 é consideravelmente diferente do observado atualmente, onde há aumento do número de famílias com filho único ou sem filhos, crescimento da esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas, diminuição do ritmo de crescimento populacional, redução da força de trabalho e envelhecimento (CAMARANO, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) corrobora ao afirmar que o envelhecimento populacional constitui-se como um dos maiores triunfos da humanidade, como também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade, uma vez que o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo (WHO, 2005a).

Na América Latina e no Caribe a acelerada transição demográfica apresenta-se como um desafio, juntamente com o crescimento econômico volátil, os altos níveis de pobreza, as lacunas socioeconômicas existentes e a instabilidade política persistente. Este cenário desafiador foi discutido no ano de 2014 em Cairo + 20: perspectivas sobre a agenda de população e desenvolvimento sustentável, duas décadas depois da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, amplamente conhecida como Conferência do Cairo, e que instituiu as bases para um desenvolvimento fundado na importância das pessoas como sujeito de direito (UNITED NATIONS, 1994; WONG; ALVES; VIGNOLI; TURRA, 2014).

A população da América Latina e do Caribe triplicou de 167 milhões de pessoas em 1950 para 590 milhões em 2010, com uma taxa de crescimento acima da média mundial no mesmo período. Todavia, esta taxa vem desacelerando devido à transição demográfica que vai levar a população a crescer não mais que 20% de 2010 para 2030, de acordo com as últimas projeções (UNITED NATIONS, 2015).

Em referência às transformações populacionais relacionadas à fecundidade, na década de 1950 as taxas reprodutivas da América Latina e o Caribe estavam entre as mais altas do mundo, com uma média de seis filhos por mulher, um filho a mais do que a média mundial. Quatro décadas depois, a fertilidade já estava abaixo do parâmetro mundial, com 2,9 filhos por mulher, e nas últimas duas décadas uma redução considerável, chegando a 2,17 filhos por mulher. No que concerne à expectativa média de vida, de 1950 para os dias atuais a população da América Latina e do Caribe ganhou

mais de 23 anos, o que corresponde a aproximadamente 75 anos para ambos os sexos (CELADE-CEPAL, 2013).

No Brasil verifica-se uma transição demográfica acelerada, onde a população, apesar de baixas taxas de fecundidade, continua crescendo (MENDES, 2012). Assim, a taxa intrínseca de crescimento aponta que, em médio prazo, a taxa de crescimento populacional tenderá a valores próximos a -0,6% ao ano. Dessa maneira, o declínio populacional brasileiro deverá iniciar por volta do ano de 2030, quando a população atingir aproximadamente 208 milhões de habitantes (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

No que se refere à redução da taxa de fecundidade, no Brasil passou de 2,14 filhos por mulher em 2004, para 1,74 filho em 2014, o que representa uma queda de 18,6%, segundo dados da Projeção da População por Sexo e Idade (2013), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Destaca-se ainda, o aumento da expectativa de vida brasileira, que passou de 35,2 anos em 1920 para aproximadamente 74 anos em 2010. Neste sentido, observa-se o crescimento do índice de envelhecimento, uma vez que em 1920 os idosos representavam 4,0% da população total do país e em 2010 passou a corresponder a 10,8%, o que ampliou gradativamente a participação relativa na composição etária do país (IBGE, 2015b; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Neste ínterim, o envelhecimento populacional é um fenômeno evidente no Brasil e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas. Em 2004, as pessoas de 0 a 29 anos de idade eram maioria e representavam 54,4% da população, enquanto em 2014 este percentual diminuiu para 45,7%. Em contrapartida, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento neste mesmo período, passando de 35,9% para 40,6%, como também o percentual de idosos de 60 anos ou mais, de 9,7% para 13,7% (IBGE, 2015b).

No que concerne a distribuições por estado da federação brasileira, o Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul apresentaram as maiores proporções de idosos, onde cerca de um em cada seis pessoas tinha 60 anos ou mais de idade, em 2014 (IBGE, 2015b). Desse modo, é importante ressaltar que o processo de envelhecimento não ocorreu de forma simultânea e homogeneamente nas regiões brasileiras. Enquanto Sul, Sudeste e Centro-Oeste encontram-se mais adiantadas nesse processo, às regiões Norte e Nordeste permanecem com níveis de fecundidade e mortalidade mais elevados e estruturas etárias menos envelhecidas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Além disso, a Projeção da População por Sexo e Idade (2013), realizada pelo IBGE, evidencia a significativa tendência de aumento da proporção de idosos na população brasileira que deverá ser de 18,6% em 2030 e 33,7% em 2060. Esse crescimento da população idosa gera uma série de alterações na configuração da sociedade, relacionadas à economia, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares (VERAS, 2009).

Por outro lado, na perspectiva epidemiológica, uma das principais características do seu processo de transição é o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, emergindo com maior impacto a partir da década de 1960 em países desenvolvidos (CAMPOLINA; ADAMI; SANTOS; LEBRÃO, 2013).

A transição epidemiológica nos países desenvolvidos é determinada predominantemente pela melhoria das condições de vida da população em função da melhoria de aspectos relacionados à escolaridade, renda, alimentação, emprego, moradia e saneamento ambiental. Já nos países em desenvolvimento é influenciada de maneira significativa pelo advento dos antibióticos, vacinação, incentivo ao aleitamento materno, vigilância do crescimento de crianças e suplementação alimentar. Ou seja, a transição epidemiológica acontece por meio das complexas mudanças dos padrões saúde-doença e nas interações entre esses padrões, seus determinantes demográficos, econômicos e sociais (OMRAN, 1971).

Omran (2001) reconhece a transição epidemiológica a partir de três etapas temporais sequenciais: a era da fome e das pestilências, que é marcada pelo início dos tempos históricos até o fim da Idade Média, a era do declínio das pandemias, que corresponde ao período da renascença até o início da Revolução Industrial e a era das doenças degenerativas e das produzidas pelo homem, que se estende da Revolução Industrial aos tempos modernos. Além disso, o mesmo autor reconheceu a existência de diferentes modelos de transição: o modelo clássico ou ocidental, característico da Europa e América do Norte, o modelo acelerado, exemplificado pelo Japão, e o modelo contemporâneo ou tardio característico de muitos países da América Latina, África e Ásia.

Schramm (2004) colaborou ao considerar que o termo transição epidemiológica deve ser integrado a um conceito mais amplo de transição de saúde. Assim, a transição de saúde contempla as mudanças nas condições de saúde referentes à frequência, magnitude e amplitude, demonstradas por meio de padrões de morbidade e mortalidade. Além disso, essa transição também se refere à resposta social organizada a estas

condições que se articulam e se materializam por meio dos sistemas de atenção à saúde, construída em grande parte pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico.

Nesse sentido, as décadas de 1940 e 1950 configuraram-se na América como um momento de transição epidemiológica, onde o perfil de morbidade mudou de um predomínio de doenças infecciosas e parasitárias para problemas crônicos e degenerativos (MACMAHON; PUGH; 1970; CAMPOLINA; ADAMI; SANTOS; LEBRÃO, 2013).

Na América Latina, Frenk (1991) defende um modelo polarizado-prolongado de transição epidemiológica, caracterizado por incidência alta e concomitante de doenças infecciosas e parasitárias e doenças crônicas/degenerativas, como também o ressurgimento de algumas doenças infecciosas que já haviam sido controladas. Dessa maneira, apresenta uma transição prolongada marcada por processos inconclusos e polarização epidemiológica, onde há níveis diferenciados de transição entre e intrapaíses, inclusive entre grupos sociais e/ou regiões de um mesmo país.

No Brasil, pode-se inferir que o país vive uma transição epidemiológica, prolongada e polarizada conforme descrita por Frenk (1991) (BRASIL, 2015a; ARAÚJO, 2012). Neste contexto, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos, sendo expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012; FRENK, 2006).

Nesta conjuntura, destaca-se o predomínio das condições crônicas, que podem ser definidas conforme Mendes (2012) como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de maneira persistente e que demandam respostas sociais dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Essas respostas podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas.

O termo condição crônica tem como alicerce o conceito de condição de saúde desenvolvido a priori por Von Korff et al. (1997) e Wagner (1998) e posteriormente acolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir do Relatório Mundial intitulado “Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação” (WHO, 2003). Neste sentido, a OMS incorpora os termos condições agudas e condições crônicas, o que vem ressignificar a tradicional divisão entre Doenças Transmissíveis (DT) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de forma a considerar as respostas às demandas de atenção do ponto de vista organizacional dos

sistemas de saúde, como também reconhecer que o conceito de doença exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada (MENDES, 2012).

As doenças consideradas condições crônicas têm início e evolução lentos, são de longa duração e quase sempre sem perspectiva de cura. Sua etiologia costuma ser multifatorial e sua evolução pode levar a variados sintomas e à perda da capacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida (KATE LORIG et al., 2006; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; ROTHROCK et al., 2010; MENDES, 2011). Dessa forma, a atenção às condições crônicas pressupõe vínculo longitudinal e continuidade na atenção (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

De acordo com Mendes (2012, p. 33):

“As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos”.

As investigações acerca das doenças consideradas condições crônicas vêm acontecendo há bastante tempo nos países desenvolvidos da América do Norte e na Europa, sendo iniciadas por volta de 1923 e com foco na década de 70, através de metodologias mais modernas. Nos dias atuais, tais doenças representam uma preocupação à saúde das populações, principalmente as que residem em países em desenvolvimento, uma vez que a desigualdade social dificulta a implantação de estratégias e programas que previnam e combatam estas enfermidades. Dessa forma, estas doenças configuram-se como uma categoria de doenças com proporções reais de uma pandemia. (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Em 2005, a OMS formulou o documento intitulado “Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital”, considerado um marco para o enfrentamento dessas doenças em âmbito mundial (WHO, 2005b). Estimativas apontam que das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões (63%) foram em razão dessas doenças, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al., 2010; WHO, 2011). No Brasil, essas doenças constituem-se como o problema de saúde de maior magnitude e foram responsáveis em 2013 por 72,6% das causas de mortes (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2011a).

Em novembro de 2012, em reunião de consulta com 119 países sobre o Marco Global de Monitoramento das DCNT, foi pactuado um amplo quadro de monitoramento global, com 25 indicadores e nove metas globais voluntárias, para prevenção e controle das DCNT (MALTA; SILVA, 2013).

Essas metas globais foram alinhadas às do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle dessas doenças e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir de estratégias e ações estruturadas em três eixos, a saber: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral (BRASIL, 2011a).

Assim, o Ministério da Saúde vem implementando importantes políticas para prevenção e o controle dessas doenças consideradas condições crônicas, dentre elas vale ressaltar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Programa Academia da Saúde e o incentivo a expansão da cobertura da Atenção Básica (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2012a)

Neste cenário, dentre as condições crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) configuram-se como epidemias mundiais e representam um grande desafio para os sistemas de saúde (WHO, 2016a; YUSUFALI et al, 2016). No Brasil, a HAS e DM constituem-se como a primeira causa de hospitalizações no SUS (BRASIL, 2011a). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (2013), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de HAS foi de 21,4%, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas, em relação ao DM foi 6,2%, equivalente a 9,1 milhões de pessoas. No que se refere a análise por Grandes Regiões o Nordeste tem um percentual de 19,4% de pessoas com

HAS e 5,4% com DM. Em Sobral, área geográfica do estudo, 15.145 pessoas são cadastradas com HAS na Atenção Básica à Saúde, o que corresponde a aproximadamente 11% da população acima de 18 anos. No que se refere a DM 5.881 pessoas são cadastradas, o que corresponde a aproximadamente 4,2% da população acima de 18 anos (SIAB, 2016).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Dessa forma, a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Além disso, apresenta alta morbidade e mortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (MALACHIAS et al., 2016; BRASIL, 2013b; WEBER et al., 2014).

A DM é considerada uma condição heterogênea de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Dessa maneira, a expressiva morbidade e mortalidade reitera a necessidade do diagnóstico precoce. No que concerne ao diagnóstico, pode-se permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção da qualidade de vida (BRASIL, 2013c; MILECH, 2016).

Nesta perspectiva, a atual situação de saúde de predomínio das condições crônicas não pode ser respondida de maneira eficiente, efetiva e de qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas (MENDES, 2011).

Assim, faz-se necessária a operacionalização de um modelo de atenção às condições crônicas de saúde a partir de mudanças na condução dos processos de reorganização das ações e serviços de saúde, com elaboração de linhas-guias, aplicação de auditorias clínicas e mudança para filosofia de gestão estratégica e participativa.

Dessa forma, a gestão do cuidado às condições crônicas vem se firmando como um dos principais instrumentos de planejamento em saúde (VERAS, 2001).

Neste processo, a Atenção Básica à Saúde apresenta-se como uma estratégia de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, e tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral, considerando os determinantes e condicionantes envolvidos nos processos de saúde-doença. Desse modo, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

A partir deste pressuposto, a Atenção Básica à Saúde é fundamental para a gestão e coordenação do cuidado às condições crônicas nas redes de atenção, uma vez que se constitui como um meio e processo de reorganização do sistema de saúde tendo em vista as demandas e representações da população, marcadas pelo cenário de transição demográfica e epidemiológica.

Neste sentido, a mudança para um modelo de atenção centrado nas condições crônicas de saúde, tendo a Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado, tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que proporcione impactos na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, o que converge com os preceitos da gestão da clínica que se caracteriza por um conjunto de tecnologias de microgestão, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade (MENDES, 2012).

Todavia, na prática verifica-se ainda um modelo de atenção voltado às condições agudas, centrada e até mesmo sufocada por atendimentos à demanda espontânea, onde a promoção da saúde e a vigilância, prevenção e controle das condições crônicas não se constituem como prioridades no cotidiano do trabalho da Atenção Básica à Saúde.

Além disso, identifica-se na literatura brasileira um restrito número de estudos avaliativos da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes (SILVA et al, 2012; ALENCAR et al, 2012; MATTOS; CACCIA-BAVA; BARBOSA, 2013; SCHWAB et al, 2014; RAUPP et al, 2015; SANTOS et al, 2015).

Neste ínterim, tendo como referência o atual cenário de transição demográfica e epidemiológica do Brasil e as experiências locais de implementação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde constrói-se o seguinte questionamento: se a estrutura/contexto e o processo de atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes respondem as necessidades dos usuários do SUS?

1.3 Justificativa e Relevância

O atual cenário de transição demográfica e epidemiológica tem suscitado reflexões acerca da necessidade de ressignificar o modelo de atenção à saúde de forma a considerar o predomínio das condições crônicas. Nesse sentido, a hipertensão e a diabetes configuram-se como problemas de saúde pública, uma vez que apresentam uma elevada morbidade e mortalidade.

Desse modo, a Estratégia Saúde da Família é fundamental para o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes. Todavia, a atenção a estas condições crônicas ainda representa um desafio, tendo em vista que a ESF precisa superar o cuidado centrado às condições agudas e qualificar a atenção às condições crônicas, de maneira resolutiva e integral, possibilitando o vínculo e a corresponsabilização dos usuários.

Assim, justifica-se o desenvolvimento dessa pesquisa, uma vez que se verifica a necessidade de avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, o desenvolvimento desta pesquisa irá colaborar para a gestão do cuidado às condições crônicas, de forma a subsidiar a tomada de decisão e a melhoria da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Com isso, a partir da avaliação do contexto, da estrutura, do processo e do resultado da atenção serão identificados os fatores facilitadores e restritivos, o que trará elementos para apontar os caminhos para a implantação de um modelo de atenção que atenda de forma integral às condições crônicas hipertensão e diabetes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde de Família do município de Sobral – CE, tendo a hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* como marcadores.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o contexto da atenção às condições crônicas a partir das estratégias implementadas;
- Analisar o perfil e distribuição espacial da hipertensão e diabetes;
- Verificar a estrutura disponível para a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes;
- Identificar a partir do processo de trabalho os fatores facilitadores e restritivos para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: um desafio para a saúde pública brasileira na construção de políticas eficazes

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais, que representam um sério problema de saúde pública. Configuram-se como um novo desafio para os gestores e profissionais da saúde, uma vez que têm forte impacto na qualidade de vida das pessoas, apresentando alta morbidade e mortalidade.

No Brasil as DCNT constituem-se como a principal causa de mortalidade, onde se destacam as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes (SCHMIDT et al., 2011). Além disso, as DCNT são a principal carga de doença no país. Já em 1998, respondiam por 66% dos anos de vida com qualidade perdidos devido à doença (SCHRAMM et al., 2004).

Este cenário de predomínio das DCNT está relacionado às transições epidemiológica e demográfica vivenciadas pelo país e seus impactos econômicos, sociais, culturais e ambientais, quem ocasionam profundas modificações nos padrões de saúde e doença (MALTA et al., 2006). Neste contexto, o Brasil vem estruturando políticas e programas de enfrentamento das DCNT, com enfoques na vigilância, prevenção, controle e cuidado.

Dessa forma, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que vem de maneira contínua e crescente viabilizando o acesso à saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, o que permitiu a

formulação de múltiplas políticas públicas para o enfrentamento das DCNT. Assim, o SUS dispõe de capacidade técnica para analisar a situação das DCNT, interpretar suas tendências, planejar e implantar ações para seu enfrentamento (BRASIL, 1990; DUNCAN et al., 2012).

Schmidt et al. (2011) ressaltam duas políticas públicas implementadas nas últimas décadas que foram relevantes para enfrentamento das DCNT: o combate ao fumo e a ampliação do acesso aos cuidados de Atenção Primária à Saúde (APS).

O Brasil é Estado-Parte da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS). A Convenção é um tratado internacional de saúde pública, adotado pela 56^a Assembleia Mundial de Saúde como um instrumento de cooperação internacional para atuar sobre os determinantes transnacionais da expansão da epidemia de tabagismo no mundo. Desta maneira, a partir do Decreto nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006 adere oficialmente a CQCT/OMS, o que impulsiona a criação da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), de caráter multissetorial e norteada pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT/OMS (INCA, 2014).

Além disso, destacam-se iniciativas do governo federal tais como a regulamentação da Lei Antifumo em 2014 a partir do Decreto 8.262 de 31 de maio de 2014 que proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé ou outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado; e a Lei 12.546 de 14 de dezembro de 2011 que instituiu política de preços mínimos para os cigarros (BRASIL, 2014c; BRASIL, 2011b).

No que concerne a APS brasileira, foi oficialmente implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) como um programa e posteriormente em 1997 como estratégia de reorganização do modelo assistencial. Caracteriza-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2012a). Desta maneira, as concepções de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da rede atenção inerentes da Estratégia Saúde da Família constituem-se com base fundamental para o enfrentamento das DCNT (WHO, 2008).

Neste ínterim, o Brasil passou a desenvolver e implementar estratégias de cuidado, programas e políticas com enfoque nas DCNT, a fim de garantir a prevenção, promoção da saúde, ações intersetoriais, educação em saúde, monitoramentos das doenças e dos fatores de risco e fornecimento de atenção à saúde centrado em hábitos

alimentares saudáveis, atividade física regularmente, redução de tabagismo e do uso do álcool (SCHMIDT et al., 2010).

Em âmbito internacional, em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma reunião de alto nível sobre DCNT para debater compromissos globais sobre o tema, resultando em uma declaração política na qual os países se comprometeram a deter o crescimento das DCNT mediante ações de prevenção de seus principais fatores de risco e empenho pela garantia de uma adequada atenção à saúde. Essa declaração instigou os Estados-membros para que adotassem um painel de acompanhamento global e abrangente, incluindo um conjunto de indicadores passível de aplicação em diferentes contextos regionais e nacionais, com abordagens multissetoriais, para acompanhar as tendências e avaliar os progressos realizados na implementação de estratégias nacionais e planos de enfrentamento das DCNT (UNITED NATIONS, 2011).

O Brasil participou ativamente deste acordo lançando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, onde uma das metas traçadas e alcançadas neste plano foi a redução de 2% ao ano na mortalidade devida às quatro principais causas de mortalidade por DCNT (BRASIL, 2011a; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 define e prioriza as ações e os investimentos necessários no sentido de preparar o país para enfrentar e deter as DCNT. O objetivo desse plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O Plano fundamenta-se no delineamento de três principais diretrizes ou eixos, como: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral (BRASIL, 2011a).

Para que o acordo fosse posto em prática efetivamente foi necessário conhecer as informações sobre a morbidade e os estilos de vida saudáveis referidos as DCNT. Neste âmbito, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) tem a finalidade de captar a continuidade do cuidado e monitorar os fatores associados às DCNT, bem como avaliar as ações e programas em andamento. A PNS complementa a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que é um sistema de vigilância específico para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na qual busca se apropriar da magnitude e

fatores de risco associados, bem como acompanhar as tendências socioespaciais ao longo do tempo (IBGE, 2014; IBGE, 2015a).

Em maio de 2012, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma meta mundial de redução de 25% da mortalidade por DCNT entre os anos de 2015 e 2025, de forma que indicou a necessidade de uma consulta global para construir um consenso entre os Estados-membros em torno da necessidade do estabelecimento de metas relacionadas aos fatores de risco de consumo de tabaco e álcool, alimentação não saudável e inatividade física (WHO, 2013).

Em novembro de 2012, em reunião de consulta com participação de 119 países, sobre o Marco Global de Monitoramento das DCNT, foi pactuado um 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 agregados em três blocos: mortalidade e morbidade; fatores de risco; e respostas dos sistemas nacionais (MALTA; SILVA, 2013).

Salienta-se ainda, que foi delineado um plano de ação global atualizado para o período de 2013-2020, que abrange as possíveis opções no sentido do fortalecimento e facilitação de ações multissetoriais para a prevenção e controle das DCNT, por meio do apoio técnico da OMS (WHO, 2013).

Nesta perspectiva, a OMS coopera tecnicamente com o Brasil através de relacionamentos técnicos e estratégicos com diferentes instituições do país, como o MS, INCA, Sociedades Científicas, ONG's e Universidades. Desta maneira, enfatiza-se o relacionamento de cooperação com MS por meio de apoio à execução de projetos e programas de cooperação técnica e fortalecimento de ações prioritárias, a partir dos Termos de Cooperação (TC): TC 54: Rede Câncer - Mais Impacto, TC 56: Promoção da Saúde (RE 2) e TC 49: Atenção Básica (RE 4) (WHO, 2016b).

Assim, com objetivo de estruturar informações para apoio à gestão e cuidado, o MS tem implementado um sistema contínuo de vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT, bem como políticas de enfrentamento desses fatores de risco. Ressalta-se a implementação da Política Nacional de alimentação e nutrição e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Nesse sentido, ao compreender a necessidade de um cuidado integral às pessoas com DCNT, entende-se que o eixo da promoção da saúde é fundamental para a construção de intervenções que atuem nos fatores de risco e proteção. Assim, o planejamento e a gestão de estratégias de promoção da saúde alcançam maior potência e efetividade a partir da promoção da autonomia e do

envolvimento de sujeitos e coletivos nos processos de cuidado em saúde (BRASIL, 2008a).

Desse modo, em 2006, foi publicado o primeiro Guia Alimentar para a População Brasileira, com uma atualização em 2014. O guia configura-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também em outros setores e contribui para o desenvolvimento de estratégias para a promoção e a realização do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2014d).

Em relação à PNPS, a mesma foi redefinida em 2014, pela Portaria N° 2.446 e trouxe em suas bases o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial (BRASIL, 2014b).

Neste âmbito, outro programa relevante para o enfrentamento dos fatores de risco das DCNT é a Academia da Saúde, lançado em 2011, enquanto estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado a partir da implantação de espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. O que se configura como um potente espaço de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013a).

A partir dos esforços de enfrentamento das DCNT no Brasil observaram-se alguns avanços no que se refere ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT. Foram atingidas metas de redução de mortalidade para todo o país e em relação aos fatores de risco, houve a redução no consumo do tabaco e do álcool, aumento do consumo de frutas e legumes, aumento dos níveis de atividade física, da cobertura de mamografia e estabilidade na citologia oncológica. Vale ressaltar, que ocorreu um aumento da obesidade, todavia observou-se estabilidade entre os anos de 2012 e 2013 (MALTA et al., 2014).

Neste contexto, infere-se que as linhas de cuidado às pessoas com DCNT necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e cuidado, voltadas para as necessidades dos usuários. Para isso faz-se necessário agregar a utilização de tecnologias leves em saúde, o projeto terapêutico adequado as singularidades de cada usuário, a articulação da rede de serviços de suporte as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais dos processos de saúde-doença (MALTA; MERHY, 2010).

Recomenda-se ainda, a organização da atenção a partir da identificação de grupos de risco, uma vez que o mapeamento dos grupos prioritários para atuação trará expressivas colaborações na abordagem às DCNT (BRASIL, 2008b).

3.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta alta prevalência e é apontada como um grave problema de saúde pública (BRANDAO et al., 2010; YUSUFALI et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde (2012) calcula aproximadamente 600 milhões de pessoas com HAS no mundo, acarretando cerca de 9,4 milhões de óbitos por essa causa. Estima-se ainda, que um em cada três adultos tem HAS.

A maioria dos casos é encontrada em países considerados emergentes ou em desenvolvimento. O maior índice de casos no mundo vem da África, com 46% das ocorrências (BURGOS et al., 2014). Em relação aos países do continente europeu, a Alemanha apresenta a maior prevalência de HAS com 55% da população adulta, seguida pela Espanha (40%) e Itália (38%) (SHARMA et al., 2004; MARQUEZ et al. 2007). Nos Estados Unidos, a HAS atinge 33,6% da população adulta e estima-se que mais de 74 milhões de norte-americanos tem HAS, sendo a causa de 50% do total de mortalidade por doenças cardiovasculares (LLOYD-JONES et al., 2010).

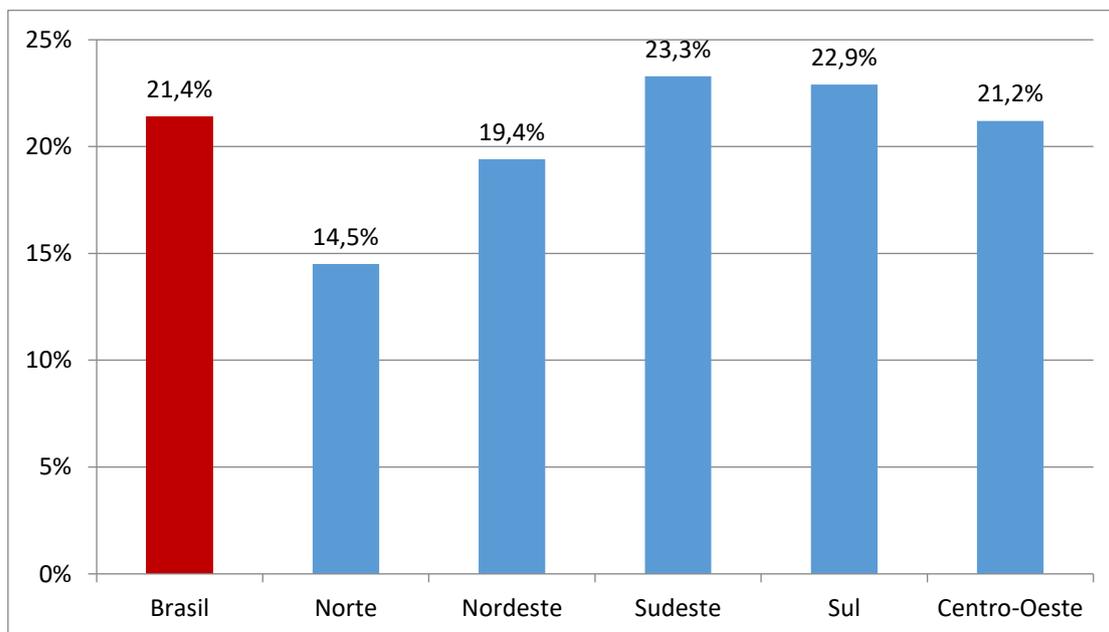
No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (2013), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de HAS foi de 21,4%, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas (IBGE, 2014). Estimativas apontadas por Moreira, Morais e Luiz (2013) demonstram que em 2025 terá um aumento em 60% do número de casos, atingindo uma prevalência de 40%.

No que concerne às características sociodemográficas, observou-se uma maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico de HAS (24,2%), relativamente aos homens (18,3%). Além disso, identificou-se que a proporção de pessoas que referiram este diagnóstico aumentou com a idade. Desse modo, dentre as pessoas na faixa etária de 18 a 29 anos a proporção era de apenas 2,8%, enquanto as de 30 a 59 anos eram 17,8 pontos percentuais maior. Ao refletir as proporções nas faixas etárias consideradas idosos, do total de pessoas com idade entre 60 e 64 anos, 44,4% referiram diagnóstico de HAS, proporção que era de 52,7% entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade (IBGE, 2014).

Ainda, é possível observar algumas outras associações significativas com a HAS, tais como: raça negra ($p < 0,001$), baixa escolaridade ($p = 0,004$), história familiar de hipertensão ($p = 0,004$), obesidade ($p < 0,001$) e adição de sal à mesa ($p = 0,02$) (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Em relação a proporção de indivíduos maiores de 18 anos com HAS por região (Figura 1), verificou-se que nas regiões Sudeste (23,3%) e Sul (22,9%) o diagnóstico médico de HAS é superior a média nacional (21,4%), enquanto as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte apresentam médias inferiores (IBGE, 2014).

Figura 8 - Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013



Fonte: IBGE (2014).

Segundo informações do Vigitel (2015)¹, a frequência, em termos percentuais, de adultos que referiram diagnóstico médico de HAS, estratificado por sexo e capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal (Figura 2), variou entre 15,7% em Palmas e 30,6% no Rio de Janeiro. Destaca-se ainda, que a média de diagnóstico de HAS em todas as cidades foi de 24,9% de modo a prevalecer entre as mulheres com 27,3%, relativamente aos homens com 22%. No sexo masculino, as maiores frequências foram

¹ Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

observadas em Belo Horizonte (26,5%), em Maceió (25,4%) e no Rio de Janeiro (24,5%), e as menores em São Luís (15,6%), Palmas (15,8%) e Boa Vista (16,1%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (35,8%), em Porto Alegre e Maceió (32,7%), e as menores em Palmas (15,7%), Boa Vista (18,7%) e Macapá (19,5%).

Figura 9 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal

Capitais/DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	22,9	20,7 - 25,1	22,0	18,3 - 25,7	23,6	21,0 - 26,3
Belém	21,2	19,1 - 23,3	21,6	18,1 - 25,0	20,8	18,2 - 23,4
Belo Horizonte	27,9	25,7 - 30,2	26,5	22,8 - 30,1	29,2	26,3 - 32,1
Boa Vista	17,4	14,8 - 20,1	16,1	12,0 - 20,3	18,7	15,4 - 22,0
Campo Grande	25,2	23,1 - 27,4	21,1	18,0 - 24,2	28,9	26,0 - 31,8
Cuiabá	21,8	19,1 - 24,4	17,4	13,4 - 21,3	25,8	22,4 - 29,2
Curitiba	22,8	20,8 - 24,7	19,2	16,5 - 21,9	25,9	23,1 - 28,7
Florianópolis	21,3	19,1 - 23,5	17,1	14,0 - 20,3	25,0	22,0 - 28,1
Fortaleza	22,1	20,0 - 24,3	17,2	14,0 - 20,4	26,3	23,4 - 29,1
Goiânia	22,1	18,8 - 25,3	22,6	16,7 - 28,5	21,6	18,4 - 24,9
João Pessoa	25,4	23,0 - 27,9	23,6	19,5 - 27,6	27,0	24,1 - 30,0
Macapá	19,1	16,7 - 21,5	18,7	14,8 - 22,6	19,5	16,7 - 22,3
Maceió	29,4	26,9 - 32,0	25,4	21,6 - 29,2	32,7	29,3 - 36,1
Manaus	21,4	18,7 - 24,2	21,0	16,7 - 25,4	21,8	18,4 - 25,2
Natal	24,7	22,3 - 27,2	21,7	17,8 - 25,6	27,3	24,3 - 30,3
Palmas	15,7	13,8 - 17,7	15,8	12,8 - 18,8	15,7	13,1 - 18,2
Porto Alegre	28,0	25,5 - 30,4	22,1	18,8 - 25,5	32,7	29,3 - 36,2
Porto Velho	19,7	17,2 - 22,2	17,2	13,3 - 21,1	22,4	19,2 - 25,5
Recife	27,4	25,2 - 29,7	23,4	19,9 - 27,0	30,6	27,8 - 33,5
Rio Branco	23,6	20,8 - 26,4	22,6	18,1 - 27,2	24,4	21,1 - 27,8
Rio de Janeiro	30,6	27,6 - 33,6	24,5	19,8 - 29,1	35,8	32,0 - 39,6
Salvador	25,7	23,4 - 28,1	21,4	17,9 - 25,0	29,3	26,3 - 32,4
São Luís	17,9	16,0 - 19,9	15,6	12,6 - 18,6	19,8	17,2 - 22,4
São Paulo	24,7	22,5 - 27,0	23,3	19,8 - 26,8	25,9	23,0 - 28,8
Teresina	21,6	19,3 - 23,8	21,7	18,1 - 25,2	21,5	18,7 - 24,4
Vitória	24,9	22,5 - 27,4	21,7	17,9 - 25,6	27,6	24,5 - 30,8
Distrito Federal	20,4	17,4 - 23,4	18,3	13,9 - 22,7	22,1	18,1 - 26,2

Fonte: BRASIL (2015).

No Ceará, em 2015 verificou-se que aproximadamente 391.253 pessoas com HAS estão em acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre esses

dados a Região de Saúde de Sobral que contempla 23 municípios tem cerca de 37.780 pessoas com HAS acompanhadas. No município de Sobral, cenário do estudo, 15.100 pessoas estão cadastradas e aproximadamente 12.744 foram acompanhados no ano de 2015 (CEARÁ, 2016).

No que se refere a taxa de mortalidade por doenças hipertensivas, o Ceará apresenta o valor de 26,8% por 100.000 habitantes, enquanto que na Região de Saúde de Sobral a taxa é estimada em 20,5%. Nota-se que a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no estado em 2015 foi de cerca 28,6% com 1092 óbitos registrados. Destaca-se ainda, que as principais causas de óbitos como doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias estão associadas a fatores de risco como hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alimentação inadequada e consumo abusivo de álcool e outras drogas. (CEARÁ, 2016).

Nesta perspectiva, a HAS, além de ser uma das principais causas de mortes por doenças do aparelho circulatório, acarreta um ônus socioeconômico elevado, com uma vida produtiva interrompida por invalidez temporária ou permanente, configurando-se com um desafio para a saúde pública (MOREIRA, MORAIS, LUIZ, 2013).

3.3 Epidemiologia da Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das principais emergências de saúde do século XXI. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em todo o mundo, a DM é o terceiro principal fator de risco para mortalidade prematura, depois da pressão arterial elevada e do consumo de tabaco (WHO, 2016a).

Segundo dados do Atlas da Federação Internacional do Diabetes (2015) estima-se que existem atualmente mais de meio milhão de crianças menores de 14 anos com diabetes tipo 1 e um em cada 11 adultos tem diabetes, o que representa 415 milhões de adultos entre 20-79 anos com diabetes em todo o mundo, dos quais 193 milhões são diagnosticados. Projeções demonstraram que no ano de 2015 a diabetes teria causado aproximadamente cinco milhões de mortes, o equivalente a uma morte a cada seis segundos, como também onerado um custo entre 673.000 e 1.197.000 milhões de dólares em gastos de saúde. Além disso, foi responsável por 14,5% de todas as causas de morte na faixa etária de 20-79 anos, isto é maior do que o número combinado de mortes por doenças transmissíveis. Desse modo, se este aumento não for interrompido, em 2040, haverá 642 milhões de pessoas com a doença.

Este mesmo documento, destaca que cerca de 75% das pessoas com DM vivem em países de renda média e baixa, sendo 186,2 milhões em áreas urbanas enquanto 126,7 milhões vivem em áreas rurais. A Figura 3 apresenta o número estimado de pessoas com DM por região do mundo no ano de 2015 e 2040 (projeção) e o Quadro 1 demonstra o ranking dos dez países com maior número de adultos com DM.

Figura 10 - Número estimado de pessoas com Diabetes no mundo e por região em 2015 e 2040 (20-79 anos)



Fonte: FID (2015).

Quadro 1- Dez primeiros países segundo o número de adultos com diabetes

	País	2013	2015	2040 (projeção)
1	China	98,4 milhões	109,6 milhões	150,7 milhões
2	Índia	65,1 milhões	69,2 milhões	123,5 milhões
3	Estados Unidos	24,4 milhões	29,2 milhões	35,1 milhões
4	Brasil	11,9 milhões	14,3 milhões	23,3 milhões
5	Rússia	10,9 milhões	12,1 milhões	12,4 milhões
6	México	8,7 milhões	11,5 milhões	20,6 milhões
7	Indonésia	8,5 milhões	10,0 milhões	16,2 milhões

8	Egito (9º em 2013)	7,5 milhões	7,8 milhões	15,1 milhões
9	Japão (10º em 2013)	7,2 milhões	7,2 milhões	(não divulgado)
10	Bangladesh (não estava na lista em 2013)	—	7,1 milhões	13,6 milhões

Fonte: FID (2015).

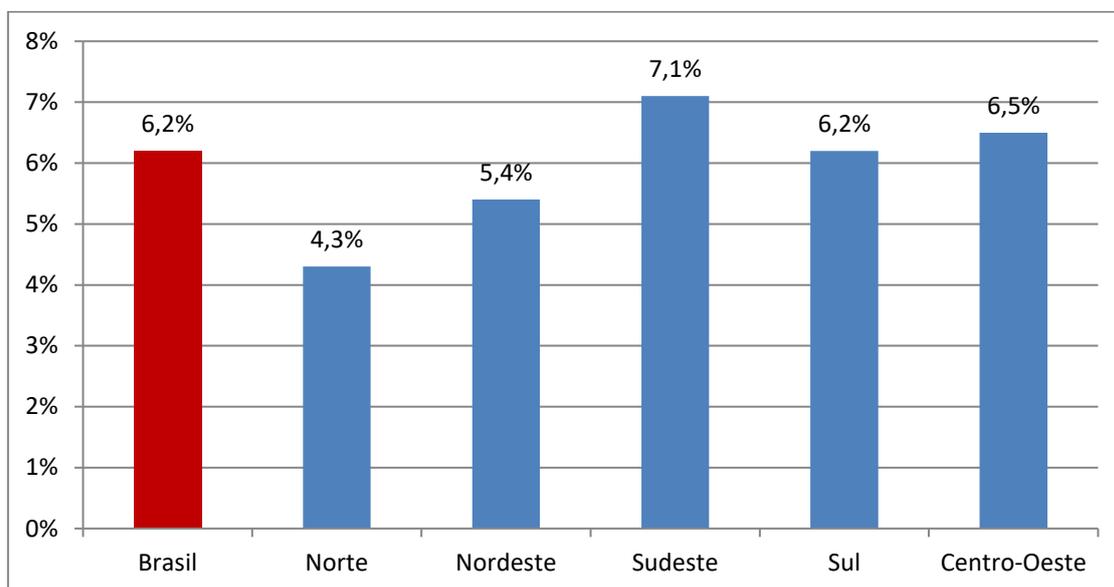
A Federação Internacinal de Diabetes (2015) estima que o número de pessoas com diabetes no Brasil em 2015 era de 14,3 milhões (9,4%) o que o coloca na liderança da região da América do Sul e Central e em 4º lugar mundialmente, atrás apenas de China com 109,6 milhões, Índia com 69,2 milhões e Estados Unidos da América com 29,3 milhões respectivamente. Para 2040 possui uma estimativa de que cerca de 23,2 milhões de brasileiros possuirão diabetes.

No Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde (2013), 500 novos casos de diabetes são diagnosticados todos os dias no Brasil através do SUS. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS estimou que no Brasil 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas (IBGE, 2014).

Em relação às características sociodemográficas, ao considerar a situação do domicílio, na área urbana 6,5% da população de 18 anos ou mais de idade referiu diagnóstico médico de diabetes, enquanto que na área rural a proporção foi de 4,6%. As mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção, relacionado aos homens (5,4%). Em relação aos grupos de idade, quanto maior a faixa etária, maior o percentual, que variou de 0,6%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 19,9%, para as pessoas de 65 a 74 anos de idade. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%. No que se refere à escolaridade, observou se que a faixa de escolaridade que apresentou maior predominância de diagnóstico de diabetes foi de sem instrução e fundamental incompleto, com 9,6% (IBGE, 2014).

Quanto à proporção de indivíduos maiores de 18 anos com DM por região (Figura 4), identificou-se que as regiões Sudeste (7,1%) e Centro-Oeste (6,5%) o diagnóstico médico de DM é superior a média nacional (6,2%), enquanto a região Sul (6,2%) apresenta uma média igual a nacional e as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores proporções, alcançando 4,3% e 5,4% respectivamente (IBGE, 2014).

Figura 11 - Proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico médico de diabetes, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões – 2013



Fonte: IBGE (2014)

Segundo informações do Vigitel (2015), a frequência, em termos percentuais, de adultos maiores de 18 anos que referiram diagnóstico médico de diabetes, estratificado por sexo e capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal (Figura 5), variou entre 3,9% em Palmas e 8,8% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em São Paulo (8,2%), Porto Alegre (8,0%) e Rio de Janeiro (7,7%), e as menores em São Luís (2,8%), Macapá (3,8%) e Palmas (4,3%). No sexo feminino, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente no Rio de Janeiro e em Natal (9,6%) e em Porto Alegre (9,3%) e menos frequente em Palmas (3,5%), Boa Vista (4,4%) e Macapá (5,3%).

Figura 12 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal

Capitais/DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	7,1	5,8 - 8,5	7,2	4,8 - 9,7	7,0	5,5 - 8,5
Belém	6,3	5,1 - 7,5	5,2	3,5 - 6,9	7,3	5,6 - 8,9
Belo Horizonte	7,5	6,3 - 8,8	7,5	5,5 - 9,4	7,6	6,0 - 9,2
Boa Vista	4,6	3,3 - 5,9	4,9	2,9 - 7,0	4,4	2,7 - 6,0
Campo Grande	7,9	6,7 - 9,0	7,1	5,4 - 8,9	8,5	7,0 - 10,1
Cuiabá	6,3	4,8 - 7,7	6,7	4,2 - 9,2	5,9	4,4 - 7,3
Curitiba	7,2	6,0 - 8,3	5,7	4,1 - 7,3	8,5	6,8 - 10,1
Florianópolis	6,7	5,4 - 8,0	6,4	4,2 - 8,5	7,1	5,6 - 8,6
Fortaleza	6,2	5,2 - 7,3	5,5	3,9 - 7,1	6,9	5,4 - 8,3
Goiânia	7,0	4,7 - 9,2	7,0	3,6 - 10,4	6,9	4,0 - 9,9
João Pessoa	6,2	5,0 - 7,3	5,1	3,5 - 6,8	7,0	5,4 - 8,6
Macapá	4,6	3,6 - 5,6	3,8	2,3 - 5,2	5,3	3,9 - 6,7
Maceió	7,3	6,1 - 8,6	5,8	4,1 - 7,6	8,5	6,8 - 10,2
Manaus	7,2	5,6 - 8,8	6,4	4,3 - 8,5	7,9	5,6 - 10,2
Natal	7,8	6,4 - 9,2	5,8	4,0 - 7,5	9,6	7,5 - 11,7
Palmas	3,9	2,8 - 5,0	4,3	2,4 - 6,1	3,5	2,3 - 4,7
Porto Alegre	8,7	7,2 - 10,3	8,0	5,9 - 10,1	9,3	7,1 - 11,5
Porto Velho	5,5	4,0 - 7,0	4,5	2,2 - 6,9	6,6	4,7 - 8,5
Recife	7,6	6,3 - 8,8	6,6	4,7 - 8,5	8,3	6,7 - 9,9
Rio Branco	6,7	5,1 - 8,2	6,0	3,7 - 8,4	7,2	5,1 - 9,4
Rio de Janeiro	8,8	6,9 - 10,6	7,7	5,0 - 10,5	9,6	7,2 - 12,1
Salvador	7,4	6,0 - 8,8	6,0	3,9 - 8,0	8,6	6,8 - 10,4
São Luís	4,4	3,5 - 5,4	2,8	1,7 - 3,9	5,8	4,3 - 7,2
São Paulo	7,7	6,4 - 9,1	8,2	6,0 - 10,4	7,3	5,8 - 8,9
Teresina	6,5	5,3 - 7,8	6,7	4,6 - 8,7	6,4	5,0 - 7,9
Vitória	6,6	5,3 - 7,9	6,9	4,7 - 9,2	6,4	4,9 - 7,9
Distrito Federal	7,0	4,8 - 9,1	6,5	3,1 - 9,9	7,4	4,7 - 10,1

Fonte: BRASIL (2015).

Em relação ao Estado do Ceará, a DM juntamente com doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas vem ocupando um maior espaço no perfil da morbidade e mortalidade da população. Desse modo, a taxa de mortalidade proporcional por DM aumentou de 19,4 em 1998 para 24,2 em 2005 (CEARÁ, 2006).

Em um estudo realizado por Santos et al. (2014) foram registradas 51.317 hospitalizações por DM em pessoas de 20 ou mais anos de idade no período de 2001 a 2012 no estado do Ceará, sendo a maioria do sexo feminino (58,4%). Além disso,

evidenciou-se que na medida em que aumentava a idade, aumentava as taxas de hospitalização por DM.

Neste contexto, destaca-se à carga de prejuízos que a DM acarreta, tais como o surgimento de complicações e incapacidades e perda de produtividade, o que gera implicações diretas para a qualidade de vida das pessoas com DM, bem como a necessidade de atenção, prevenção, vigilância e promoção da saúde (LERARIO et al., 2008; DUARTE et al.; 2013)

3.4 Modelo de Atenção às Condições Crônicas

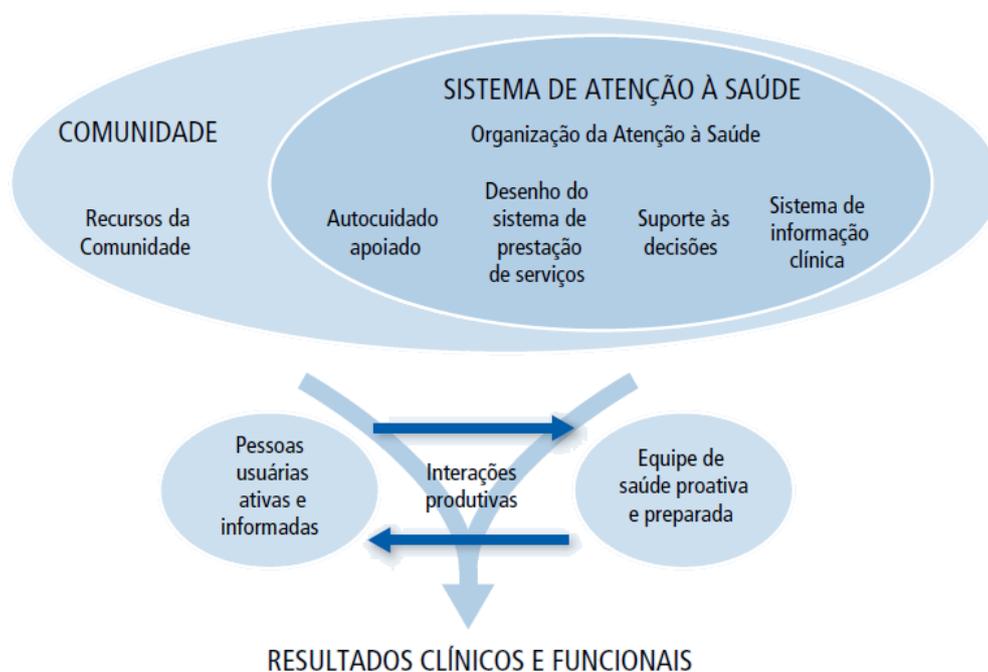
As doenças crônicas têm aparecido, nos cenários mundial e nacional, como responsáveis pelo aumento massivo nos perfis de mortalidade e incapacidades funcionais, provocado por inúmeros fatores, que incluem urbanização, globalização econômica, medidas políticas e sociais, questões de injustiça social, bem como o envelhecimento populacional (CIE, 2010; CAMPOLINA; ADAMI; SANTOS; LEBRÃO, 2013).

Tal situação suscita a necessidade de modificar a gestão da doença crônica, a partir de novos modelos assistenciais. Entre esses modelos, segundo a Organização Pan-americana da Saúde (2010), destaca-se o Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model (CCM)*, desenvolvido por Wagner e colaboradores (1998) no *MacColl Institute for Health Innovation de Seattle*, Estados Unidos da América (EUA), considerado o modelo seminal e o mais apropriado para o cuidado com as doenças crônicas, por ter sido validado e estar sendo utilizado em mais de dez países. Ressalta-se, ainda, o fato de esse modelo constituir-se em um esquema básico, mas abrangente, para organizar a atenção às doenças crônicas e cumprir o requisito de se basear em dados cientificamente comprovados, na perspectiva populacional e centrados nos usuários (WAGNER, 1998; MENDES, 2012). A Figura 6 apresenta o CCM.

A proposta do CCM foi aperfeiçoada e adaptada aos contextos de outros países, fazendo surgir vários modelos em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos. Salienta-se ainda, o Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC), proposto pela Organização Mundial da Saúde (2003), enquanto uma importante expansão do CCM. Este modelo propõe três âmbitos de aplicação: o âmbito macro, o âmbito meso e o âmbito micro. O âmbito macro é o das macropolíticas que regulam o sistema de atenção à saúde; o âmbito meso é o das organizações de saúde e

da comunidade; e o âmbito micro é o das relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias (SINGH; HAN, 2006; WHO, 2003).

Figura 6 - O Modelo de Atenção Crônica - Chronic Care Model (CCM).



Fonte: WAGNER (1998) apud MENDES (2012). Autorização de uso de imagem concedida pelo American College of Physicians.

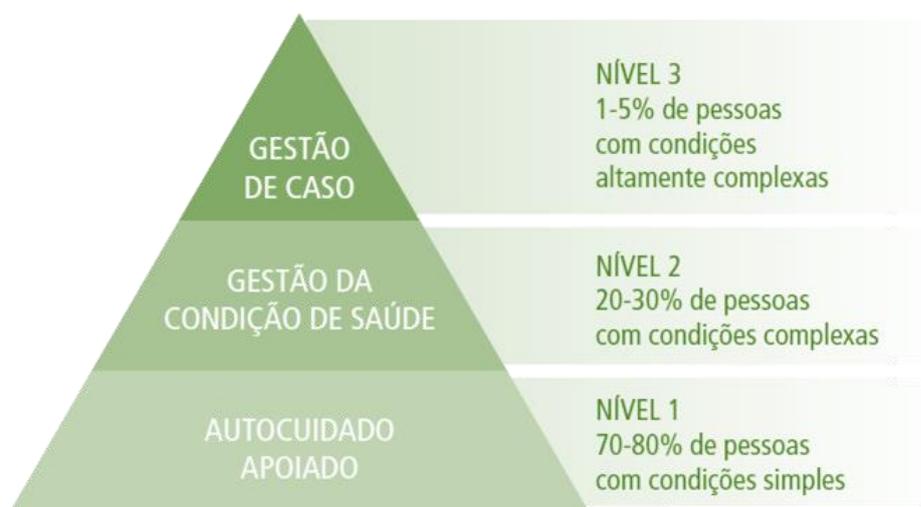
No Brasil, o CCM tem sido utilizado, pelo menos parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CURITIBA, 2010), na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (OPAS, 2010), no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre (CENTRO DE PESQUISAS EM AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2011). Destaca-se ainda, que o CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde no Projeto Qualidia (BRASIL, 2011c) e no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, a partir de evidências e experiências no cenário internacional acerca dos modelos de atenção à saúde, Mendes (2011) adaptou um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro, tendo em vista as suas singularidades. Desse modo, o MACC, foi construído

com base no referido CCM, no Modelo da Pirâmide de Riscos e no Modelo da Determinação Social da Saúde (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

O Modelo da Pirâmide de Riscos, desenvolvido pela operadora de planos de saúde dos Estados Unidos Kaiser Permanente e utilizado em vários países, constitui-se como a base da estratificação dos riscos no manejo das condições crônicas. Dessa maneira, possibilita a definição de estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Assim, a partir da identificação dos diferentes estratos de riscos da população determina-se a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada. Em condições simples o autocuidado apoiado e em condições complexas e altamente complexas o cuidado profissional por meio da gestão da condição de saúde e da gestão de caso, respectivamente (MENDES, 2012). A Figura 7 apresenta de forma esquemática este modelo.

Figura 7- O modelo da pirâmide de riscos



Fonte: DEPARTMENT OF HEALTH (2005); PORTER; KELLOGG (2009).

No que se refere ao Modelo da Determinação Social da Saúde Dahlgren e Whitehead (Figura 8), este aponta que os determinantes sociais estão vinculados aos comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho, bem como relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural, com íntima relação entre eles (CNSDSS, 2008).

Neste sentido, o Modelo da Determinação Social da Saúde permite a compreensão dos problemas em uma dimensão macro e microssocial. Na dimensão macrossocial, cabe ao setor saúde demonstrar a relação existente entre as iniquidades de saúde ocasionadas pelas iniquidades sociais, e desta forma subsidiar a construção de políticas públicas atravessadas pelos princípios da universalidade e equidade. No nível microssocial, pode-se facilitar o acesso por meio de articulações interinstitucionais e intersetoriais e pela participação social (MAEYAMA et al., 2015).

Figura 8 - O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead



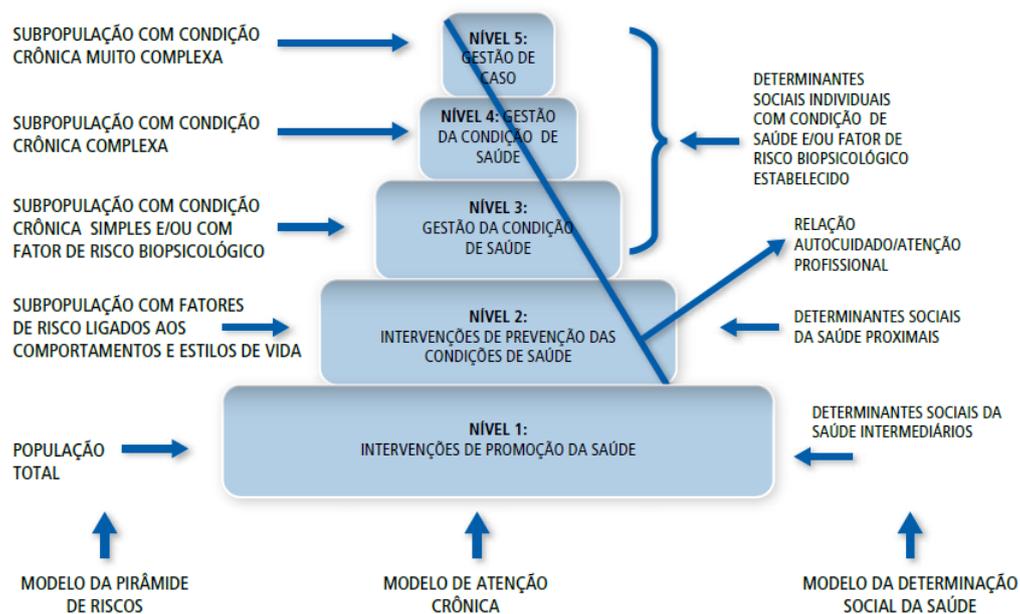
Fonte: CNSDSS (2008).

Neste contexto, o MACC (Figura 9) relaciona as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias. Dividindo-se em: **nível 1:** intervenções de promoção da saúde; **nível 2:** intervenções de prevenção das condições de saúde; **nível 3:** gestão da condição de saúde; **nível 4:** gestão da condição de saúde e **nível 5:** gestão de caso (MENDES, 2012).

Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros e estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação. Dessa forma, a implantação do MACC deverá envolver um plano estratégico que articule intervenções de forma coordenada. Assim, no nível 1 do MACC as intervenções se darão no território em que vivem as famílias adscritas a uma equipe da ESF; nos níveis 2, 3, 4 e 5, o foco das intervenções estará nas microrrelações clínicas entre uma equipe da ESF e as pessoas

usuárias e suas famílias, a ela adscritas, ou seja, no microsistema clínico (MENDES, 2012).

Figura 9 - O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES (2012).

Moysés, Silveira Filho e Moysés (2012) a partir das experiências do Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS de implantação do MACC na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alvorada em Curitiba, afirmam que este modelo tem em sua proposta o uso de recursos comunitários, a fim de melhorar a organização dos serviços de saúde, bem como a utilização de novas tecnologias de abordagem às condições crônicas.

3.5 Gestão e Avaliação em Saúde na perspectiva das condições crônicas

A gestão do cuidado às condições crônicas pode ser compreendida como a utilização de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, a qualidade de um serviço de atenção tem três componentes determinantes, a excelência técnico-científica, a qualidade da relação entre profissionais e pacientes e os aspectos de organização e distribuição de recursos. A excelência técnico-científica corresponde ao fazer em saúde de modo correto. A qualidade da relação com o paciente está diretamente ligada à empatia com o paciente e seu sofrimento, respeitando suas preferências e valores. E o terceiro componente é relacionado à forma como as organizações desenham a oferta de cuidados em um contexto de limitação de recursos, de forma a aperfeiçoar-los, melhorando o acesso, a prontidão e reduzindo o retrabalho (GRABOIS, 2011).

Grabois (2011) ainda afirma que devem ser disparados esforços para garantir qualidade, de forma a prevenir, detectar e superar três problemas, a saber: a superutilização de serviços desnecessários ou inapropriados; a subutilização de serviços necessários; e o desempenho ruim em termos técnicos e interpessoais, de maneira a obter um cuidado com qualidade, com melhores resultados e com o mais baixo custo possível.

Nesse sentido, faz-se necessário a utilização de tecnologias de gestão que possam mediar os processos de trabalho e qualificar o cuidado em saúde. Segundo Mendes (2012) e Portela e Martins (2008), estas tecnologias de gestão do cuidado seriam: a gestão de casos; a gestão de patologia; o autocuidado apoiado, a adoção de diretrizes clínicas, o monitoramento de indicadores de processo e resultado, entre outras.

Assim, compreende-se a importância da avaliação em saúde enquanto meio e processo de gestão da atenção. Para Hartz e Silva (2005), a avaliação constitui-se como uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, ou seja, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas também, planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões.

Desse modo, a avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque e configura-se como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não somente no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007; SANCHO; DAIN, 2012).

Todavia, vale destacar que a avaliação é uma área em que são utilizados vários conceitos e possui vários objetivos, o que indica a riqueza do campo, mas, por outro lado, acarreta dificuldades à comunicação clara sobre o tema (FURTADO, 2001).

Assim, avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Os autores destacam que esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Dessa maneira, a avaliação tem como objetivo ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (Objetivo Estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (Objetivo Formativo); determinar efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida ou interrompida (Objetivo Somativo); utilizar os processos de avaliação para transformar uma situação problemática (Objetivo Transformador); e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (Objetivo Fundamental) (SAMICO; FELISBERTO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) corroboram a afirmar que a avaliação utiliza métodos de pesquisa e julgamento, entre os quais vale salientar: a determinação de padrões para julgar a qualidade e concluir se esses padrões devem ser relativos ou absolutos; a coleta de informações relevantes; e a aplicação dos padrões para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância.

Neste ínterim, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. No entanto, a avaliação não é feita rotineiramente no cotidiano dos serviços de saúde, ou pelo menos enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Nesta perspectiva, tendo como referência a ESF enquanto ordenadora da rede de atenção à saúde no SUS, emerge-se a necessidade de realização de pesquisas avaliativas, em especial sobre a qualidade da atenção (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010). Assim, a avaliação da efetividade da atenção às condições crônicas deve permitir a construção de conhecimentos que apoiem as transformações a serem implementadas no cotidiano dos serviços. Dessa forma, faz-se necessário reconhecer a complexidade da ESF e utilizar abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas combinando estratégias e técnicas, garantindo precisão e

validade dos resultados, bem como favorecendo a articulação de tempos técnicos e políticos (DE SALAZAR, 2011).

3.6 Avaliação da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes: Estado da Questão

Com o objetivo de identificar as lacunas do conhecimento, buscou-se conhecer a partir da literatura brasileira as pesquisas e/ou experiências de avaliação da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2017, buscou-se publicações brasileiras, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bases de Dados Específica da Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), foram utilizados os operadores lógicos booleanos AND (e) e OR (ou) em conjunto com os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Avaliação em Saúde AND Atenção à Saúde OR Assistência à Saúde AND Doença Crônica OR Hipertensão OR Diabetes Mellitus. Com a definição dos descritores foi possível eleger a amostra inicial da pesquisa 173 produções.

Para os critérios de inclusão foram usados: artigos disponíveis na íntegra publicados entre os anos de 2011 a 2016 em português, e que respondessem à pergunta norteadora “Quais os estudos que tratam da avaliação das condições crônicas hipertensão e diabetes?” o recorte temporal foi realizado a partir do ano de 2011 tendo em vista a publicação do Plano de ações estratégicas do Ministério da saúde (BRASIL, 2011a).

A partir da filtragem desses critérios foi realizado o cruzamento dos descritores obtendo como resultado 75 produções. Em seguida, fazendo uma leitura crítica dos títulos e resumos, foi considerado como critério de exclusão: artigos repeditos nas bases de dados, tais artigos excluídos apenas uma vez, também os que não respondiam à pergunta norteadora. Com isso, das 75 publicações, foram encontradas 08 repetidas uma vez e 61 não respondiam a temática desse estudo, desse modo obteve-se como amostra final 06 artigos.

Para a obtenção dos dados dos artigos foi utilizado um instrumento de coleta estruturado que abrange identificação do artigo original, características metodológicas

do estudo, intervenções estudadas e resultados encontrados, o qual foi adaptado para atender a demanda da pesquisa em questão.

Para que houvesse um filtro inicial, foi realizada uma primeira leitura dos resumos e títulos, a fim de selecionar os artigos relativos ao tema proposto e posterior leitura completa dos mesmos. A análise dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, a partir da observação do instrumento que foi adaptado em estudo prévio e do fichamento de informações reunidas em um quadro sinóptico, visando facilitar a revisão.

No quadro 2 encontram-se os descritores utilizados para obtenção da amostra final do presente estudo apresentando o quantitativo de artigos encontrados nas bases de dados após os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 2. Descrição dos artigos encontrados segundo base de dados e critérios de inclusão e exclusão. Sobral, Ceará, 2017

Descritores	"Avaliação em Saúde" AND "Atenção à Saúde" OR "Assistência à Saúde" AND "Doença Crônica" OR "Hipertensão" OR "Diabetes Mellitus"		
Base de Dados	Busca Inicial	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
LILACS	133	60	5
BDENF	40	23	1
MEDLINE	3	1	0
SciELO	0	0	0
Total	176	84	6

Fonte: Própria

A partir da amostra final do estudo observamos que cinco dos seis estudos estão em bases de dados de ciências da saúde em geral e apenas uma em bases de dados específica da área de enfermagem. Logo abaixo, no quadro 3, está a apresentação dos artigos que compuseram este estudo.

Quadro 3. Descrição dos artigos que compuseram a amostra do estudo – Sobral, 2017

Nº	Autores	Título	Local do Estudo	Periódico/Ano
----	---------	--------	-----------------	---------------

1	SILVA et al.	Assistência ao Hipertenso na Atenção Primária a Saúde em Divinópolis, Minas Gerais: Uma Análise Diagnóstica.	Divinópolis/MG.	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2012
2	ALENCAR et al.	Avaliação de resultados em um serviço de atenção secundária para pacientes com Diabetes mellitus	Barbalha/CE	Acta Paulista de Enfermagem, 2012
3	MATTOS; CACCIA-BAVA; BARBOSA.	Índice de Saúde Aplicado ao Município de Araraquara, SP: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica	Araraquara/SP	Revista Brasileira de Epidemiologia, 2013
4	SCHWAB et al.	Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba	Curitiba/PR	Saúde em Debate, 2014
5	RAUPP et al.	Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios	Em seis municípios/RS	PHYSIS: Revista De Saúde Coletiva, 2015
6	SANTOS et al.	Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE)	Recife/PE	Saúde em Debate, 2015

Fonte: Própria.

Dos 06 artigos analisados observou-se que dois (2 e 6) são da região nordeste, dois (1 e 3) da região sudeste e dois (4 e 5) da região sul, fato relevante para análise das avaliações das condições crônicas nessas regiões do País. Os estudos (1, 2, 3, 4, 5 e 6)

apresentam diferentes tipos de metodologias de avaliação e apresentam resultados análogos em relação à implantação de programas para as DCNT (HAS e DM), visão do usuário, profissionais da saúde, redes de atenção à saúde e conclusões.

Em relação aos periódicos das publicações, duas (6 e 4) pertencem a revista *Saúde em Debate*, as demais publicações seguem em periódicos diferentes. O estudo publicado na revista *Acta Paulista de Enfermagem* apresenta todos os autores com titulação de enfermeiros, as outras titulações dos profissionais dos estudos selecionados para esta revisão incluem médicos, fisioterapeutas, odontólogos e psicólogos, a enfermagem está presente em cinco das seis produções e ausente apenas no artigo (6).

A ordem cronológica do Quadro 3 está disposta em relação ao ano de publicação dos estudos, dentro do reconto temporal de 2011 a 2016 os artigos identificados que respondem a temática da presente revisão encontram-se nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015 pode-se suscitar que o predomínio das publicações nos anos posteriores a 2011 está relacionada a publicação do Plano de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (BRASIL, 2011a).

Com a análise dos resultados das publicações organizaram-se três categorias temáticas: Atenção às condições crônicas HAS e DM na rede SUS; Avaliação da estrutura e processo para atenção às condições crônicas HAS e DM; Avaliação dos resultados da atenção às condições Crônicas.

3.6.1 Atenção às condições crônicas HAS e DM na rede SUS

Com a análise dos estudos selecionados para esta revisão, pode-se observar que a HAS e a DM possuem grande impacto Epidemiológico afetando diretamente os sistemas de saúde. Os artigos (1, 3, 4 e 5) avaliam ao nível da atenção primária, o artigo (2) ao nível da atenção secundária e o artigo (6) avalia os três níveis de atenção a partir da avaliação implantação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) em Recife, esses níveis são organizados e fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os estudos (4 e 6) exemplifica a introdução desse novo modelo de atenção as condições crônicas (SANTOS et al, 2015; BRASIL, 2015).

O artigo (6) analisa a RAS ao portador de DM. Como um modelo lógico de atenção à saúde para pessoas com DCNT sendo possível entender melhor uma parte do processo de atenção do usuário que possui DM atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A rede é composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada

(AE), Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Sistema Logístico (SL) e Sistema de Governança (SG). Pretende fortalecer a promoção da saúde, prevenção mais voltada às ações de diagnósticos, reabilitação, tratamento e redução de danos (BRASIL, 2013).

Limitações são relatadas na maioria dos estudos desta revisão, os referentes à APS são: falta de material para cadastramento dos usuários (1, 5 e 6), dificuldade na criação de protocolos (1, 4 e 6) não realização de estratificação por risco (6 e 5). Os outros componentes listados pelo estudo (6) apresentam semelhança no que se refere às suas limitações sendo estas específicas de cada um.

O SADT tem por objetivo a integralidade e resolubilidade da atenção, mas apresenta fragilidade por ser iniciante na realização das atividades de matriciamento e gestão compartilhada. A SL qualifica a gestão garantindo a integralidade e equidade, no entanto apresenta fragilidade na comunicação entre as RAS e possui regulação sem comando definido, por último a SG “Qualificar a estrutura e o processo de trabalho da gestão” (6), porém possui deficiência na organização gestão, equipe insuficiente, não realiza a programação orçamentária, deficiência nas avaliações e comunicação (RONZANI; STRALEN, 2003).

3.6.2 Avaliação da estrutura e processo para atenção às condições crônicas HAS e DM

No que se refere à estrutura para o enfrentamento das condições crônicas, os artigos encontrados demonstraram que a RAS e as inovações de modelos propostos ainda não atingiram a proporção esperada. No estudo (1) a falta de capacitação dos profissionais da atenção básica para atender a usuário com HAS foi apontada. Outro aspecto encontrado foi à carga horária semanal ineficaz dos profissionais de enfermagem para o atendimento integral da HAS. Constatou-se ainda a falta de registros nos prontuários e a realização inadequada das consultas (BRASIL, 2013; SILVA; OGATA; MACHADO, 2007)

O artigo (6) analisou a implantação da RAS em relação às DCNT avaliando a estrutura e processos da rede de saúde em Recife, a estrutura foi caracterizado pelo Espaço físico, Recursos humanos capacitados, Medicamentos, Equipamentos e material. Foram atribuídas porcentagem para diagnosticar o percentual de implantação adequado ou inadequado dos componentes da RAS para a estrutura. Em relação à APS sua

estrutura foi considerada inadequada obtendo pontuação melhor referente ao espaço físico. A AE foi considerada parcialmente adequada, mas apresentou inexistência de protocolos. No SADT foi considerado parcialmente adequado. A SL teve o pior desempenho, apresentou ausência de prontuários eletrônicos muito embora tenha sido considerada totalmente implantada a central de marcação de consultas. O SG apresentou os melhores resultados com dificuldades apenas no recurso humano. Pode ser observado o desafio de implantação da RAS e sua integração dos componentes de atenção em saúde (BRASIL, 2011a).

A dimensão dos processos da RAS e discutida nos artigos (6 e 1) e abrangem Cadastramento de usuário; Estratificar por risco; Promover continuidade do cuidado; Realizar atendimento em tempo oportuno; Ofertar leitos; Ofertar exames; Ofertar medicamentos; Ofertar transporte sanitário; Prestar assistência especializada nos casos mais complexos; Promover capacitações aos profissionais; Estabelecer fluxos assistenciais; Articular serviços/ações de saúde; Realizar programação orçamentária. Articular projetos intersetoriais; Desenvolver autocuidado apoiado e Desenvolver gestão de caso, artigo (6).

No estudo (1) os processos são avaliados quanto ao número de consultas de enfermagem e médica e pela a realização de exames. O que foi percebido com a análise de ambas as publicações é que os processos que foram avaliados não correspondem à realidade esperada pela RAS para o atendimento as DCNT HAS e DM.

3.6.3 Avaliação dos resultados da atenção às condições Crônicas

O estudo (4) avaliou a percepção de usuários e equipes de saúde para inovações da atenção as condições crônicas, com as intervenções realizadas demonstrou um percentual positivo após um ano da implantação maior para os usuários e estável com leves aspectos positivos para a equipe de saúde.

O estudo (2) destaca a Diabetes Mellitus em um serviço da atenção secundária, é neste nível de atenção que são ofertados serviços especializados e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária realizando procedimentos de média complexidade. O objetivo do estudo foi avaliar os resultados dos indicadores de controles da HAS, hemoglobina glicada e lipoproteína de baixa densidade, e obteve como resultado, tomando como base as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).

Os resultados deste estudo revelaram que 92 (85,1%) dos prontuários investigados, eram do gênero feminino e 37 (34,3%) estavam na faixa etária entre 70 e 79 anos. Os indicadores para hemoglobina A1c apresentaram < 7%, dos 108 investigados, 99 (93,5%) tinham registro em prontuários clínicos. Destes, apenas 30 (30,3%) alcançaram a meta estabelecida. Para a PA < 130/80 mmHg, 108 (100%) dos pacientes com DM tinham registro em prontuário, mas apenas 52 (48,1%) cumpriram a meta preconizada. Em relação ao colesterol LDL-C < 100mg/dl, dos 85 (78,7%) registros, 36 (42,3%) alcançaram o alvo proposto pela SBD.

O estudo (5) avalia a atenção às condições crônicas a partir da visão de 12 usuários que possuem alguma dessas condições e que são atendidos pela RAS de seus municípios. A comunidade avalia a saúde através de seus próprios valores e expectativas a respeito da atenção recebida. Desse modo no estudo em questão pode-se observar a visão dos usuários em alguns aspectos importantes da atenção, no que se refere ao tempo de diagnóstico de um agravo que levou a procura por um serviço de saúde os usuários referiram demora em receber o diagnóstico, muito embora nenhum referiu demora no tratamento após o diagnóstico.

A maioria dos usuários deste estudo só procurava a rede de atenção à saúde quando apresentavam condições agudas ou agudização de alguma condição crônica, essas condições eram prioritárias no modelo de atenção em pirâmide, para o novo modelo RAS. Também foi percebido a não participação nos programas criados pelo Plano de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, muitos não participavam das atividades da Unidade Básica de Saúde e quando participavam era por apresentarem alguma doença.

Neste contexto, o estado da questão revelou que publicações realizadas em diferentes regiões do país, apesar de poucas, foi possível ter uma noção da abordagem da RAS para as DCNT HAS e DM nessas regiões. As metodologias avaliativas utilizadas foram diferentes em cada estudo. Foi evidenciado as diversas questões que dão uma ideia da situação da implantação da RAS e dos sistemas propostos para o controle das DCNT. Pode-se verificar que algumas metas dos programas de saúde não foram completamente estabelecidas em alguns estudos.

Há dificuldades a serem enfrentadas pela gestão em saúde. As RAS precisam utilizar melhor seus recursos e buscar melhorias em suas ações. Para a maioria dos usuários portadores de HAS e DM que utilizam os serviços de saúde, mesmo leigos quanto ao processo de organização, apresentaram avaliações positivas em relação ao

atendimento, muito embora reconheçam a necessidade de melhora em todos os níveis de atenção. A avaliação dos estudos mostrou impactos importantes da HAS e DM em diversas regiões do país, apresentando semelhanças em seus resultados.

Com isso foram identificados poucos estudos que desenvolvem avaliação das DCNT. Há uma necessidade de novos estudos avaliativos no que se refere às condições crônicas hipertensão e diabetes tendo em vista o contexto epidemiológico causadas por essas condições, desse modo a HAS e DM constituem importante relevância no mundo e não podem ser vistas de maneira diferente.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico desta pesquisa será a Avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis, empregado na América Latina e proposto por De Salazar (2011a).

Esta avaliação tem como pressuposto a avaliação de intervenções complexas, tais como a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes. De Salazar (2011b, p. 101) traz como premissas gerais para a avaliação de intervenções complexas:

“I) A avaliação deve ter em conta as mudanças no estado de saúde da população, como o desempenho dos componentes essenciais da intervenção e a influência, real ou potencial do contexto e determinantes sociais.

II) As abordagens para a avaliação devem ser inovadoras, uma vez que se reconhece a dificuldade de se estabelecer relações causais acerca da efetividade das intervenções interdisciplinares, multifacetadas e do produto ambientes complexos e em constante mutação.

III) A avaliação deve basear-se, em primeiro lugar, em modelos e métodos que levam em conta a natureza mutável e multiestratégica das intervenções; e em segundo lugar, em associações lógicas dentro do contexto social em que se desenvolve a intervenção, e não somente em associações estatísticas. Portanto, a avaliação deve aplicar uma combinação de métodos e técnicas qualitativas e quantitativas apoiadas, quando possível, em técnicas de triangulação de informações.

IV) A avaliação deve incorporar em seu desenho metodológico formas eficientes e confiáveis de informação, de modo que possa ser viável e realizadas com a periodicidade necessária, usando fontes existentes e criando novas opções, se necessário. Exemplos disso são os sistemas de vigilância epidemiológica, estatísticas vitais, registros municipais, formas autóctones de comunicação, relatórios e informes de progresso dos projetos comunitários, informes de monitoramento e avaliação, observatórios epidemiológicos e sociais, entre outros.

V) A avaliação deve considerar como importantes fontes de informação, os sistemas formais e informais de comunicação e informação, que fazem parte do cotidiano das comunidades e instituições, tais como os resultados de outros exercícios de avaliação participativa (OPS, 2003).

VI) A avaliação deve ter em conta o desenho metodológico na natureza mutante das intervenções de saúde e, mais importante explicar as razões que induzem as alterações. Esta atividade é alcançada a partir de um processo permanente de documentação e reflexão da experiência; ou seja, se existe um processo de sistematizar o mesmo (DE SALAZAR, 2002). Deve-se reconhecer que é inadequado avaliar a efetividade das intervenções quando não há certeza de que foi o que foi implementado e o contexto em que desenvolveram tais intervenções. A sistematização, incorporadas nos programas, torna-se uma ferramenta eficaz para fornecer as informações necessárias para o processo de avaliação, dada a sua bondade para gerar análises crítica e reflexiva das experiências em um trabalho coletivo-participativo.

VII) A avaliação deve emergir e ser conduzida por coalizões entre os setores e os atores comprometidos na intervenção, a fim de garantir sua ativa e permanente participação, reunindo suas percepções, interesses, contribuições e pontos de encontro, assim como seus pontos de vista na identificação e explicação das correlações entre variáveis ou categorias de estudo. Esta participação deve contribuir para a seleção de perguntas que você deseja responder e as formas de comunicar e utilizar os resultados.

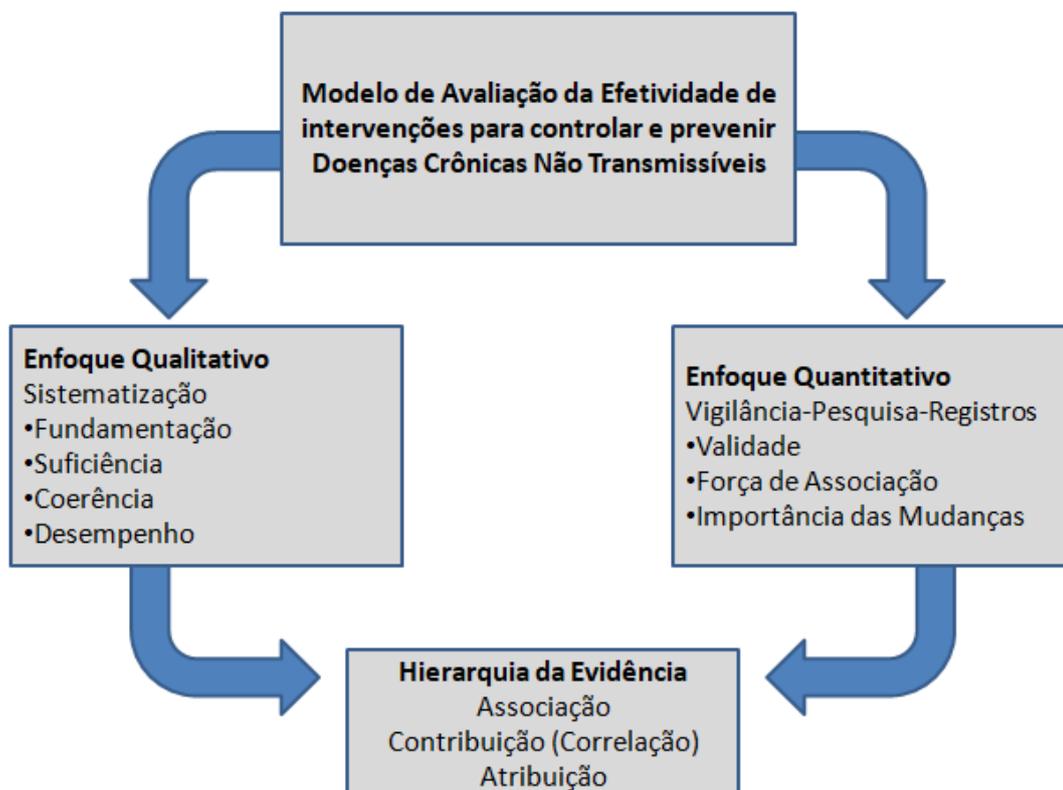
VIII) A avaliação deve ser integral e com compromisso social; deve ter um propósito definido e ser parte de um processo sistêmico que quebra seus elementos constitutivos para fins de observação,

descrição, relação e valorização, mas os integra na análise para explicar os fenômenos sociais da realidade e considerá-los nos planos de melhoramento ou para a adoção ou a criação de novos programas.”

Assim, a concepção da avaliação deve tender a uma interpretação e compreensão abrangente dos fenômenos encontrados a partir de uma análise abrangente do contexto/estrutura, o processo e os resultados. Neste contexto, a avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis configura-se como um modelo de avaliação resultado de um projeto de pesquisa financiado por *Colciencias*, que foi desenvolvido entre 2008 e 2010, com o objetivo de projetar e testar um modelo de avaliação de impacto e da efetividade das intervenções destinadas a prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco de comportamento associado, utilizando as informações disponíveis, tais como os sistemas de vigilância em saúde pública e registros institucionalizados (DE SALAZAR, 2011b).

Este modelo de avaliação foi realizado em quatro cidades latinoamericanas, a saber: Cali e Medellín (Colômbia), Mar del Plata (Argentina) e Estado Lara (Venezuela). A partir destas experiências, identificou-se que este modelo é aplicável, todavia faz-se necessária uma definição precisa da intervenção, com base não somente no protocolo proposto, mas também no resultado da prática e no contexto em que se realiza. Vale destacar ainda, a necessidade de refletir acerca da disponibilidade e qualidade de informações sobre o processo de implementação e os fatores que influenciaram tanto a intervenção como os resultados, como é o caso dos determinantes sociais e as estratégias/mecanismos que favorecem a articulação entre a vigilância, a avaliação e as políticas públicas (DE SALAZAR, 2011a). A figura 10 apresenta de forma esquemática esse modelo.

Figura 10 – Modelo de Avaliação da efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: DE SALAZAR (2011). Traduzido pelo próprio autor (2017).

Neste ínterim, a avaliação deve buscar responder os seguintes questionamentos:

1. Qual é a magnitude do problema e como ele é distribuído na população? Quais as suas relações com os determinantes da saúde? Quem são os mais afetados? Qual a linha de base?.
2. Quais as mudanças na prevalência de doenças crônicas e fatores de risco/comportamento na população durante o período de estudo? Quais as tendências?
3. As Mudanças nas prevalências dependem da presença de fatores biológicos, sociais, geográficas e econômicas?
4. Pode atribuir alterações à intervenção implementada?
5. Como relacionar as conclusões com outros estudos semelhantes? Quais as evidências sobre intervenções para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis? (DE SALAZAR, 2011b, p. 144).”

Desse modo, o este modelo avaliativo, referencial teórico e metodológico desta pesquisa é fundamentado em componentes teóricos, técnicos e gerencial. Assim, o componente teórico deste modelo baseia-se no reconhecimento não somente da multicausalidade das condições crônicas, como também a complexidade das intervenções de atenção a estas condições. No que se refere ao componente técnico, destaca-se a importância de se articular o sistema de vigilância destas condições crônicas e avaliação em saúde. Ou seja, é necessário analisar o quadro lógico e o desempenho intervenção, tendo em vista o contexto e os fatores que podem influenciá-la. Além disso, deve-se estabelecer a importância e a significância estatística das mudanças na prevalência das condições monitoradas. Em relação ao componente gerencial, salienta-se que as informações produzidas devem influenciar a gestão e transformação das instituições e territórios, de forma a produzir informação política e técnica para a tomada de decisões (DE SALAZAR, 2011b). A figura 11 apresenta a matriz de variáveis e indicadores de Avaliação da efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Figura 11 – Matriz de variáveis e indicadores de Avaliação da efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: DE SALAZAR (2011). Traduzido pelo autor (2017).

Neste sentido, no Brasil Moysés, Silveira Filho e Moysés (2012) avaliaram o modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba a partir da adaptação da Matriz proposta por De Salazar (2011a). A matriz adaptada incluiu as seguintes dimensões:

- “1. Análise da qualidade do desenho da intervenção, o que inclui a sistematização da experiência com foco na sua fundamentação teórica, suficiência e viabilidade de implementação, descrição de atividades e recursos, além da definição de indicadores de sucesso;
2. Análise de contexto e estrutura, o que permitirá a análise do contexto onde as ações estão sendo implementadas, tanto nos aspectos relativos ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto na

percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às condições crônicas;

3. Análise de processos em curso, buscando identificar mudanças em indicadores e no processo de trabalho, bem como na percepção das equipes e usuários sobre as mudanças ao longo do tempo;

4. Análise de resultados intermediários por condição de interesse.

Com base nessas dimensões, pretende-se construir evidências que permitam identificar a associação, contribuição ou atribuição das mudanças à intervenção (MOYSÉS, SILVEIRA FILHO E MOYSÉS, 2012, p. 60).”

5 METODOLOGIA

5.1 Tipologia e Abordagem

O estudo é do tipo avaliativo por ter o propósito de avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF do município de Sobral-CE.

Para Minayo (2014) a avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Dessa forma, os estudos avaliativos estão centrados na atribuição de um valor a uma intervenção ou a uma mudança política e tipicamente envolvem a formação de julgamentos sobre a propriedade da intervenção para os envolvidos (e frequentemente para o sistema de saúde também) e a avaliação de se as respostas e os desfechos da intervenção estão justificados por seus inputs e processos (POPE; MAYS, 2005).

Nesta perspectiva, para o desenvolvimento desta pesquisa avaliativa foi utilizada a adaptação de uma matriz (Figura 12) de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas não Transmissíveis empregado na América Latina proposta por De Salazar (2011), e utilizada no Brasil por Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012).

Este referencial de avaliação parte do pressuposto que é preciso empregar metodologias de avaliação adequadas para a análise dos processos e dos contextos locais de formulação e implementação de práticas complexas em saúde (DE SALAZAR, 2011). Para tanto, foi utilizada a triangulação de diferentes fontes de

informação e de métodos de coleta e análise de dados (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2014). Nesta pesquisa, a triangulação buscou combinar fontes de coleta de dados qualitativos e quantitativos (entrevistas, questionários, documentos), assim como diferentes métodos de análise dos dados: análise de conteúdo, técnicas estatísticas descritivas e análise espacial, de forma a buscar favorecer o melhor entendimento sobre a atenção às condições crônicas HAS e DM.

Diehl (2004) caracteriza a abordagem quantitativa pela quantificação na coleta e no tratamento dos dados, ou seja, utiliza-se de técnicas estatísticas avançadas inferenciais, que objetivam resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, de forma a possibilitar uma maior margem de segurança. Além disso, as abordagens quantitativas permitem a avaliação da gravidade, do risco e da tendência de ameaças, doenças e agravos. Trata-se de probabilidades e associações estatisticamente significantes, importantes para o conhecimento da realidade (CODATO; NAKAMA, 2006).

No que se refere à abordagem qualitativa, Minayo (2014) corrobora ao afirmar que esta abordagem é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, e às estruturas sociais, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Dessa forma, a interpretação, a consideração do pesquisador e a necessidade do pesquisador de estar em contato direto e prolongado com o campo para captar os significados dos comportamentos observados, revelam-se como características dessa abordagem metodológica (BOSI e MERCADO, 2006).

Assim, a utilização das duas abordagens possibilita a aproximação das múltiplas facetas envolvidas, de maneira a garantir subsídios para avaliar tanto na dimensão explicativa quanto na compreensiva, uma vez que podem ser utilizadas de forma complementar (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Figura 12 - Matriz Avaliativa adaptada de De Salazar (2011) e Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012)

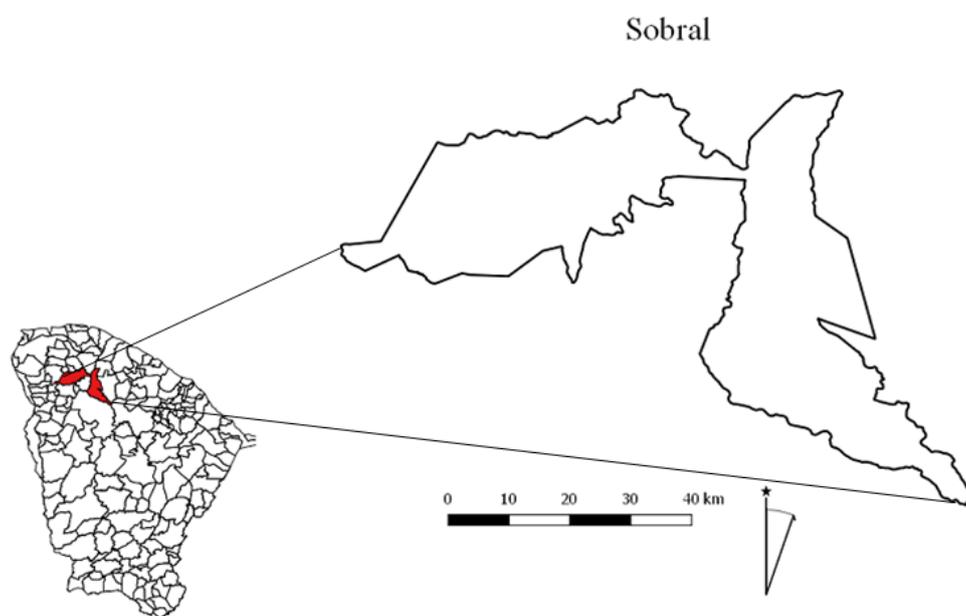
Qualidade da atenção às condições crônicas HAS e DM	Análise de Contexto	Análise de Estrutura	Análise de Processo
<ul style="list-style-type: none"> Sistematização da experiência - Enfoque qualitativo 	<ul style="list-style-type: none"> Perfil - Indicadores quantitativos por condição Distribuição espacial das condições crônicas HAS e DM 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas (<i>Assessment of Chronic Illness Care - ACIC</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (<i>Patient Assessment of Care for Chronic Conditions - PACIC</i>)

Fonte: Própria

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Sobral, cidade situada na Mesorregião Noroeste do Estado do Ceará, com área de 2.122,897 km², uma população de 188.233 habitantes e uma estimativa populacional de 203.682 habitantes para o ano de 2016 conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017)

Figura 133 - Município de Sobral, Ceará, Brasil



Fonte: Própria

No tocante à atenção à saúde, este município integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do SUS, apresentando uma capacidade instalada para o desenvolvimento e realização de serviços em diversos níveis de complexidade, que o torna sede para a Microrregião de Sobral, sendo esta formada por 24 municípios com uma estimativa populacional de 629.957 habitantes e polo para a Macrorregião Norte do Ceará, sendo referência para 55 municípios, abrangendo uma população de aproximadamente 1.606.608 habitantes (SOBRAL, 2017).

Além disto, no cenário deste município o sistema de saúde organiza-se por níveis de atenção, sendo estes a atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária à saúde tem sido reconhecida nacionalmente por ser referência por sua organização e desde sua implantação vem obtendo grandes avanços nesta área, tendo a ESF como referência de orientação do nível primário.

Sendo esta a estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde de Sobral, a ESF neste município é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, apresentando uma proporção de cobertura assistencial estimada de 100% segundo dados do Departamento Nacional de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, até agosto de 2016 (BRASIL, 2016). Para isso, tem implantado 63 equipes de saúde da família distribuídas em 36 Centros de Saúde da Família (CSF), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde por Centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará até Janeiro/2017

Centro de Saúde da Família	Localização	Equipes de Saúde	População acompanhada
Alto da Brasília	Sede	02	6.764
Alto do Cristo	Sede	02	7.596
Aprazível	Distrito	02	4.906
Aracatiaçu	Distrito	02	5.854
Baracho/São Francisco	Distrito	01	1.239
Bilheira	Distrito	01	1.560
Bonfim	Distrito	01	2.080
Caic	Sede	02	6.752
Caioca/Salgado dos Machados	Distrito	01	2.949

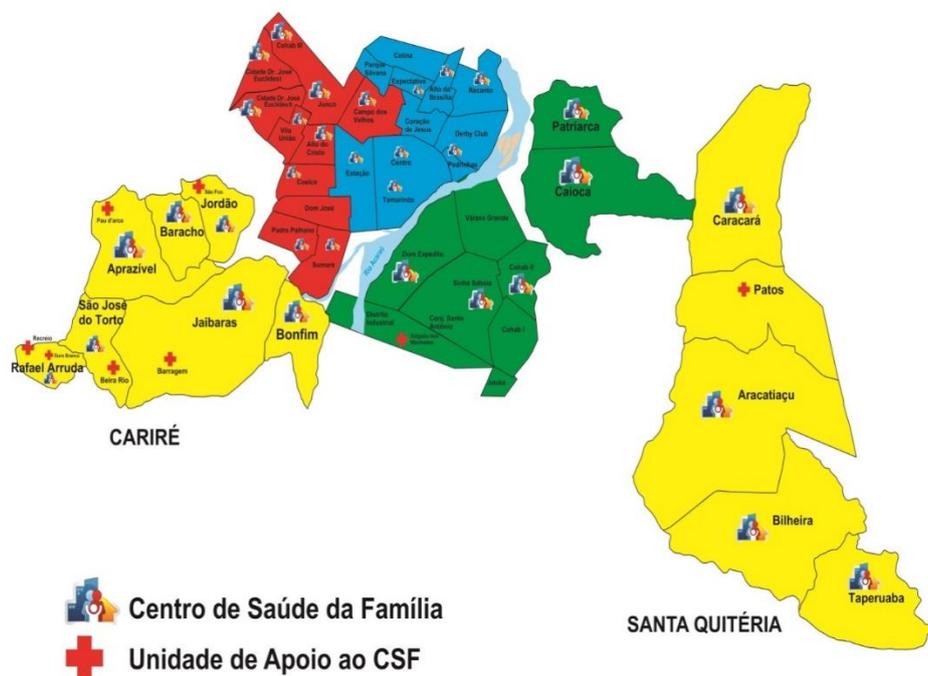
Campo dos Velhos	Sede	01	7.754
Caracará	Distrito	01	1.962
Centro	Sede	01	5.621
Coelce	Sede	04	11.312
Cohab II	Sede	02	7.680
Cohab III	Sede	02	9.605
Dom Expedito	Sede	02	7.204
Estação	Sede	02	7.797
Expectativa	Sede	03	12.515
Jaibaras	Distrito	02	8.397
Jordão	Distrito	01	3.406
Junco	Sede	03	13.225
Padre Palhano	Sede	02	10.263
Patos	Distrito	01	970
Patriarca	Distrito	01	2.515
Pedrinhas	Sede	02	10.309
Rafael Arruda	Distrito	01	4.354
Recanto	Sede	01	3.200
Sinhá Sabóia²	Sede	04	16.186
Sumaré	Sede	02	8.328
Tamarindo	Sede	02	4.424
Taparuaba	Distrito	02	6.312
Terrenos Novos 1	Sede	03	13.911
Terrenos Novos 2	Sede	01	11.314
Torto	Distrito	01	2.026
Vila União	Sede	02	10.864

Fonte: CNES (2017); SOBRAL, 2017.

Estes territórios da ESF dividem-se ainda em quatro macroáreas, conforme demonstrado na Figura 13. Para esta divisão, considerou-se características como critérios geográficos e de acesso ao serviço de saúde, perfil epidemiológico da região e condições socioeconômicas do território e da população.

² Em 2017, parte da população acompanhada pelo Centro de Saúde da Família Sinhá Sabóia foi direcionada para o Centro de Saúde da Família Santo Antônio inaugurado no dia 01 de maio de 2017. Todavia, para fins da pesquisa foram considerados os 35 CSF conforme descrito no Projeto de Pesquisa.

Figura 14 - Divisão dos Territórios adscritos da ESF de Sobral em Macroáreas



Fonte: SOBRAL (2014)

Diante deste cenário e sua complexidade, foram eleitos como campo de investigação para o estudo o município de Sobral cujo *locus* para o desenvolvimento foi representado pelos territórios da sede do município. Vale salientar a escolha dos territórios da sede do município é justificada pelo fato de que os distritos não apresentam *shapefiles*³ da base cartográfica, necessário para o desenvolvimento da pesquisa.

5.3 Participantes do estudo

Foram participantes do estudo pessoas com Hipertensão e Diabetes, desde que assistidas pela Estratégia Saúde da Família dos territórios da sede do município de Sobral – CE; profissionais da saúde (Enfermeiros); e gestores da saúde (tutores do sistema de saúde e gerentes da Estratégia Saúde da Família).

Foram considerados critérios de inclusão para os usuários como hipertensão e diabetes: (1) Ter diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes há no mínimo um ano. Este tempo mínimo é justificado pelo fato de que neste período o usuário terá subsídios para

³ O *shapefile* é um tipo de arquivo digital dos formatos base para o software ArcGIS, que representa um elemento gráfico, seja ele em formato de ponto, linha ou polígono e que contém uma referência espacial em coordenadas geográficas (SANTOS, 2009).

refletir a atenção à saúde recebida; (2) Ser acompanhado pela Estratégia Saúde da Família de Sobral. Como critérios de exclusão: (1) ter idade menor de 18 anos.

Para seleção dos usuários foi utilizada a técnica de amostragem aleatória estratificada proporcional, segundo condição (hipertensão e/ou diabetes) por unidade básica de saúde. Esta técnica possibilitou a escolha de seus componentes em função da real distribuição dos estratos na população, assegurando a proporcionalidade entre os grupos, com estimativas mais precisas (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

Desse modo, para o cálculo da amostra foi definido o erro padrão de 2% com nível de confiança de 99%. Assim, para determinação do tamanho amostral será utilizada a fórmula matemática para população finita, apresentada abaixo, e posteriormente calculada a proporcionalidade por unidade básica de saúde:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot n}{e^2(n - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que:

N = tamanho da população;

Z= nível de confiança escolhido, em números de desvio padrão;

p = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica;

q = porcentagem complementar;

n = tamanho da população;

e = erro máximo permitido.

Desse modo, segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do ano de 2016 o município de Sobral (sede e distritos) tem 15.145 hipertensos cadastrados, destes 13.330 são acompanhados pela ESF. Em relação à diabetes, são 5.881 cadastrados e 5.223 acompanhados. A Tabela 2 apresenta a população total acompanhada, população maior de 20 anos e quantitativo de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas e acompanhadas por CSF da sede de Sobral e a Tabela 3 apresenta o número pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados e a amostra considerada para o desenvolvimento da pesquisa.

Tabela 2 – População Total acompanhada, população maior de 20 anos e número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas e acompanhadas pelos CSF da sede de Sobral.

Centro de Saúde da Família	População Total acompanhada	População Maior de 20 anos	Nº de Hipertensos Cadastrados	Nº de Hipertensos Acompanhados	Nº de Diabéticos Cadastrados	Nº de Diabéticos Acompanhados
Alto da Brasília	6.764	5.075	378	378	138	138
Alto do Cristo	7.596	5.546	651	327	296	167
Caic	6.752	4.600	240	240	119	119
Campo dos Velhos	7.754	5.479	558	558	198	198
Centro	5.621	4.769	483	327	234	157
Coelce	11.312	7.533	858	661	367	295
Cohab II	7.680	4.702	534	430	221	185
Cohab III	9.605	4.201	385	369	165	157
Dom Expedito	7.204	5.023	451	451	184	184
Estação	7.797	5.861	537	500	225	212
Expectativa	12.515	9.250	742	722	315	307
Junco	13.225	7.282	617	557	276	255
Padre Palhano	10.263	6.895	458	326	166	108
Pedrinhas	10.309	5.373	428	402	202	199
Recanto	3.200	1.974	139	139	80	80
Sinhá Sabóia	16.186	8.915	1085	1052	468	451
Sumaré	8.328	5.895	425	425	158	158
Tamarindo	4.424	3.589	353	293	152	138
Terrenos Novos 1 e 2*	25.225	9.879	827	794	279	263
Vila União	10.864	4.897	402	229	123	86
TOTAL	192.624	116.738	10551	9180	4366	3857

Fonte: SIAB (2016)

* Atualmente o CSF Terrenos Novos foi dividido em Terrenos Novos 1 e Terrenos Novos 2. Todavia, as informações disponíveis no SIAB (2016) não estão divididas. Desse modo, será considerado os dados do CSF Terrenos Novos 1 e 2 de forma unificada para cálculo da amostra.

Tabela 3 - Número pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados, sua proporção e a amostra considerada para o desenvolvimento da pesquisa

Centro de Saúde da Família	Nº de Hipertensos Acompanhados (Tamanho do Estrato)	Amostra Proporcional z=99 Erro: 2%	Nº de Diabéticos Acompanhados (Tamanho do Estrato)	Amostra Proporcional z=99 Erro: 2%
Alto da Brasília	378	49	138	20
Alto do Cristo	327	43	167	24
Caic	240	31	119	17
Campo dos Velhos	558	73	198	28
Centro	327	43	157	22
Coelce	661	86	295	42
Cohab II	430	56	185	26
Cohab III	369	48	157	22
Dom Expedito	451	59	184	26
Estação	500	65	212	30
Expectativa	722	94	307	44
Junco	557	73	255	36
Padre Palhano	326	43	108	15
Pedrinhas	402	53	199	28
Recanto	139	18	80	11
Sinhá Sabóia	1052	138	451	64
Sumaré	425	56	158	23
Tamarindo	293	38	138	20
Terrenos Novos 1 e 2	794	104	263	38
Vila União	229	30	86	12
TOTAL	9180	1200	3857	550

Fonte: Própria

Desse modo participaram da pesquisa 1210 usuários com hipertensão (Grupo 1) e 552 usuários com diabetes (Grupo 2), conforme preconizado por meio do cálculo amostral. Vale salientar, que no universo dos 1210 usuários com hipertensão (Grupo 1) 722 eram somente hipertensos e 488 eram hipertensos com diabetes. O quantitativo dos

552 usuários (Grupo2) tinham somente diabetes. Desse modo para facilitar o entendimento o Grupo 1 foi denominado de HAS/HAS+DM e o Grupo 2 de DM. Vale salientar que foram realizadas coletas de dados de segunda-feira à sexta-feira nos turnos da manhã e tarde (Horário de Funcionamento dos CSF de Sobral).

Foram considerados critérios de inclusão para profissionais da saúde: (1) Ter experiência profissional de pelo menos três meses, visto que se considera este período um tempo razoável para vivenciar o cotidiano do trabalho, de forma a colaborar e dar subsídios para a pesquisa; (2) Estar presente na roda do CSF no momento da coleta de dados. Aos critérios de exclusão: (1) Estar de férias, licença médica ou em afastamento por qualquer natureza no período da coleta de dados.

A escolha do profissional enfermeiro como participante representativo dos profissionais da ESF é justificada pelo fato que este profissional é considerado referência para equipe multidisciplinar na gestão do cuidado no âmbito da ESF, de modo a vivenciar de forma mais intensa a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2013).

Foram considerados critérios de inclusão para gestores da saúde: (1) Ter experiência profissional de pelo menos três meses, visto que se considera este período um tempo razoável para vivenciar o cotidiano do trabalho, de forma a colaborar e dar subsídios para a pesquisa. Aos critérios de exclusão: (1) Estar de férias, licença médica ou em afastamento por qualquer natureza no período da coleta de dados.

Os quantitativos dos profissionais e gestores que participaram da pesquisa estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de Gestores e Profissionais dos Centros de Saúde da Família da Sede do município de Sobral – CE que participaram da pesquisa

Profissionais	Quantitativo
Gerentes	18
Tutores	4
Enfermeiros	27

Fonte: SOBRAL, 2017

5.4 Métodos e procedimentos para a coleta de dados

A operacionalização dos objetivos propostos ocorreu a partir da utilização de diversas técnicas de coleta de dados, a qual se optou por descrever a partir das dimensões da Matriz Avaliativa, a saber:

5.4.1 Qualidade da Atenção às condições crônicas HAS e DM- Sistematização da Experiência

A experiência de atenção às condições crônicas HAS e DM foi sistematizada a partir dos discursos dos gestores da saúde (Tutores do sistema de saúde e gerentes da Estratégia Saúde da Família), por meio da realização de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A); por meio da análise de documentos (Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Protocolo da Diabetes *mellitus*, Cronograma de Atendimento da Odontologia, Instrumento do fluxo do Acolhimento à demanda Espontânea, Parâmetro para a Estratificação de Risco da Hipertensão e Diabetes e Consolidado da Territorialização dos CSF e um fotografia de abordagem grupal), a fim de buscar conhecer as estratégias de atenção às condições crônicas no âmbito da ESF de Sobral – CE.

Ressalta-se que para o registro dos discursos dos participantes da pesquisa utilizou-se um gravador de voz que possibilitou a apreensão das falas na íntegra, assim como, sua posterior transcrição e análise.

Gil (1999) destaca que a entrevista possibilita a obtenção de maior número de respostas, oferece flexibilidade muito maior, posto que o entrevistador possa esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista.

Vale salientar que os gestores foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato via telefone e/ou de forma presencial. A partir de então, foi agendado de acordo com a disponibilidade e comodidade dos gestores que aceitaram participar da pesquisa, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o melhor local para realização das entrevistas. O tempo médio para aplicação do questionário foi de 45 minutos. Os documentos foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral – CE.

5.4.2 Análise de contexto

Foram utilizados dados secundários disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. No APÊNDICE B encontra-se o roteiro para a coleta de dados de fontes documentais.

Elegemos o uso de fontes documentais que segundo Cellard (2008), constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador e é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente.

A fonte documental que foi utilizada neste estudo apresenta-se discriminada abaixo:

1. Territorialização em Saúde: Documento organizado pela equipe de Saúde da Família a partir de um roteiro norteador. Nesta fonte documental foram investigados o número de usuários com hipertensão e diabetes por território.

5.4.3 Análise de estrutura

Foi aplicado o Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para atenção às condições crônicas (Assessment of Chronic Illness Care - ACIC) (ANEXO B), proposto por *MacColl Institute for Health Care Innovation*, traduzido e validado no Brasil por Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012).

O ACIC foi elaborado a partir de uma ferramenta desenvolvida pelo Serviço de Saúde Indiano para a avaliação da atenção ao diabetes, o ACIC é proposto para ser utilizado por equipes de saúde para: identificar áreas para a melhoria da atenção em doenças crônicas antes da implementação de ações/projetos de melhoria de qualidade, e avaliar o nível e a natureza das melhorias feitas em resposta às intervenções adotadas (BONOMI et al., 2002).

Nesse sentido, o ACIC permite que o profissional ou as equipes apontem o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado no determinado serviço de saúde em análise em relação às condições crônicas consideradas, no caso em questão a HAS e DM. Esse questionário é composto por seis elementos-chave vinculados aos requisitos para o desenvolvimento da atenção, mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes. A pontuação mais alta em cada dimensão ou avaliação final (11) indica um local com estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A

menor pontuação possível (0) corresponde a um local com estrutura muito limitada para a atenção às condições crônicas (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012). A Quadro 4 apresenta as dimensões avaliadas pelo ACIC e a interpretação dos resultados.

Quadro 4 - Dimensões avaliadas pelo ACIC e a interpretação dos resultados

Dimensão	Conceito
Organização da Atenção à Saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição, unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado e permite maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a Comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de condições crônicas.
Autocuidado Apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.
Suporte a decisão	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do sistema de prestação de serviços	A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.
Sistema de Informação Clínica	Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos Componentes	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de

	informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).
<p>Interpretação dos resultados</p> <p>Pontuações entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas</p> <p>Pontuações entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção às condições crônicas</p> <p>Pontuações entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas</p> <p>Pontuações entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas</p>	

Fonte: MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS (2012).

Vale salientar ainda, que o ACIC foi aplicado individualmente com os gerentes e enfermeiros da ESF. Desse modo, foi articulado com o gerente do CSF e coordenação da atenção básica o melhor dia para aplicação do questionário. Desta maneira, os profissionais que aceitaram a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram questionados de forma individual acerca de cada dimensão do ACIC. Foram apresentadas cada dimensão e a partir da problematização definida a respectiva pontuação. O tempo médio para aplicação do questionário foi de 50 minutos.

5.4.4 Análise de processo

Foi aplicado o Questionário de Avaliação do usuário sobre o cuidado à atenção crônica (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions – PACIC) (ANEXO C), proposto por *MacColl Institute for Health Care Innovation*, traduzido e validado no Brasil por Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012).

O PACIC enfatiza as interações entre usuários e equipe de saúde a partir de uma escala tipo Lickert (nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes, sempre) onde são questionados aspectos relacionados ao apoio, coordenação e acompanhamento da atenção pela equipe de saúde e autocuidado. Uma pontuação média é obtida da soma das respostas às 20 questões do instrumento, dividido por 20. A pontuação varia de 1 a 5, onde os escores mais altos indicam que os usuários percebem um maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas HAS e DM (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Nesta perspectiva, a partir do cálculo amostral apresentado na Tabela 1 foram estipulados os valores mínimos de usuários que serão abordados e convidados para participarem da pesquisa. Esta abordagem aconteceu de forma aleatória a partir da relação dos usuários com HAS e DM acompanhados pela unidade e disponibilizados pela gerente da unidade. Vale salientar que a abordagem aconteceu na unidade de saúde

(sala de espera de atendimentos individuais e/ou abordagens coletivas) e/ou por meio de visitas domiciliares, onde os mesmos foram convidados a participar da pesquisa. O tempo médio para aplicação do questionário foi de 30 minutos.

5.5 Apresentação e Análise das Informações

5.5.1 Análise de dados qualitativos

Para tratamento dos dados qualitativos empregou-se a análise de conteúdo. Para o suporte no processo de análise foi utilizado o software N VIVO 11. Assim, o processo de análise foi organizado em três fases, a saber: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A primeira fase, pré-análise, foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais. A priori foi realizada uma leitura flutuante, onde aconteceu o primeiro contato com os dados coletados. Assim, foi definido o corpus da análise, onde as unidades de análise deste estudo foram relacionadas à atenção às condições crônicas, sendo o corpus de dados assim conformado:

- a) Análise de entrevistas com os gerentes e tutores do Sistema de Saúde de Sobral, considerados os stakeholders para o entedimento dos processos de gestão do cuidado às condições crônicas hipertensão e diabetes
- b) Análise dos documentos: Protocolo da Hipertensão - Diretriz para Screening, Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos (2015) e Protocolo da Diabetes mellitus - Diretriz para Screening, Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em Adultos (2015).
- c) Análise dos documentos: Consolidado da Territorialização dos territórios da ESF de Sobral (2017).
- d) Análise dos documentos: Estratificação de Risco da Hipertensão e Diabetes
- e) Análise de Imagens: Foto de grupos de HiperDIA
- f) Análise dos documentos: Cronograma de Atendimento da odontologia e Classificação de Risco da demanda espontânea.

Posteriormente, foi realizada a exploração do material que consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em

unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

Vale salientar ainda, que a análise das entrevistas e documentos ocorreu por meio da leitura e releitura, utilização de grifos e notas reflexivas, bem como fichamentos dos documentos recolhidos, extraindo pontos relevantes para discussão. Na análise da imagem foram feitas notas explicativas e a descrição/representação social da figura. Nesse sentido, tornaram-se unidades de registro, os trechos e/ou parágrafos de cada entrevista, assim como textos, quadros e fluxogramas de documentos e as notas explicativas da imagem. Estas unidades de registro foram agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitam as inferências.

A partir de então, deu-se a terceira fase que compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Vale salientar que ainda foram realizadas as seguintes operações estatísticas: Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Jaccard. Além disso, foi realizada identificação objetiva de características dos discursos, dialogando com diferentes fontes de informação e a literatura que aborda o objeto de estudo, bem como a compreensão do pesquisador, com vistas a subsidiar o processo de interpretação dos resultados.

5.5.2 Análise de dados quantitativos

Após a coleta, os dados quantitativos foram processados nas seguintes etapas: Análise Descritiva, Cálculo de Indicadores de saúde, Mapeamento e Análise Espacial. Dessa forma, para análise estatística será utilizado o *software IBM SPSS Statistics 20* e para o mapeamento o *software Quantum GIS 2.18.10* e o *software TerraView 5.2.3*.

5.5.2.1 Análise Descritiva

Para a análise de foi refletido um conjunto de dados, de forma que durante a sua interpretação serão geradas informações importantes para avaliação da atenção às condições crônicas HAS e DM. Nesse sentido, a análise descritiva corroborou para o alcance dos objetivos propostos, de forma que concederá elementos conceituais e práticos para o auxílio no cálculo e interpretação de variáveis, além de indicadores e taxas referentes às dimensões contexto e processo da matriz avaliativa (BRASIL, 2007).

Neste sentido, foi realizada a análise dos dados através de medidas de ocorrência (Médias e frequências) e medidas de significância (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2006). Mais especificamente, foi realizada para para análise comparativa da qualidade do atendimento de usuários com HAS/HAS+DM e usuários com DM o Teste de Variáveis Independentes.

Vale salientar, que para a análise do questionário ACIC, referente à dimensão estrutura da matriz avaliativa, foram realizados cálculos para a obtenção da média final de todas os CSF participantes, de maneira a possibilitar a avaliação da estrutura para atenção às condições crônicas, assim como a média final por CSF e por dimensões.

5.5.2.2 Mapeamento

Para a construção dos mapas, referente a análise de contexto, foram obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral os *shapefiles* da base cartográfica, no qual a delimitação territorial encontra-se digitalizada. Dessa forma, utilizou-se o *software Quantum GIS 2.18.10. e o software TerraView 5.2.3.* para o armazenamento, construção e análise dos mapas.

Nessa perspectiva, as distribuições das doenças foram representadas por meio de mapas temáticos. Nos mapas temáticos, estes são a expressão gráfica de um indicador. Eles podem ser construídos com base em números absolutos, taxas, proporções ou percentagens, de forma a facilitar a vinculação de dados geográficos e alfanuméricos, ou mesmo entre dados geográficos, produzindo mapas temáticos que resultam da combinação de diferentes informações/camadas (BRASIL, 2007).

5.5.2.3 Análise Espacial

Para a análise espacial das HAS e DM, referente à análise de contexto, foi utilizada a medida de autocorrelação espacial: Índice de Moran global, que testará as áreas conectadas que apresentarão maior semelhança quanto ao indicador estudado. Assim, o grau de autocorrelação existente poderá ser quantificado, sendo positivo para correlação direta, e negativo quando inversa (CÂMARA, CARVALHO; CRUZ; CORREIA, 2004; BRASIL, 2007).

5.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os

quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, o presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e, posteriormente, a sua autorização, com emissão da Carta de Anuência, foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas. Assim, a pesquisa apresentou parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob número do Parecer: 2.054.329 em 09 de Maio de 2017.

Os participantes da pesquisa foram informados acerca dos objetivos e propósitos da pesquisa, e, após aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C, APÊNDICE D e APÊNDICE E), conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Os registros escritos relativos às gravações das entrevistas serão protegidos por 05 anos, conforme determina a Lei de Direitos Autorais (BRASIL, 1998). Além disso, foi assinado um termo de compromisso para utilização de dados em documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral (APÊNDICE F).

Dessa maneira, a pesquisa apresentou riscos mínimos no que concerne ao manuseio de fontes documentais, realização de entrevistas e aplicação de questionários. Todavia, foram minimizados os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar a o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos, bem como o esclarecimento que o participante poderia se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento; escolha do local de realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade e comodidade do participante; e abordagem cuidadosa para aplicação dos questionários com os profissionais de saúde e usuários.

A pesquisa apresentou ainda benefícios indiretos, no que se refere a contribuir para a compreensão da atenção às condições crônicas HAS e DM no referido município, o que poderá subsidiar a gestão do cuidado e a implementação de um modelo de atenção que atenda de forma integral as necessidades dos usuários com HAS e DM.

Para garantir o anonimato dos participantes foram utilizados nomes de pessoas que buscaram a partir de seus manuscritos (Músicas, crônicas, poemas, poesia e pensamentos transcritos) refletirem a saúde e a doença. A escolha do autor que representou os participantes foi feita a partir de trechos de sua obra e que de alguma

forma remetia ao discurso e as características identificadas ao longo do processo de coleta e análise dos dados.

Vale destacar ainda, que a pesquisa apresentou auxílio para seu desenvolvimento a partir Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e à Inovação tecnológica – BPI (Edital FUNCAP Nº 09/2015) e Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq - VIGÊNCIA 2017-2018 (Edital 29/2017), Programa de Iniciação Científica do Programa de Bolsa Universitárias da UVA - PIC/PBU VIGÊNCIA 2017 (Edital 003/2017).

Desse modo, para o desenvolvimento desta pesquisa foi fundamental o apoio de bolsistas e monitores voluntários do Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (OBSERVA-SUS) que foram capacitados para o desenvolvimento das entrevistas, sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis.

5.7 Treinamento para a Coleta de dados

Foi realizado um treinamento com as 22 pessoas que participaram da equipe de coleta de dados da pesquisa. A equipe de coleta foi selecionada a partir do seguinte critério: (1) Ser estudante de graduação em enfermagem; (2) Estar vinculado ao grupo de pesquisa Observatório de Pesquisas para o Sistema Único de Saúde (OBSERVA-SUS); (3) Ter experiência com pesquisa e extensão a partir de Programa de Bolsas de Iniciação Científica, Programas de Bolsas de extensão e Programas Voluntários de Iniciação Científica e Extensão.

A priori, foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa e mais especificamente do instrumento de coleta de dados. Posteriormente, a equipe de coleta acompanhou como ouvinte a execução do Projeto Piloto que foi realizado em CSF com 32 participantes. A partir de então, foram trabalhados em uma oficina com metodologias participativas aspectos como postura ética, escuta qualificada e abordagem aos participantes, bem como foi trabalhado de forma aprofundada cada questionamento do instrumento de coleta de dados. Vale ressaltar ainda, que foram realizados ciclos teóricos com vistas a empoderar a equipe da temática e do projeto de pesquisa, uma vez que a equipe encontrava-se em um processo de formação em enfermagem e esta experiência configurou-se como momentos de aprendizado significativo para a formação.

O processo de coleta foi acompanhado pela supervisão do pesquisador principal que visualizava ao final do dia em uma roda discutia os aspectos facilitadores e restritivos do processo de coleta.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Qualidade da Atenção às condições crônicas HAS e DM - Sistematização da Experiência

A Matriz Avaliativa adaptada de De Salazar (2011) e Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012) utilizada como referencial teórico metodológico nesta pesquisa, propõe que o processo avaliativo inicie com a Sistematização da Experiência. Neste sentido, foram coletados dados a partir de entrevistas com gerentes e tutores do Sistema de Saúde de Sobral, Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Protocolo da Diabetes mellitus, Cronograma de Atendimento da Odontologia, Instrumento do fluxo do Acolhimento à demanda Espontânea, Parâmetro para a Estratificação de Risco da Hipertensão e Diabetes e Consolidado da Territorialização dos CSF e uma fotografia de abordagem grupal. Estes, foram analisados de maneira a possibilitar a compreensão da Atenção às condições crônicas HAS e DM.

Com vistas a responder ao problema e aos objetivos da pesquisa, os referidos dados coletados previamente foram analisados, por meio da análise categorial, conforme Bardin (2011) e com o suporte do *Software N Vivo 11*.

O processo de formação das categorias se concretizou conforme orientado por Bardin (1977), após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação se deu em função da inferência por meio da identificação objetiva de características dos discursos, foram construídos em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva.

A priori foram identificadas as categorias iniciais, também denominadas de nós, estas se configuram como as primeiras impressões acerca da realidade da atenção às condições crônicas, ou seja, são resultados do processo de codificação das entrevistas transcritas, um total de 18 categorias (Quadro 5). Cada categoria constitui-se dos trechos selecionados das falas dos entrevistados, bem como o respaldo do referencial teórico.

Quadro 5 Categoria Iniciais referente à Atenção às Condições crônicas Hipertensão e Diabetes, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Categorias Iniciais/Nós	Número de Fontes (Documentos)	Número de Fontes (Imagens)	Número de Referências de Codificação	Número de Palavras Codificadas
Abordagens coletivas	2	1	73	3699
Abordagens individuais	4	3	61	4118
Autocuidado apoiado	3	0	6	478
Compreensão acerca da atenção às condições crônicas	4	0	11	773
Cuidadores dos grupos	2	0	31	973
Desafios da Atenção	1	0	14	553
Educação em Saúde	1	0	16	505
Educação Permanente	1	0	33	1644
Estratégias de enfrentamento dos fatores restritivos	1	0	34	2745
Estratificação de Risco	4	0	35	2433
Experiências exitosas	2	0	12	948
Fatores facilitadores da atenção às condições crônicas	2	0	35	1638
Fatores restritivos da atenção às condições crônicas	1	0	82	4080
Mudanças na organização da ESF na atenção as condições crônicas	2	0	15	1302
Promoção, Prevenção e Detecção	3	0	16	1359
Protocolo	3	0	30	1711
Rede de Atenção às condições crônicas	1	0	45	2979

Sugestões para a qualificação da Atenção às condições crônicas	1	0	28	1288
---	---	---	----	------

Fonte: Própria

As categorias iniciais foram analisadas por meio de operações estatísticas a fim de promover uma validação que garantisse a síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações. Desse modo, foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Pearson para executar a análise de cluster e assim gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais caso tenham muitas palavras em comum. Os resultados podem ser visualizados no Dendograma apresentado na Figura 15.

Assim, no Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson podemos verificar a formação de seis clusters, identificados na Figura 15 por cores iguais. Identifica-se ainda, que em todas as categorias iniciais existem similaridades de palavras o que gera uma vasta rede de relações entre as categorias.

Além disso, foi utilizado o Coeficiente de Jaccard para gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais que codifiquem muitas das mesmas fontes. Os resultados desta exploração das categorias por similaridade de codificação pode ser visto na Figura 16.

No Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard pode-se visualizar que a maior parte das categorias codificam muito das mesmas fontes de dados. Todavia, pode-se as categorias iniciais “Abordagens Individuais” e “Abordagens Coletivas” não apresentam esta similaridade de codificação, uma vez que são as categorias que foram construídas com mais fontes de dados diferentes (Imagens e documentos), conforme apresentado anteriormente no quadro 1.

Figura 15 Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

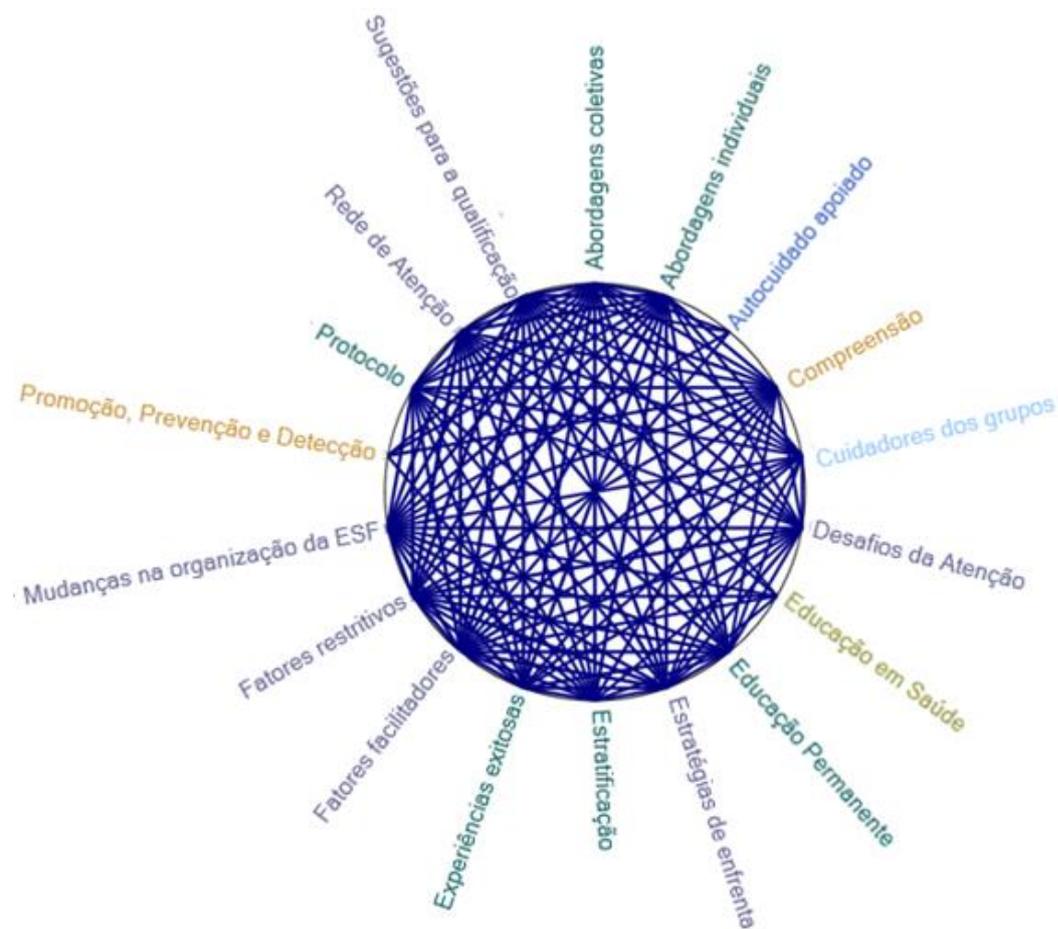
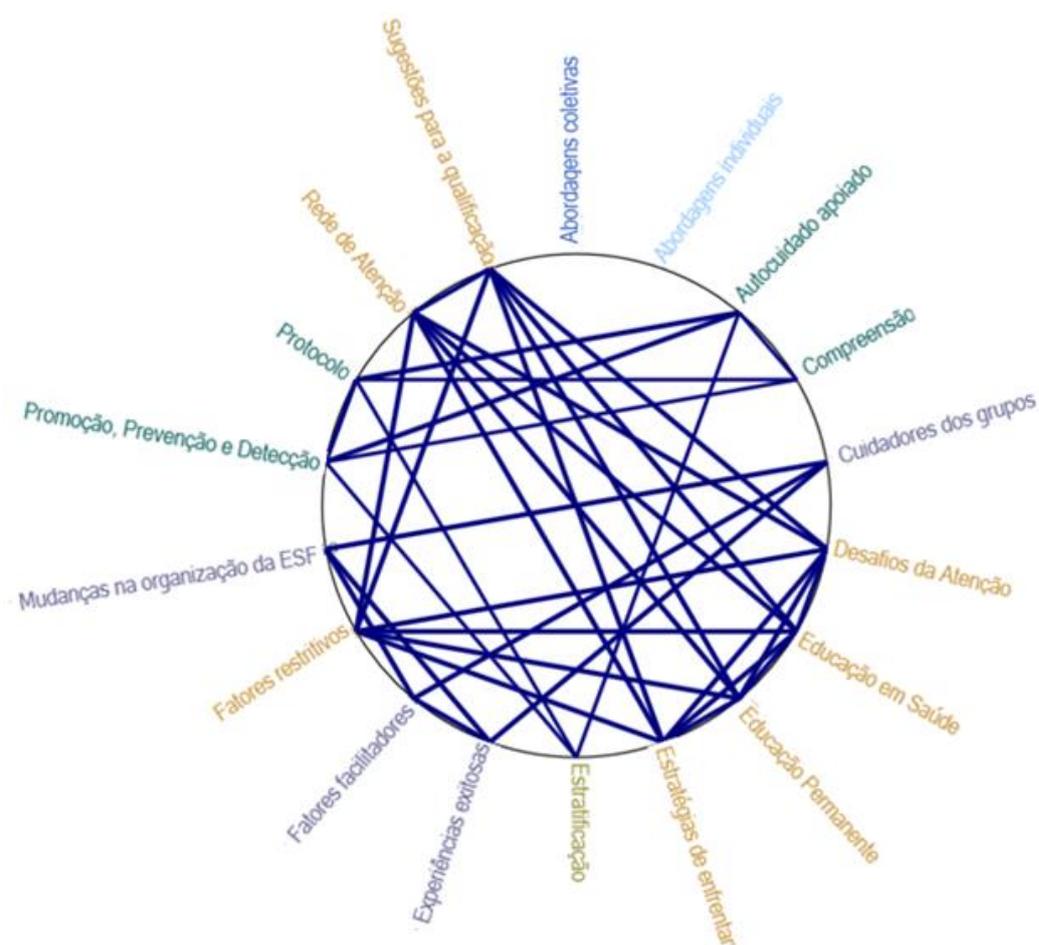
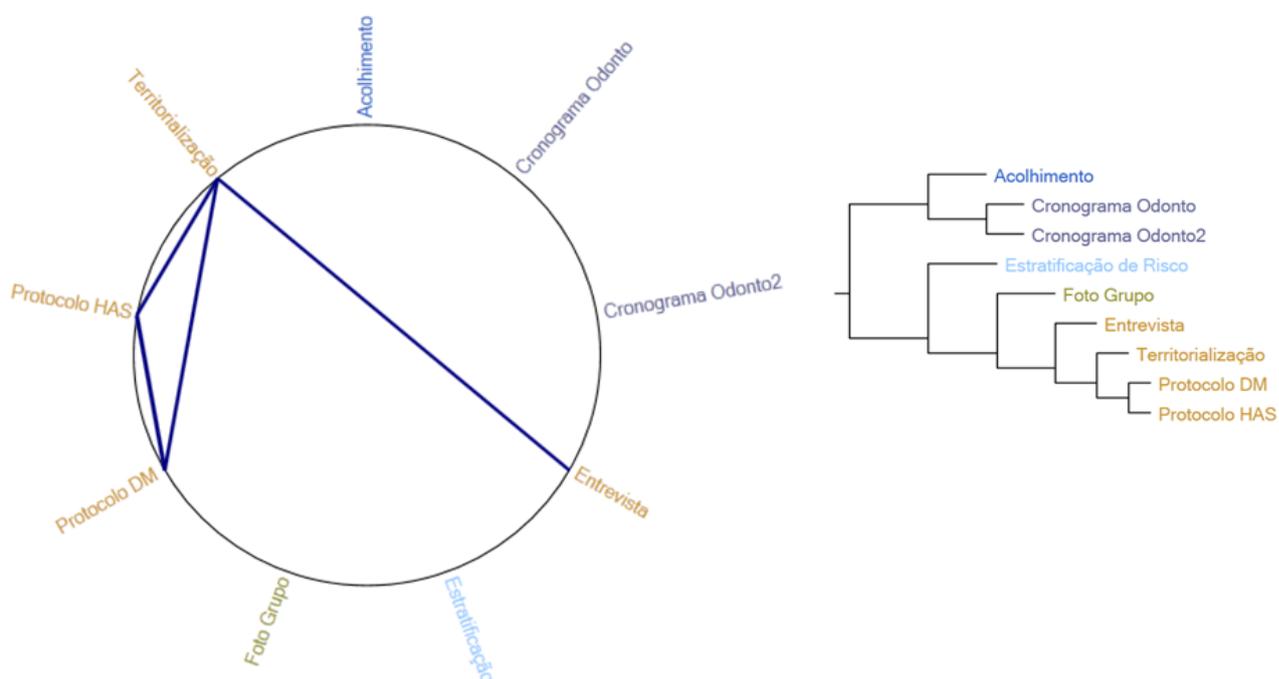


Figura 16 Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Ainda, foram analisadas as Fontes de dados a partir Coeficiente de correlação de Pearson (Figura 17) e Coeficiente de Jaccard (Figura 18). No que se refere a similaridade de palavras verificou-se que as fontes Consolidado da Territorialização, Protocolo da HAS, Protocolo da DM tem uma forte similaridade de palavras, bem como a similaridade entre a Territorialização e as Entrevistas com os gerentes e tutores. Assim, estas quatro fontes formaram um cluster.

Figura 17 Dendograma de Fontes de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

Ao refletir a similaridade de codificação das fontes de dados (Figura 18) identificou-se que a Classificação do Acolhimento à demanda espontânea e os cronogramas da odontologia tiveram uma similaridade de codificação, de maneira a formar um cluster. Neste caso, estas fontes codificaram seus conteúdos em uma mesma categorias inicial/nó, a saber: “Abordagem Individual”.

Além disso, podemos visualizar que as fontes de dados Protocolo da HAS e Protocolo da DM também formaram um cluster por similaridade de codificação, onde apresentaram a codificação nas seguintes categorias iniciais: “Promoção, Prevenção e Detecção”, “Compreensão acerca da atenção às condições crônicas”, “Abordagem

Individual”; “Estratificação de Risco”, “Autocuidado apoiado” e “Protocolo”. O percentual de codificação destas fontes podem ser visualizados nas Figuras 19 e 20.

Figura 18 Dendograma de Fontes de Cluster por similaridade de Codificação a partir do Coeficiente de Jaccard, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

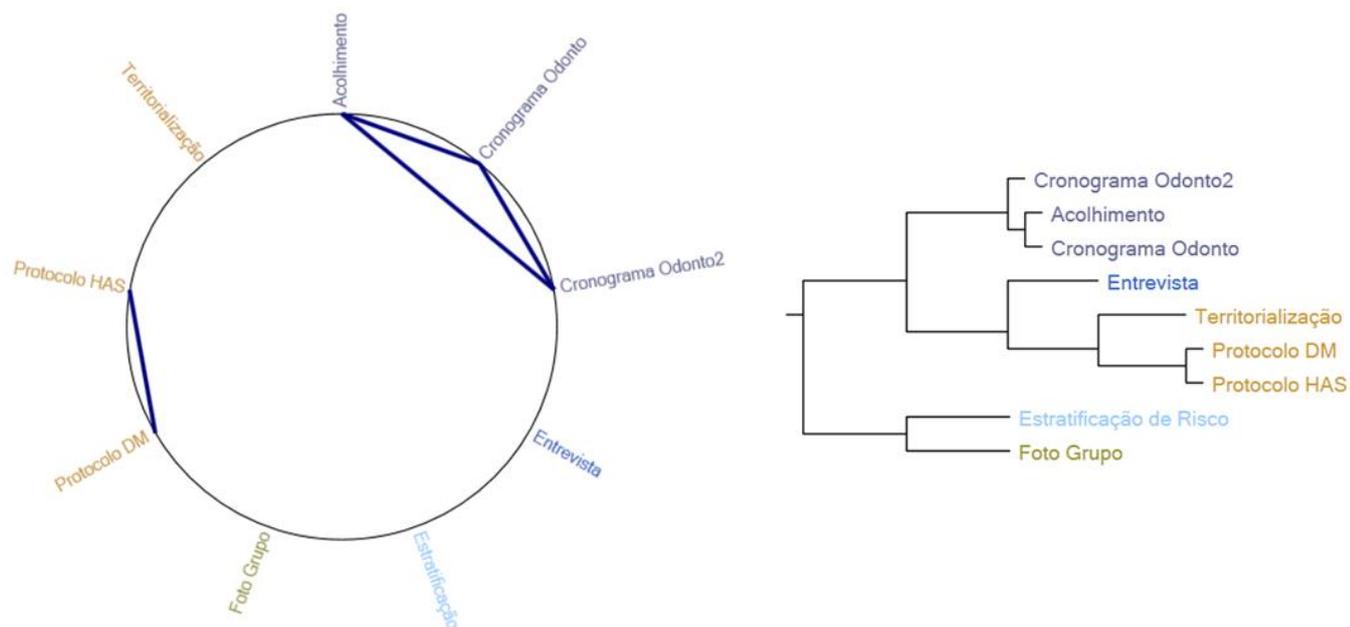
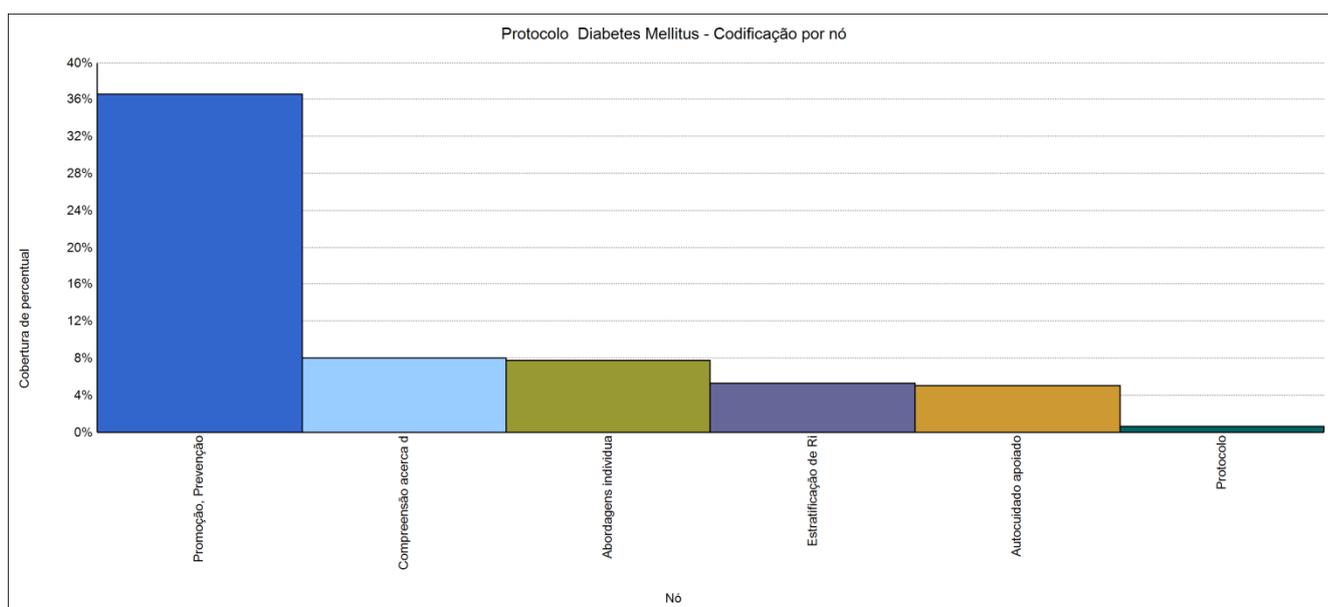
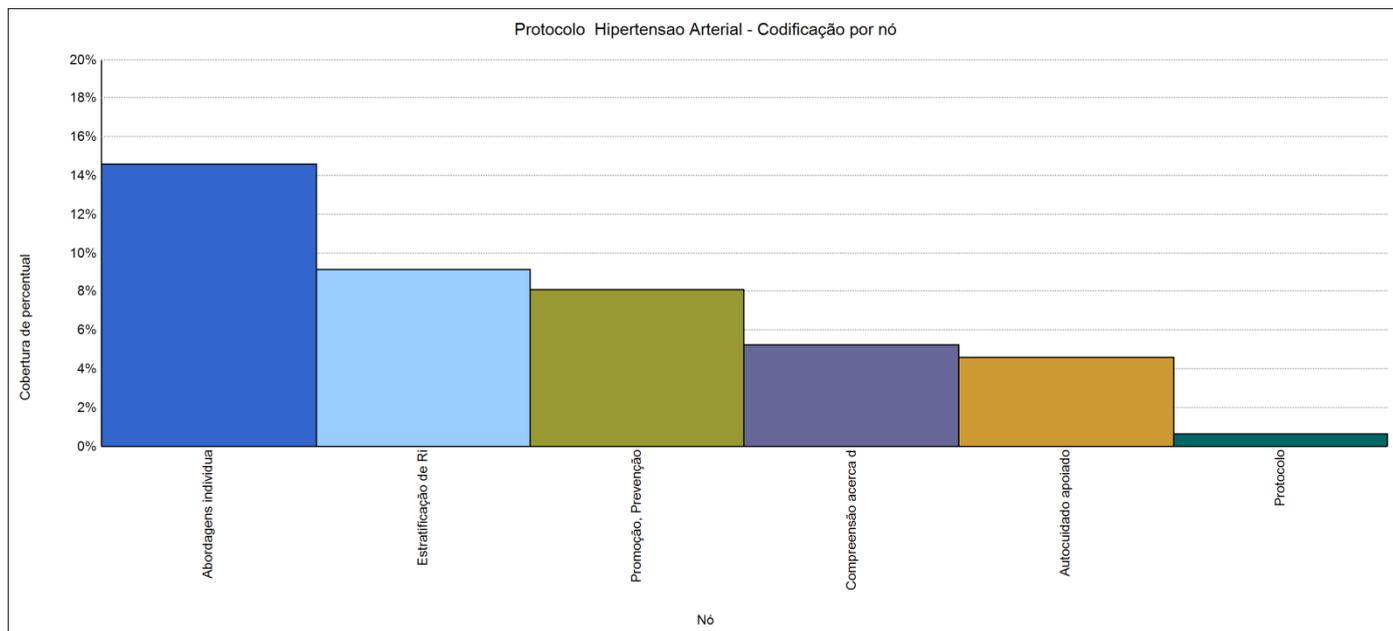


Figura 19 Percentual de Codificação por Nó da fonte Protocolo de Diabetes mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

Figura 20 Percentual de Codificação por Nó da fonte Protocolo Hipertensão Arterial, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

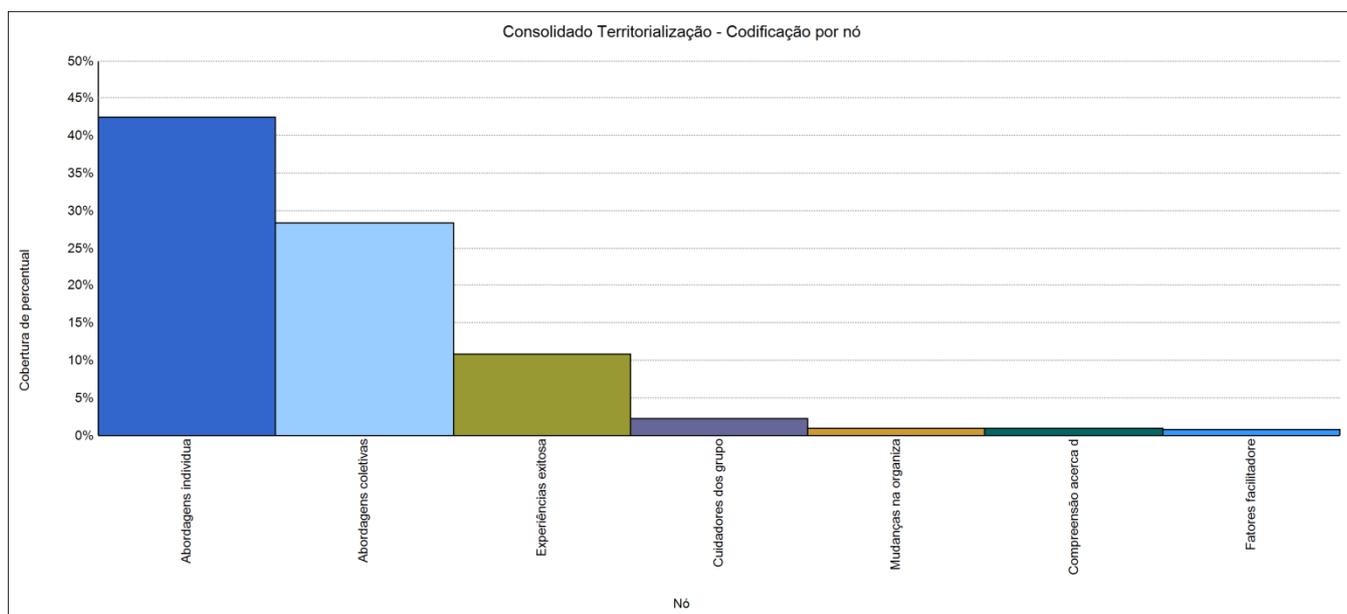


Fonte: Própria

As Figuras 21 e 22 apresentam ainda o percentual de codificação por categoria do Consolidado da Territorialização e das entrevistas com os gerentes e tutores. Pode-se verificar que na Territorialização houve o predomínio da codificação para a categoria “Abordagem Individual”, seguido da “Abordagem coletiva”. Este achado remete a organização da territorialização onde se enfatiza a descrição das rotinas de atendimento e as singularidades dos territórios, com destaques para os equipamentos sociais e abordagens grupais.

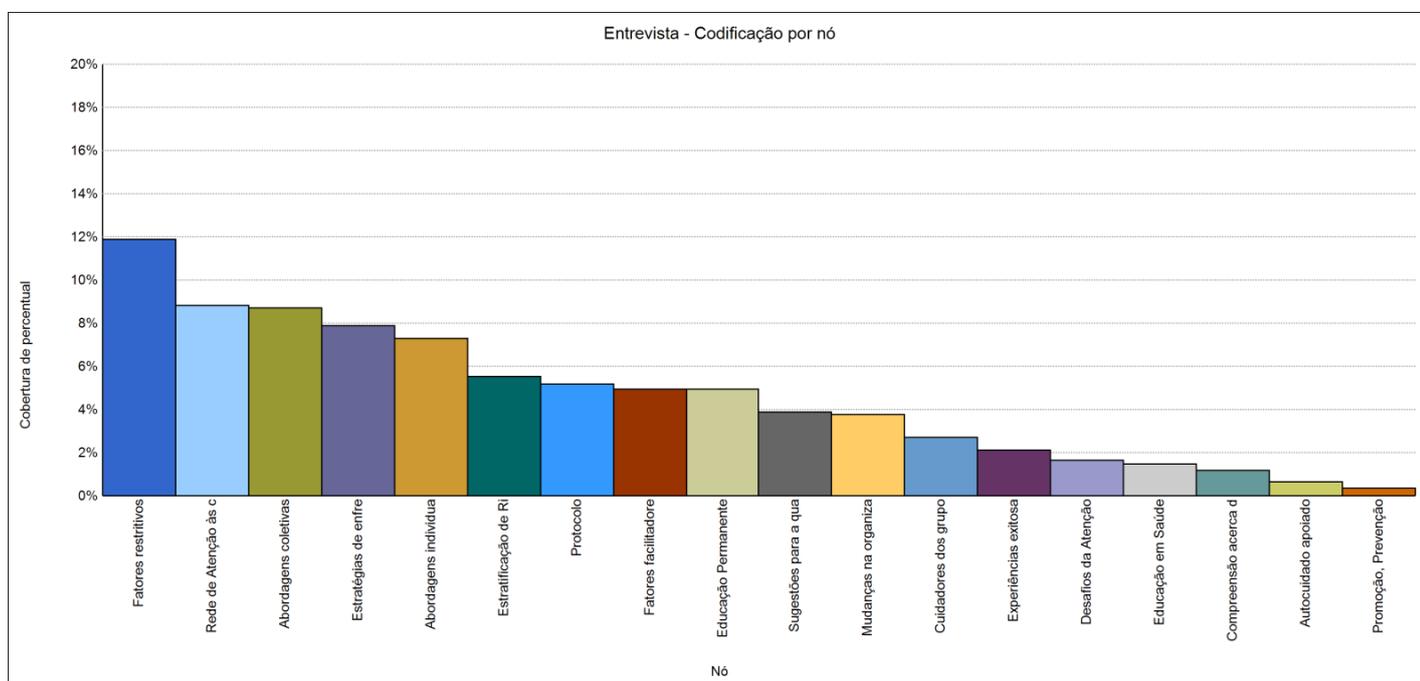
No que concerne às entrevistas, o predomínio da codificação para a categoria “Fatores restritivos” o que pode suscitar que os gerentes e tutores ao construírem seus discursos acerca da atenção às condições crônicas estão evidenciando os fatores restritos da atenção, o que pode ser considerado um ponto positivo uma vez que a identificação por partes destes profissionais dos aspectos limitantes podem gerar transformações na práxis e conseqüente melhoria da qualidade da atenção. Infere-se ainda, que seguidos dos fatores restritivos, as codificações para as categorias “Rede de Atenção às condições crônicas” e “Abordagens Coletivas” foram evidenciadas, o que representa a importância da compreensão do cuidado em rede e das abordagens coletivas para a qualificação da atenção às condições crônicas.

Figura 21 Percentual de Codificação por Nó da fonte Consolidado de Territorialização, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

Figura 22 Percentual de Codificação por Nó da fonte Entrevistas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

Vale ressaltar ainda, que com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes do estudo (Gerentes e tutores) foram utilizados como codinomes pessoas

que buscaram a partir de seus manuscritos (Músicas, crônicas, poemas, poesia e pensamentos transcritos) refletir a saúde e a doença. Neste sentido, suas obras produziram inquietações ao longo do meu processo de construção da pesquisa e ao nestes últimos meses armazenei as obras e estudei sobre a vida de cada autor, o que possibilitou a escolha do codinome que representasse cada participante, seja pela característica do autor ou de algum trecho da obra que representasse o discurso do participante.

Neste contexto, representam os participantes do estudo **Rubens Alves**, Escritor, teólogo e psicanalista, que em seu livro ‘Sobre o tempo e a eternidade’, apreende que *“outras doenças vêm para ficar [...] é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa”* (ALVES, 2000). Este fragmento representa o desafio e a necessidade aprender a viver com uma condição crônica.

Alves (2000) colaborou no encontro com outros autores ao refletir em uma crônica à doença, de maneira a dialogar com as contribuições de outros autores, dentre estes: **Nietzsch**, filólogo, crítico cultural, poeta e compositor, ao refletir sua experiência de enfermidade, escreve: *“é assim que, agora, aquele longo período de doença me aparece: sinto como se, nele, eu tivesse descoberto de novo a vida, descobrindo a mim mesmo, inclusive. Provei todas as coisas boas, mesmo as pequenas, de uma forma como os outros não as provam com facilidade. E transformei, então, minha vontade de saúde e de viver numa filosofia”*. **Groddeck**, um dos grandes colaboradores da psicanálise, e que compreendia que *“a doença tem uma função iniciática: através dela se pode chegar a um maior conhecimento de nós mesmos”*. Ambos corroboram com a reflexão da condição crônica como meio e processo de transformação e autoconhecimento. **Alberto Caeiro**, heterônimo criado por Fernando Pessoa, que disse que: *“pensar é estar doente dos olhos”* este fragmento reflete a produção de beleza pelo corpo para conviver com a doença. E o poeta **Heine**, que afirmou que *“a doença foi a fonte do seu impulso e do seu esforço criativo; criando, convalesci; criando fiquei de novo sadio”*.

Assim, as leituras e o gosto pela poesia que vibra, me levaram a mais autores que em seus pensamentos e obras ajudaram a olhar a condição crônica pela arte. **Viviane Mosé**, poetisa, psicóloga, psicanalista e filósofa, em ‘Poema Preso’ traz de modo à conotação de que *“a maioria das doenças que as pessoas têm são poemas presos”*, este fragmento instiga a compreender a necessidade de liberdade das pessoas

com condições crônicas, liberdade esta que pode ser proporcionada pelo conhecimento que dá asas, liberta e transforma (MOSÉ, 2016). Neste contexto, **Douglas Olliver**, colabora para ao apreender a relevância da educação em saúde para o cuidado às condições crônicas, ao escrever que a “*condição essencial para a saúde é aprender*”, uma vez que “*perguntas sem resposta afloram*”, como traz **Liana Jardim**. O poeta **Fernando Pessoa**, também colabora e o meu encontro com sua obra foi a partir do livro ‘Poemas de Saúde e da Doença, de Fernando Pessoa aos nossos dias’ (FANHA; QUINTAS, 2016) que visualiza que a poesia “*é terapêutica para quem a escreve e para quem a lê*”, o que suscita diálogos com o ‘Poema preso’ de Viviane Mosé, como também visualiza que “*dá doenças piores que as doenças*”.

Nesta perspectiva, **Pedro Bravo de Souza**, Licenciado e Bacharel em Filosofia pela Universidade Estadual Paulista, afirma que “*a ciência pode ter quebrado o preconceito das pessoas sobre as doenças, mas não das pessoas sobre os doentes*”. Esse preconceito aprisiona e precisa ser superado, todavia, o preconceito também está no usuário que vive com a condição crônica, assim, faz-se necessário ter a doença como “*cúmplice*”, como aborda **Amadeu Baptista**.

Pois “*quem quiser ter saúde no corpo, procure tê-la na alma*” segundo **Francisco Quevedo**, e assim, “*num torpedo-suicida, darei de bom grado a vida*”, de acordo com os valiosos escritos do poeta e professor **Manoel Bandeira**. A partir de então, **Dorival Caymmi**, que nos encantou com sua voz inesquecível, nos ensina acerca da necessidade de “*não abrir mão de ser feliz [...] a busca da felicidade já justifica a existência*”.

Além disso, as reflexões acerca das determinações sociais dos processos de saúde-doença evidente nos discursos dos participantes podem ser pensadas por meio do olhar de **Mahatma Gandhi**, que afirmava que “*a verdadeira felicidade é impossível sem verdadeira saúde, e a verdadeira saúde é impossível sem um rigoroso controle da gula*”, **Sócrates**, que trazia que “*Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença*”, **Miguel de Cervantes**, que disse “*que a saúde de todo o corpo constrói-se na oficina do estômago*” e **Kesley**, que chamou a atenção ao “*cuidado com suas atitudes hoje, para não ser sua frustração amanhã; algumas atitudes não voltam atrás*”, enquanto **Lair Ribeiro** alertou que “*aquele que não tem tempo pra cuidar da saúde vai ter que arrumar tempo pra cuidar da doença*”.

Essas reflexões sugerem a necessidade mudança, desse modo, **Sérgio Alves**, estudante de Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL, de forma madura e em uma poesia sobre o SUS para a Rede HumanizaSUS, afirma que “*é preciso promover mudanças na organização, possibilitando melhoras na qualidade dos cuidados oferecidos*”. Para tal mudança, é importante compreender que a “*saúde é mais que ausência de doença, saúde e persistir na vida, usufruir os momentos, e alcançar algum bem-viver mesmo com as nossas dores*”, como colabora **Bruno Fernandes Barcellos**.

Neste ínterim, faz-se necessária uma atenção centrada na pessoa e não somente na doença. **Johnny De Carli**, referência na prática integrativa Reiki, garante: “*trata-se a pessoa e não a doença*”.

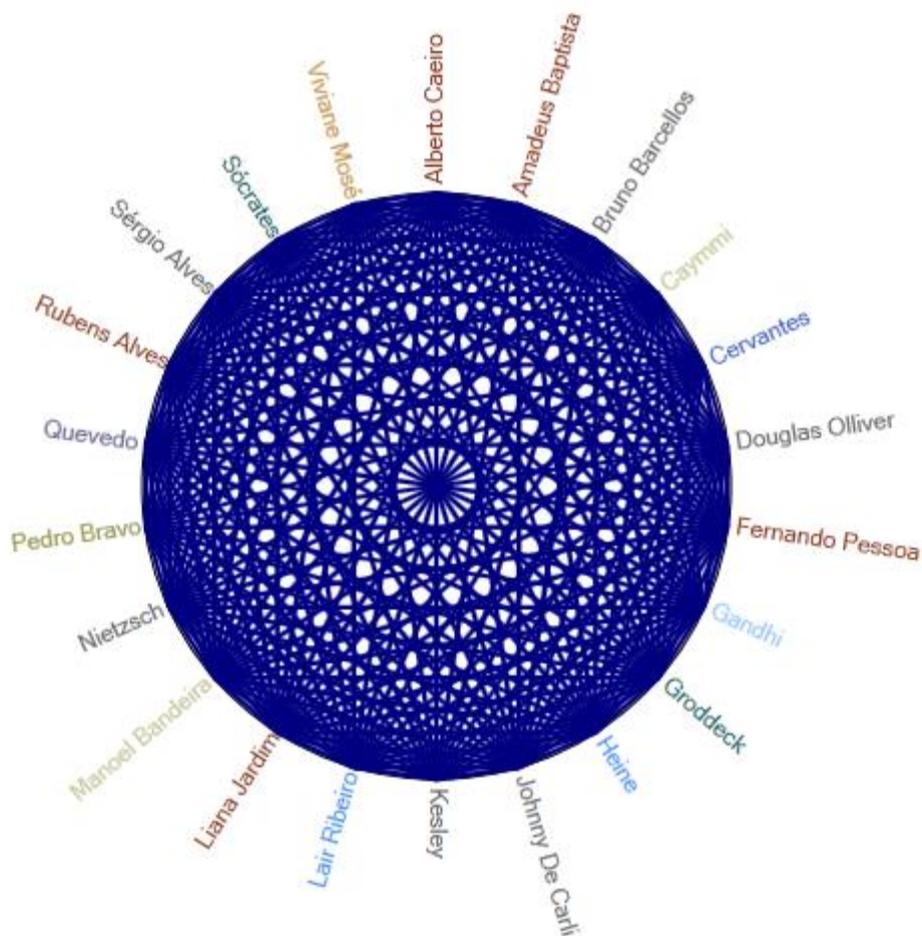
Assim, a partir da análise da contribuição de cada participante na construção das categorias, buscou-se por meio de Coeficiente de correlação de Pearson conhecer a similaridade de Palavras, conforme apresentado na Figura 23. Desta maneira, percebe-se que o Dendograma apresenta uma intensa relação o que representa uma grande similaridade palavras entre os discursos dos participantes, o que sugere a existência de alinhamento entre estes atores importantes na gestão do cuidado às condições crônicas. Ainda, contagiado pela arte que subsidiou a escolha dos codinomes, pode-se visualizar que essas relações nos remetem a uma mandala.

Ceccim (2007, p.19) afirma:

“a mandala, ainda que finita, é uma ilimitada margem de dobras, inversões, reversões, apresentações. Na imagem da mandala a ausência do repetível, exceto a ressingularização permanente, por composição de diversos, por harmonização de prazeres, por potência de inventos.”

Dessa maneira, essa representação simbólica da mandala pode significar a construção plural das categorias, por meio de consensos e dissensos, concretizada pela vivência na ESF e na implicação com busca pela qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes.

Figura 23 Dendograma de contribuição dos Participantes por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de correlação de Pearson, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

A partir da construção das categorias iniciais e de toda análise das fontes e suas relações com as categorias, foram constituídas as categorias intermediárias e finais, conforme descrito no quadro 6.

Quadro 6 Síntese da progressão das categorias, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Categorias Iniciais/Nós	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Compreensão acerca da atenção às condições crônicas	I – Atenção às condições crônicas na ESF	I – Atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF
Mudanças na organização da ESF na atenção as condições crônicas		
Desafios da Atenção	II – Desafios da atenção às condições crônicas	
Abordagens coletivas	III -Abordagens coletivas	II - Abordagens aos usuários com condições crônicas no âmbito da ESF
Cuidadores dos grupos		
Abordagens individuais	IV - Abordagens individuais	

Educação em Saúde	V – Promoção, Prevenção e Detecção	
Promoção, Prevenção e Detecção		
Fatores facilitadores da atenção às condições crônicas		
Sugestões para a qualificação da Atenção às condições crônicas		
Fatores restritivos da atenção às condições crônicas	VI – Fatores facilitadores e restritivos para a qualificação da atenção aos usuários com condições crônicas	
Educação Permanente	VII – Educação Permanente	III - Estratégias de organização e gestão do cuidado às condições crônicas
Autocuidado apoiado	VIII – Gestão do Cuidado	
Estratégias de enfrentamento dos fatores restritivos		
Experiências exitosas		
Estratificação de Risco	IX- Organização da Atenção às condições crônicas	
Protocolo		
Rede de Atenção às condições crônicas	X - Rede de Atenção às condições crônicas	IV - Rede de Atenção às condições crônicas

Fonte: Própria

Nessa perspectiva, com vistas a conhecer a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes em Sobral – CE apreende-se as seguintes categorias:

Atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF

A Atenção Básica à Saúde é considerada o local adequado para o diagnóstico, acompanhamento, tratamento e manutenção da saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Assim, a ESF é fundamental para a consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2014b).

O atual cenário de predomínio das condições crônicas está relacionado às transições de saúde (epidemiológica e demográfica) vivenciadas que provocam profundas mudanças nos padrões de saúde e doença (MALTA et al., 2006; SCHRAMM, 2004). Nesta perspectiva, verifica-se que esta transição é percebida pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços de saúde:

“No início nós tínhamos muitas mortes por diarreia, e em outro publico que eram crianças, principalmente os menores de 2 anos e hoje nós vemos que a pirâmide mudou. Hoje nos temos pacientes com doenças crônicas, hipertensão, diabetes, obesidades, além de outras doenças que

requer uma atenção mais demorada, como o próprio nome diz são doenças crônicas, não são doenças que através de uma consulta vai se resolver. São pacientes que terão que ter um tratamento ao longo da vida (Cervantes)”

“a gente vem passando por um processo de mudança epidemiológica inclusive da nossa demanda, que comparando nossa demanda de hoje com a demanda de 10 anos atrás, é uma demanda totalmente diferente, então o que a gente vinha sentindo é que a Estratégia Saúde da Família não vinha acompanhando essa mudança (Johnny de Carli)”

Nesse sentido, o sistema de saúde precisa refletir e gestar mudanças nos processos de reorganização das ações e serviços de saúde, de modo a garantir uma atenção coerente com a realidade demográfica, epidemiológica e social.

Assim, a ESF tem um papel fundamental neste cenário de transição e a realidade epidemiológica de predomínio das condições crônicas exige o fortalecimento da compreensão e prática de um cuidado integral e longitudinal. Giovanella e Mendonça (2008) consideram o acompanhamento longitudinal, a integralidade do sujeito e das ações, a coordenação do cuidado, a centralidade na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade como atributos principais da Atenção Primária à Saúde (APS). Starfield (2002) pontua ainda, a longitudinalidade, integralidade, acessibilidade, vínculo e coordenação do cuidado como responsabilidades essenciais da APS.

Neste sentido, entende-se como longitudinalidade o cuidado que a equipe de saúde desenvolve com os usuários e suas famílias ao longo dos anos, acompanhando os ciclos de vida. A integralidade busca garantir ações e serviços coerentes às necessidades de saúde da população, reconhecendo o usuário como ser inteiro e singular. A acessibilidade envolve a organização do serviço, a forma de acolher a demanda e a relação de proximidade com o local de moradia do usuário. O vínculo relaciona-se a interação profissional-paciente, numa relação empática e sinérgica que os aproxima ao longo do tempo. E a coordenação do cuidado a unificação dos componentes anteriores e a organização do fluxo de usuários por toda a rede de saúde (STARFIELD, 2002).

Desse modo, a reestruturação da Atenção Básica significa compreender que estes atributos e responsabilidades, muitas vezes pouco valorizados devido à preponderância de uma clínica imediatista de agudização das condições de saúde e

doença, precisam acontecer para a qualificação da atenção e consequente impacto na qualidade de vida dos usuários com condições crônicas.

Neste mote, os discursos revelam os esforços para a reestruturação dos serviços de Atenção Básica, com vistas à organização da atenção:

“Sobral desde 2013 vem tentando reestruturar os serviços de atenção primária, no sentido de tentar organizar em termo de cadastro, de conhecer a população, de saber quantas pessoas naquele território tem condições crônicas. Foi para além de hipertensos e diabéticos, mas também para pessoas com asma, pessoas com câncer, mas ainda está nessa estruturação. É um processo que ainda não se dá por concluído (Viviane Mosé)”.

Veras (2001) colabora com este entendimento do investimento na reestruturação da atenção a partir do momento que afirma a necessidade de operacionalização de um modelo de atenção às condições crônicas de saúde a partir de transformações no planejamento, avaliação e condução dos processos de atenção.

Nesta perspectiva, a mudança para um modelo de atenção centrado nas condições crônicas de saúde busca proporcionar uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes envolvidos, por meio de uma gestão da clínica destinada a prover uma atenção à saúde de qualidade (MENDES, 2012).

Desse modo, as falas evidenciam o processo de transição iniciado no município, todavia com os desafios de se desvencilhar do modelo antigo de atenção de agudização das doenças:

“Tem uma coisa que temos discutido muito que tem sido essa fase de transição, do modelo de atenção que a gente vinha vivenciando para a atual proposta do novo modelo de atenção em relação às doenças crônicas e estamos vivenciando essa fase de transição, então não conseguimos ainda nos desvencilhar do modelo antigo (Rubens Alves)”

“Então eu vejo que esse é um processo longo a gente não consegue fazer em pouco tempo (Quevedo)”.

“[...] se faz necessário (a mudança no modelo), porque quantas pessoas mais a gente vai ter no nosso território que vão ter AVC que vão enfartar que vão se tornar pessoas com problemas renais crônicos que vão precisar de hemodiálise e a gente vai continuar fazendo a mesma coisa tendo os resultados tão desastrosos (Heine)”.

Neste contexto, visualiza-se que nos movimentos de definição de um ou outro modelo caminham ora no sentido de conservação do modelo tradicional, ora no sentido de um novo modelo, ora na convivência conflitiva ou complementar entre eles. Enfatiza-se, neste processo, os movimentos do cotidiano do trabalho em saúde, como as relações entre pessoas, o envolvimento e a corresponsabilização na atenção à saúde, bem como o vínculo, acolhimento e humanização das práticas assistenciais (FERTONANI, 2015).

Desse modo, as pessoas que fazem o sistema de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) são os sujeitos da mudança, de maneira que a mudança acontece na micropolítica das relações. Neste ínterim, as contribuições dos participantes destacam os desafios do processo de transição para o modelo centrado nas condições crônicas a partir da ótica da fragilidade na compreensão da mudança pelos profissionais da ESF:

“a gente percebe a fragilidade dos profissionais em compreender uma mudança de contexto então o alinhamento dos profissionais ainda é muito voltado para uma clínica imediatista a clínica da agudização e também dos eventos agudos e eles têm a dificuldade de modificar esse olhar então eu vejo como sendo um dos primeiros fatores seja a questão do olhar dos profissionais (Cervantes)”.

Esta fragilidade de compreensão tem uma significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais. Assim, apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de mudança de um modelo que busque romper com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas, pois os desafios necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos trabalhadores e gestores de saúde e pelos usuários. Além disso, neste cenário micro de trabalho, há disputas entre compreensões e interesses de diferentes sujeitos, de maneira que esta arena de interesse tem forte influência na definição do desenho assistencial (FERTONANI, 2015).

Neste contexto, a assimilação e compreensão do usuário acerca do processo de mudança do modelo de atenção podem ser atravessadas por conflitos e resistência:

“Os desafios são muitos, porque não depende só do profissional, ele perpassa pelo paciente, pela família (Quevedo)”.

“[...] pela própria visão da população em relação ao nosso atendimento. A população vai ficar nos cobrando, pelo menos nos primeiros períodos, que a gente preste a mesma assistência de anteriormente, mas ao mesmo tempo temos vivenciado essa busca de aprimorar, de melhorar essa assistência prestada, principalmente no que diz respeito às condições crônicas, hipertensão, diabetes e saúde mental. Então a gente não vive atualmente essa satisfação em relação à organização, por conta dessa fase de transição (Rubens Alves).”

As visões dos usuários acerca da saúde, muitas vezes, podem diferir dos conceitos utilizados pela Saúde da Família e pela Saúde Coletiva e que subsidiam teoricamente o processo de mudança no modelo. Assim, apesar dos esforços e preocupação dos profissionais de saúde em ofertar cuidado, o que prevalece é um atendimento médico-centrado que, naturalizado pelos usuários, pode e imobiliza iniciativas de autocuidado, promoção da saúde e participação social, deixando em segundo plano ou até desconsiderando uma atenção que se propõe a ter na integralidade um sentido (REIGADA; RAMANO, 2015).

Abordagens aos usuários com condições crônicas no âmbito da ESF

Na ESF os usuários com as condições crônicas HAS e DM são abordados de diferentes maneiras e por diferentes profissionais, desde uma perspectiva individual a uma abordagem mais coletiva. Na abordagem individual os discursos demonstram que não existe um fluxo comum entre os CSF, de modo que há uma considerável diversidade de modos de organização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, conforme estão apresentados nas falas dos participantes e extratos do consolidado da territorialização em saúde:

“Existe território que funciona com agendamento de turnos específicos para os diferentes profissionais médicos, enfermeiros e outras categorias, para fazer aquele atendimento individual [...] no atendimento individual é aquela rotina de avaliar exames, fazer escuta de queixas e ver o andamento e o segmento de acordo com que o paciente refere e o que tem nos registros de prontuário (Heine)”.

“A atenção leva em conta, primeiro a questão da flexibilidade na agenda do profissional pra atender aquela demanda, então não existe um dia fixo pra isso, existe o dia de atendimento aos hipertensos e diabéticos, mas existe também dentro da agenda flexível o atendimento diário (Caymmi)”.

“No caso nós temos um dia de referência que é sexta feira para estar com esses pacientes, mas como um dia de referência para que a gente poder ter um tempo maior com eles para avaliar pé diabético, ver a questão dos exames que precisam ser solicitados, verificar a periodicidade das consultas médicas. Mas isso não é engessado, quando o paciente tem necessidade de renovação de receitas, tem pico hipertensivo, ou glicemia alta, nós temos uma agenda flexível para encaixar esses pacientes (Amadeu Baptista)”.

“Cada profissional tem sua agenda, e a agenda esta fixada na porta (Douglas Olliver)”.

“[...] grupos de educação em saúde, que acontecem trimestralmente por Agente comunitária de saúde. Nesse momento são feitas ações de promoção da saúde para o autocuidado deste publico é realizado aferição de sinais vitais, solicitação de exames e encaminhamentos para consultas. Sendo tudo registrado no prontuário da unidade e no cartão de acompanhamento do usuário. Os mesmos também podem ser atendidos dependendo da ocorrência por demanda livre (Consolidado Territorialização)”.

Neste cenário de diversidade de *modi operandi* do atendimento ao usuário, identifica-se em algumas unidades uma abordagem mais flexível, de forma que o usuário

tem autonomia para escolher o melhor momento para ser atendido. Os participantes utilizam o termo agenda flexível como estratégia de organização do trabalho em saúde, onde em todos os dias e turnos os profissionais tem a flexibilidade de atender usuários com situações de saúde e doença diferentes, ou seja, as agendas dos profissionais são organizadas de modo a possibilitar que em um mesmo turno o profissional possa atender às demandas espontânea e agendadas, como por exemplo, consulta ao usuários com hipertensão e/ou diabetes, realização de pré-natal, puericultura e atendimento à demanda espontânea.

Esta flexibilidade na agenda buscar romper com uma concepção programática ainda existente na dinâmica de alguns CSF, onde os turnos de atendimento são fixos e organizados por programas onde existe o “dia do hiperdia”, o “dia da hanseníase e tuberculose”, o “dia da gestante”, o “dia da realização do exame citopatológico”, entre outros.

Esta forma de organização ainda é influenciada pelo modelo técnico-assistencial de ações programáticas em saúde, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e que alcançou todo o país, de maneira a influenciar as formas de organização da atenção. Segundo este modelo os programas são definidos por ciclos de vida ou por doenças, com a hierarquização interna das atividades e padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas (ANDRADE; BARRETO, CAVALCANTI, 2017).

Nesta perspectiva, a flexibilidade na agenda é uma estratégia potente de organização e que pode possibilitar ao usuário um melhor acesso ao serviço de saúde. Silva (2015) reflete que atenção à saúde revela um cuidado fragmentado, baseado na produção de atos e desarticulado das principais queixas dos usuários e, ainda pouca flexibilidade no atendimento aos que tem mais dificuldade de acesso. Não interessa ter acesso a cuidados descontínuos e parcelares, pois o que se quer e se precisa é um o serviço coletivo de qualidade, com equidade e de forma integral.

Todavia verifica-se que em alguns momentos esta flexibilidade na agenda implica na diluição do atendimento ao usuário com HAS e DM na demanda espontânea, onde o atendimento é breve, focado na relação assistencialista de queixa-conduta, centrado nos profissionais enfermeiros e médicos e com uma dinâmica que limita o tempo e espaço para a prática de exame físico, desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e interconsultas entre diferentes categorias profissionais.

Cunha (2014) corrobora com as discussões ao apreender que mesmo com a organização desta agenda de atendimentos, observa-se grande número de usuários desejando atendimento por demanda espontânea, o que gera uma renovação de receitas compulsórias, sem acompanhamento efetivo dos pacientes, que por sua vez apresentam dificuldades na recuperação da informação nos prontuários (CUNHA, 2014).

A diluição do atendimento ao usuário com HAS e DM pode ser visualizada na Figura 24, extraída do consolidado da territorialização, e que apresenta a Classificação de Risco do acolhimento à demanda espontânea de um dos CSF, onde os “hiperdia” (pacientes com hipertensão e diabetes) estão classificados com cor azul, ou seja, não urgente.

O Caderno de Atenção Básica n. 28 reflete, bem como traz orientações importantes para o desenvolvimento do acolhimento a demanda espontânea na Atenção Básica. Nesse sentido, é importante que as equipes discutam e que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade, que muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado (BRASIL, 2011).

Figura 24 Classificação de Risco do Acolhimento à demanda espontânea de um CSF de Sobra, Ceará, Brasil, 2017

HIPERDIA PLANEJ. REPRODUTIVO PUERICULTURA PRÉ-NATAL SAÚDE MENTAL EXAME PREVENÇÃO	AZUL agendamento
TOSSE GRIPE DOR DE CABEÇA PROBLEMA DE PELE MOSTRAR EXAMES QUEIXAS GINECOLÓGICAS DOR LOMBAR LEVE DOR LEVE	VERDE
FALTA DE AR DOR INTENSA TONTURAS VÔMITOS DIARREIA FEBRE 38,5°C ADULTO	AMARELO
FEBRE 38,5°C EM CRIANÇA PRESSÃO ALTA SANGRAMENTO GESTANTE COM DOR	VERMELHO

Fonte: Consolidado Territorialização (2017)

No entanto, ao analisar esta classificação verifica-se que a demanda prevista de hipertensos e diabéticos se refere a uma perspectiva de intervenção programada não urgente, porém existe a necessidade de considerar no cotidiano da ESF a existência de usuários que procurem o CSF com crises hipertensivas, urgência e emergências hipertensivas e Pseudocrises hipertensivas e descompensação do DM (BRASIL, 2012).

No que se refere ao tratamento ao usuário com HAS e/ou DM os Protocolos direcionam os profissionais desde o processo de escolha do medicamento e sua disponibilidade, de forma a enfatizar que a escolha da terapêutica implica diretamente na adesão:

A escolha do medicamento deve levar em conta: O estado geral do paciente e as comorbidades presentes (complicações do diabetes ou outras complicações). Os valores das glicemias de jejum e pós-prandial e da HbA1c. O peso e a idade do paciente. As possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações (Protocolo Diabetes mellitus).

“Se possível, as drogas escolhidas devem ter o mínimo número de tomadas ao dia. Prescrever medicamentos subsidiados pelo SUS, disponíveis nas unidades de saúde ou pelo Programa da Farmácia Popular (Protocolo Hipertensão Arterial Sistêmica)“.

Todavia, as diretrizes para o tratamento, descritos nos Protocolos da HAS e DM, não estimulam os profissionais corresponsabilizar os usuários no processo de escolha da terapêutica. Neste contexto, a passividade do usuário e centralidade da decisão no profissional pode implicar na falta de adesão e do não empoderamento do usuário, o que pode reduzir a prática do autocuidado.

Além disso, os discursos revelam ainda alguns fatores restritivos associados ao tratamento, dentre eles os problemas de abastecimento das medicações e a descontinuidade do programa Farmácia Popular:

“tiveram alguns problemas de abastecimento de medicação, principalmente da metformina (Groddeck)”.

“Existe muita falta de medicamento, inclusive agora depois que a farmácia popular fechou vai diminuir muito o acesso das pessoas porque quando a gente não tinha eles (os usuários) recebiam na farmácia popular [...] esse ano houve um desabastecimento muito grande de medicamentos principalmente a Losartana que é o medicamento que hoje está universalizado e que quase todos os tipos de hipertensos tomam e a metformina também falta muito (Johnny de Carli)”

O programa Farmácia Popular, criado em 2004 teve um papel importante no processo de complementação do acesso aos medicamentos que são oferecidos no SUS. O programa já beneficiou mais de 31 milhões de pessoas com entrega de medicamentos gratuitos e com até 90% de desconto no período de fevereiro de 2011 a abril de 2015 (BRASIL, 2016). O programa colocava à disposição da população medicamentos gratuitos, dentre eles, para hipertensão e diabetes, todavia, neste ano o programa vem sendo descontinuado. Em nota, o Ministério da Saúde afirmou que o investimento antes direcionado ao programa será destinado aos municípios.

Dentro deste contexto de tratamento, os usuários com condições crônicas precisam periodicamente renovar as receitas de suas medicações. Porém, a análise dos discursos permite afirmar que a atenção aos usuários com HAS e DM em sua maioria ainda está centrada na renovação de receitas, que acontece muitas vezes de forma alienada e sem uma efetiva reavaliação, consulta, reconhecimento dos efeitos adversos, avaliação da adesão e estímulo ao autocuidado e terapias não medicamentosas, conforme descrito nas seguintes fala:

Continua sendo aquele sistema arcaico, paciente chega para renovar receita e ir embora, ele chega e deixa a receita dele no SAME, a menina (auxiliar administrativo) tira o prontuário, pega uma pilha de receitas, a enfermeira só faz olhar para a receita, renova, o médico assina, entrega pro paciente, e o paciente passa 6 meses só vindo pegar medicação (Sócrates).

nós temos um exemplo de uma pessoa que estava tomando insulina vencida, porque um outro polo daqui da unidade percebeu que estava sempre descompensado, porque? Então a gente vai investigar! Na visita domiciliar está cheio de insulina e ainda vencida [...] então o processo

de renovação de receitas tem que se dar com muito critério e de acordo com a necessidade do usuário (Manuel Bandeira).

“Ainda tem aquele turno clássico que é turno de renovação de receitas, que a equipe mínima chama assim, aí quando chega uma pessoa portadora da condição crônica diluído na demanda espontânea ele é atendido e ele recebe. Se ele precisa de medicação ele recebe a medicação até o dia do turno dele, mas ele é orientado que venha na segunda à tarde que é o turno da renovação da receita, aí ele (usuário) muitas vezes não vai ou manda um parente. Ele pensa como é só para renovar receita, aí ele manda o parente (Rubens Alves)”.

Assim, observa-se que é necessária à compreensão por partes dos profissionais, usuários com HAS e DM e seus familiares da importância do momento da renovação de receitas, uma vez que o mesmo não pode ser resumido ao preenchimento de um receituário de forma mecânica sem considerar a realidade singular de cada usuário e sua relação com terapia medicamentosa e não medicamentosa.

Porém, em alguns discursos demonstra-se que os profissionais têm o interesse de ressignificar o momento da renovação de receita, de maneira a possibilitar que aconteça um processo de avaliação da situação de saúde dos usuários e de sua terapia, como podemos identificar nas falas com a implementação de uma rotina de aferição da pressão arterial e glicemia antes de buscar a medicação na farmácia e o encaminhamento para a consulta médica em situações de alteração nos sinais vitais e/ou quando o usuário percebe que descompensou ou que está com problemas com a medicação:

“[...] toda vez que ele vai pegar o medicamento, pelo menos a glicemia e a pressão é avaliado. O técnico (de enfermagem) avalia. Se tiver tudo bem ele vai para farmácia e recebe a medicação se não tiver ele é orientado a fazer a consulta com a enfermeira e a enfermeira avalia a necessidade de consulta médica (Pedro Bravo)”.

“A renovação de receita acontece diariamente, os prescritores, tanto médicos como enfermeiros, realizam essas prescrições ou transcrições, o paciente antes de receber as medicações também é feito a verificação da PA e dependendo de alguns casos, se estiver descompensado, é encaminhado pra uma reavaliação com o médico. Nesta situação a

reavaliação é feita junto a renovação da receita ou se o paciente estiver alguma queixa, algum episódio onde ele percebe que descompensou ou então quando a medicação não está fazendo efeito (Kesley)”.

Os discursos também evidenciam que o processo de renovação de receitas dos usuários com condições crônicas precisa de organização e uma pactuação entre o usuário-profissional, de forma a garantir ao usuário o acesso à medicação:

“Nos territórios que eu acompanho a receita é renovado sempre que ele (usuário) vai procurar a equipe. Não existe um dia da semana só para renovar receita (Quevedo)”.

“Os pacientes tem o cadastro na farmácia, que tem registro de todas as pessoas que tomam medicação controlada, todos os meses. Os pacientes são orientados pelos enfermeiros, no momento da renovação da receita, que quando tiver faltando alguns dias de acabar o medicamento, eles (usuários) tem que vir fazer a renovação. Eles chegam, pedem pra separar os prontuários e passam para o enfermeiro renovar. Não em horário marcado, sendo de acordo com a necessidade deles (Lair Ribeiro)”.

Em um estudo descritivo de corte transversal por meio de dados oriundos do banco de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), realizada no Brasil, por ocasião do primeiro ciclo, onde foram recrutados 8949 questionários, verificou-se que a renovação de receitas para usuários de cuidados continuados (HAS e DM), sem a necessidade de marcação de consultas médicas foi referida 84,5%, com destaque na região nordeste (SANTOS, 2016). Este achado remete a grande responsabilidade do profissional do enfermeiro em renovar as receitas e consequentemente de identificar possíveis alterações, efeitos colaterais ou falta de adesão.

Segundo a Portaria 1.625 de 10/7/2007 do Ministério da Saúde respalda legalmente o enfermeiro para prescrever medicamentos de acordo com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. No entanto, verifica-se ainda nos discursos o papel do enfermeiro como transcritor de receitas. No parecer COREN – BA N^o 033/2013 a entidade de classe da enfermagem enfatiza que o termo

transcrever indica submissão, dependência excessiva em relação ao profissional médico, confundindo o enfermeiro como mero despachante de receituários e medicações.

Nessa perspectiva de renovação de receitas, identifica-se a necessidade mudança neste processo e aproximação da equipe multiprofissional, representada pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e NASF e o desenvolvimento de uma clínica ampliada nos processos de falta de adesão à terapia, de maneira a reconfigurar o espaço do encontro com o usuário (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015). Esse processo de mudança foi reverberado no seguinte discurso:

“[...] a gente vai conseguindo diminuir essa de receita sem ver o paciente, onde o paciente simplesmente trás e aí a gente renova. A gente conseguiu instituir na unidade um critério em que se ele vem é atendido e se a receita for renovada pelo enfermeiro vale três meses e pelo medico vale seis. Se ele passar dois meses sem comparecer a unidade para o recebimento dessa medicação, ele obrigatoriamente tem que passar pelo medico para ver o que esta acontecendo, porque não esta aderindo o tratamento, ai dependendo do que seja a explicação do paciente, ele passa pelo PTS na unidade que é um plano terapêutico singular, voltado para ele com um a equipe multidisciplinar, para a gente tentar intervir o quanto antes nessa falha de adesão (Bruno Barcellos)”.

Em relação ao processo de solicitação de exames, identifica-se que o mesmo geralmente como rotina no atendimento e com periodicidade anual, todavia as falas demonstram um dissenso em relação ao profissional que solicita os exames, em algum momentos colocam como responsabilidade compartilhada entre enfermeiros e médico e em outros centralizam a responsabilidade em uma únicas das duas categorias:

“Uma vez ao ano são solicitados todos os exames: eletro, eco, exames de sangue, no caso da diabetes é solicitado hemoglobina glicada, e em casos de exames alterados é feito consulta com médico para ele reavaliar. Os exames são mais para controle, pra ver se a doença crônica esta tendo alguma complicação (Rubens Alves)”.

“A solicitação de exames é feito seguindo o protocolo municipal de atenção a hipertensão e Diabetes, então na solicitação de exames, tanto

aos exames de rotina que todos os Diabéticos tem que fazer, que é os enfermeiros que solicitam, e aquele exames que somente os médicos podem solicitar também é feito dessa forma, o medico solicita e o paciente é encaminhado para realização (Liana Jardim).”

“A solicitação de exames quem faz é o médico (Douglas Olliver)”.

“Assim a solicitação de exames é pra ser feito pelo enfermeiro anualmente nos casos de hipertensos e diabéticos que estão controlados (Gandhi).”

Esta divergência pode estar relacionada à decisão liminar de 1ª instância, da 20ª Vara da Justiça Federal, do dia 27 de setembro de 2017 que restringia o trabalho do enfermeiro no processo de realização consultas na qual oferece ao paciente diagnóstico de doenças e a prescrição de exames e medicamentos, bem como o encaminhamento para outros profissionais ou serviços. Esta liminar foi contemporânea ao período de coleta de dados da pesquisa e trouxe mudanças na dinâmica do atendimento na ESF, dentre eles do atendimento aos hipertensos e diabéticos. Dessa forma, acredita-se que essas diferenças nos discursos podem estar relacionadas a esta liminar, que foi suspensa pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) em 18/10/2017.

Além disso, o atendimento individual aos usuários com HAS e DM também acontece fora da unidade básica a partir da realização de visitas domiciliares:

“Os técnicos (de enfermagem) visitam mensalmente, junto ao ACS, os usuários hipertensos e diabéticos acamados ou restritos ao lar, para verificação de sinais vitais. Caso identifiquem alterações de sinais vitais ou situações de feridas para curativo, informam ao enfermeiro da área ou acolhimento, a fim de serem tomadas medidas cabíveis (Consolidado Territorialização)”.

“Esses pacientes são acompanhados também através de visitas domiciliares mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde ou em intervalos menores conforme necessidade e também pelas outras categorias profissionais (Consolidado Territorialização)”.

A visita domiciliar é uma potente tecnologia de interação no cuidado à saúde, uma vez que permite conhecer melhor o usuário dentro do seu contexto ou meio ambiente,

que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações sócio-afetivas entre os vários membros da família (ANDRADE et al, 2014). Além disso, configura-se como uma importante forma de fortalecimento do vínculo, atributo importante no processo de cuidado longitudinal aos usuários com HAS e DM.

Observa-se ainda, a presença do profissional dentista no processo de cuidado aos usuários com HAS e/ou DM, uma vez que a partir da análise do consolidado da territorialização, onde se apresentava um cronograma de atendimento da odontologia (Figura 25), pôde-se identificar que este público tem prioridade, bem como uma agenda fixa de atendimento:

“As gestantes, hipertensos, diabéticos e pacientes com necessidades especiais são agendados todos os dias, e não existe um dia específico para esse atendimento para que possa dar prioridade a esse atendimento (Consolidado Territorialização)”.

Figura 145 Cronograma de Atendimento da Odontologia em um Centro de Saúde da Família de Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Tumos	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	06 comunidades 02 hipertensos/ diabéticos 02 Urgências	06 comunidades 02 hipertensos/ diabéticos 02 Urgências	03 Próteses 02 Urgências	06 Idosos 02 hipertensos / diabéticos 02 Urgências	08 Crianças Ou Ação coletiva na escola
Tarde	06 Comunidades 02 hipertensos/ diabéticos 02 Urgências	06 Comunidades 02 hipertensos/ diabéticos 02 Urgências	EP ou 08 gestantes 02 Urgências	Interno	08 Crianças Ou Ação coletiva na escola

Fonte: Consolidado da Territorialização (2017)

Todavia, é importante considerar que a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 não traz o dentista,

Técnicos e auxiliares em Saúde Bucal como integrante da equipe mínima, e sim complementar, de modo que o gestor poderá decidir acerca de sua permanência. Nesse sentido, esta mudança poderá gerar sérios retrocessos na saúde bucal realizada no âmbito da Atenção Básica.

Além da equipe mínima, foram reverberadas as contribuições da equipe multiprofissional na atenção às condições crônicas:

“Eles vão ser avaliados por toda equipe multiprofissional, dependendo de cada caso do paciente. Dentro da nossa disponibilidade, conseguimos atender a necessidades dos pacientes (Groddeck)”.

“Pacientes com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes são acompanhados pela equipe multiprofissional, através das consultas individuais, agendados dentro do cronograma de cada profissional (Douglas Olliver)”.

Mendes (2012) colabora ao afirmar que para a mudança na clínica é necessário deslocar da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional, uma vez que os sistemas de atenção à saúde que estruturaram a APS com base na consulta médica de curta duração fracassaram nas respostas às condições crônicas. Desse modo, faz-se necessário a formação de uma equipe de trabalho multiprofissional que distribui as tarefas, segundo as vantagens comparativas de cada profissional.

No entanto, a integração e compartilhamento de saberes entre os profissionais, e entre estes e os usuários, precisa acontecer durante todo o processo de cuidado. Na realidade, depara-se com uma equipe de especialidades variadas, porém, compartimentadas, com pouca comunicação, dificultando a resolubilidade dos problemas (COSTA et al, 2014).

Mendes (2012) problematiza ainda que atenção ancorada nos médicos e enfermeiros é insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas na ESF. Dessa maneira, é fundamental a participação de outros profissionais como membros orgânicos, e não somente como apoiadores das equipes, como propõe a política dos NASF. Assim, o NASF pode ser visto como uma solução de transição que deverá evoluir para o adensamento das equipes de ESF com a introdução de outros profissionais de nível superior como membros orgânicos dessas equipes (MENDES, 2012).

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, altera o nomenclatura de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Desse modo, o Nasf-AB será constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica e que irão atuar de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Esta mudança vem ao encontro das contribuições de Mendes (2012) quando afirma que a equipe do Nasf-AB seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população (BRASIL, 2017).

Todavia, essa mudança até presente momento parece estar só na perspectiva da nomenclatura, uma vez que não há direcionamento por parte do Ministério da Saúde que oriente e/ou dê suporte para que a equipe do Nasf seja um membro orgânico. Assim, a realidade é de profissionais vinculados ao NASF que dão apoio em mais de um CSF, o que faz com que estes profissionais atuem juntos às equipes da ESF como apoiadores matriciais.

No que se referem às ações preventivas os Protocolos de HAS e DM enfatizam a sua importância e o estímulo atividade física regular, alimentação saudável e controle de peso. Além disso, indicam caminhos para o rastreamento de novos casos:

“As ações preventivas populacionais e intersetoriais devem ser promovidas, e complementadas por ações clínicas, que enfatizem o estímulo a hábitos de vida adequados, tais como atividade física regular, alimentação saudável e controle de peso (Protocolo Diabetes mellitus)”.

“Uma estratégia que vem ganhando força é rastrear o alto risco para o DM por meio de questionários, como o FINDRISC [...] Naqueles identificados como moderado a alto risco, deve ser oferecido rastreamento específico para DM por meio da glicemia de jejum. Se a glicemia estiver alterada, porém sem fechar critério para DM, devem ser oferecidas intervenções para diminuir o risco de desenvolver a doença. A aplicação do questionário pode ser feita pelos agentes comunitários de saúde (ACS) após treinamento breve. Usuários identificados como

de maior risco devem ser orientados a agendar consulta de enfermagem ou médica (Protocolo Diabetes mellitus).”

O Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) como instrumento de rastreio para a detecção de casos de diabetes. Foi desenvolvido em 2001 pelo Programa Nacional para a Diabetes Finlandês e baseia-se em oito questões sobre variáveis claramente relacionadas com o risco de desenvolver diabetes, de maneira a fornecer uma medida da probabilidade de vir a desenvolver diabetes ao longo dos 10 anos seguintes (DANTAS et al, 2017; VALENTE; AZEVEDO, 2012). Assim, o FINDRISC permite selecionar os participantes com maior risco desenvolver a doença, de forma a possibilitar que os trabalhadores da ESF possam intervir a partir de Mudanças no Estilo de Vida (MEV).

As Mudanças no Estilo de Vida (MEV) também são estimuladas nos Protocolos da HAS e DM, conforme descritos nas falas e apresentado no Quadro 7:

“Usuários sem diabetes, mas com glicemia alterada, devem ter prioridade para abordagem intensiva nas medidas de mudanças de estilo de vida, focando na redução do peso (> 5%), aumento da atividade física (150 minutos por semana, intensidade moderada, estimulando sessões em grupo) e revisões frequentes para reforço e monitoramento do autocuidado (Protocolo Diabetes mellitus).”

“Essas intervenções devem ser abordadas de preferência em consulta de enfermagem ou em consultas em grupo multidisciplinar. Usuários com glicemia normal, porém com alto risco para o DM segundo o questionário, também podem se beneficiar dessas intervenções, especialmente se estiverem motivadas para a perda de peso (Protocolo Diabetes mellitus).”

“As Unidades de Saúde devem oferecer consulta de enfermagem para orientação de Mudanças no Estilo de Vida (MEV) e que essas sejam iniciadas no nível pressórico PA limítrofe, pois se existirem fatores de risco associados, como diabetes mellitus e obesidade, o risco de apresentar hipertensão no futuro é altíssimo. Além disso, o(a) enfermeiro(a) deve verificar e estimular a adesão aos tratamentos farmacológico e não-farmacológico (dieta, atividade física). Na

presença de alguma intercorrência, agendar. (Protocolo Hipertensão Arterial Sistêmica).”

Quadro 7 Modificações de estilo de vida para manejo da HAS, Sobral, Ceará, Brasil, 2015

Modificação	Recomendação	Redução da PA (mmHg)
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: Consolidado Territorialização (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et al., 2003), In: AB 37, DAB.

Segundo Siqueira (2012) as intervenções de MEV têm que ser de forma progressiva e contínua, uma vez que a supervisão se faz necessária para os bons resultados conquistados. Todavia, é preciso refletir que a forma como supervisão acontece por fazer com o MEV passe a ser uma ferramenta de controle, o que pode reduzir os resultados e afastar o usuário.

Neste contexto, o que é considerado saudável tende a controlar os modos de ser, agir e pensar dos indivíduos, transformando o termo saúde em produtor de padrões de comportamento e constituindo assim parâmetros de normatividade (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

Dessa forma, é necessário compromisso ético com a vida, e uma atenção à saúde de forma resolutiva e envolvente, por meio das ações de educação em saúde que articulem a realidade do contexto e busca por atitudes geradoras de mudanças. Acredita-se que o desafio é a capacidade dos profissionais em olharem para o usuário e acolhê-lo articulando-se as ofertas de ações preventivas de forma espontânea significando criar dispositivos e processos coletivos para além das ações preventivas demandadas pela própria população (SILVA, 2015).

Neste sentido, o enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas a transmissão de conhecimento como meio e processo de controle, é fundamental que aspectos subjetivos que interferem nos hábitos sejam investigados e considerados.

Esta compreensão de educação em saúde pode ser visualizada na seguinte fala:

“Aí eu percebo já no componente Educação em saúde que ainda Precisa se trabalhar com a corresponsabilização, não nesse foco apenas informativo, estou levando informação, mas no foco mesmo da pessoa compreender-se com comportamento de risco se ver em uma situação que tem dificuldade de fazer a mudança mas que ela pode conseguir se ela tem um apoio (Fernando Pessoa).”

Neste sentido, faz-se necessário a busca de novas metodologias de educação em saúde que vão além da informação, promovendo a ressignificação dos conceitos do processo saúde-doença e possibilitando, de fato o estabelecimento de novas práticas e novos processos de trabalho em saúde, que contribuam para o desenvolvimento de novas relações profissional-usuário, congruentes com os princípios da educação em saúde (CÂMARA et al, 2012; GAZZINELLI et al, 2015).

Assim, verificam-se dentre as formas de desenvolvimento da educação em saúde na ESF a utilização da sala de espera como um espaço importante de educação e compartilhamento:

“[...] elas (enfermeiras) conseguem trabalhar isso em sala de espera hipertensão e diabetes porque no atendimento individual não dá conta de fazer todas as orientações (Sérgio Alves)”.

“[...] unidades que fazem atendimento individual caso ela tenha um público já aguardando atendimento elas faz sala de espera e aborda essa temática hipertensão diabetes e na unidade que trabalha coletivo elas também fazem, mas existe um planejamento a programação que previamente ele já sabe a temática que vai trabalhar, mas não fica de fora essas duas temáticas, também não fica muito repetitivo porque elas vão a partir da escuta com os próprios pacientes (Heine)”.

Além das salas de espera, as abordagens grupais configuram-se como importantes possibilidades de cuidado aos usuários com HAS e/ou DM, como apresentado nos seguintes discursos e na Figura 26:

“Os grupos de convivência que nós temos hoje nos meus territórios é o grupo corpo e mente que a gente trabalha componente de convivência e trabalha práticas corporais que nesse grupo também tem pessoas com hipertensão e diabetes (Heine)”.

“ [...] o encontro que a gente chama de hiperdia, que a gente convida aqueles hipertensos e diabéticos, e faz um encontro durante duas horas pela manhã, a gente inicia às 8 horas até as 10, a gente leva o palestrante, aí tem uma roda de conversa, a gente costuma fazer de 3 em 3 meses, dependendo da necessidade, mas quando a gente está vendo que tá precisando de encontro com eles (Nietsch)”.

O Grupo Hiperdia que é realizado trimestralmente dividido por área, onde cada enfermeira atende sua demanda de hipertenso e diabético facilitando assim o acompanhamento (Consolidado Territorialização).

“E nesses grupos de idosos estão sempre diluídas por temas. A gente precisa trabalhar, a gente tem nutricionista, tem educador físico, tem psicólogo e a gente vai adequando de acordo com o que cada um pode contribuir a gente faz uma ‘escalazinha’ e eles vão para os grupos (Groddeck)”.

Figura 26 Grupo de HIPERDIA em um território da ESF de Sobral, Ceará, Brasil, 2017⁴



Fonte: Consolidado Territorialização (2017).

A partir de então, infere-se que o desenvolvimento de ações educativas grupais podem interferir no processo de saúde-doença da população com HAS e/ou DM a partir dos seguintes do desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e de suas condições de vida e saúde, o compartilhamento de conhecimentos que derivem das experiências, além da potencialização de processos coletivos para organizar e concretizar ações de mudança. Pressupõe ainda o ir além de uma perspectiva preventiva e de uma abordagem diretiva, ampliando-se na direção de uma práxis construtiva, pautada no desenvolvimento do diálogo (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Assim, a educação em saúde, quando se desenvolve por meio da escuta, da problematização e da produção conjunta do conhecimento, concretiza-se como um exercício de autonomia, favorece o processo de construção da cidadania, potencializando a expressão do cidadão nas diferentes dimensões do cuidado e do autocuidado (GAZZINELLI et al, 2015).

⁴ Foto extraída do consolidado da territorialização e representa um grupo de HIPERDIA realizado com idosos. O grupo acontece há 7 anos e nele são realizados momentos de práticas corporações e integração, orientações, renovação de receitas e encaminhamentos. Na foto está sendo realiza uma massagem coletiva. A fotografia foi autorizada pelos usuários que se encontram na imagem.

No entanto, ainda é perceptível que algumas grupos tem uma prática educativa que reproduz abordagens tradicionais de transmissão de conhecimento, com conteúdos verticalizados passados por palestrantes, e que não valorizam a autonomia e o saber dos usuários e os condicionam com o discurso de só ganha o remédio aqueles que participam do grupo (CUNHA, 2014).

O mesmo autor destaca alguns nós-críticos para o acompanhamento de grupos de HIPERDIA:

a) Grupos organizados por metodologias tradicionais e passivas, sem um planejamento participativo, o que pode resultar na pouca adesão b) Equipe de saúde não domina abordagens diferenciadas, outras metodologias para o desenvolvimento do grupo HIPERDIA c) A qualidade dos registros em prontuários ou outros instrumentos de controle que dificultam as evoluções subsequentes; d) Demanda espontânea com elevada número de usuários, mesmo para aquelas ações que já existem algumas propostas assistenciais organizadas na unidade como o grupo HIPERDIA; e) Acompanhamento pouco regular dos usuários, devido a procura pela demanda espontânea, resulta em desarticulação com os outros níveis assistenciais e gera ainda uma renovação de receitas compulsórias; f) Rotatividade de médicos, que causa prejuízos como falta de vínculo do profissional, desconhecimento da população, dificuldade de implementar medidas de controle dos agravos; g) Composição social e familiar dos usuários: elevada prevalência de analfabetismo e falta de apoio familiar na condução do regime terapêutico (CUNHA, 2014, p.25).

Assim, é importante que abordagem seja centrada na pessoa e não somente na doença. Esta compreensão ampliada pode ser visualizada nos seguintes discursos:

“[...] a gente não foca tanto nessa doença a gente foca mais na qualidade de vida (Heine)”.

“[...] a gente tenta trabalhar não com patologia. Até porque o processo de educação em saúde está pra além dessa caixinha, se a gente vai trabalhar com pessoas que tem algumas patologias, trabalhamos na perspectiva na convivência, poder inclusive trocar

experiência, se eu fecho em uma caixinha só, fica só naquilo, não é aprendizagem, não é educação em saúde (Rubens Alves)”.

Nesta perspectiva, devem ser trabalhados nos grupos temas envolvendo saúde, de maneira a evitar que os encontros sejam sempre relacionados com Hipertensão ou Diabetes, e assim, não centralizar apenas de doença, mas principalmente na saúde. Além disso, é fundamental a participação dos usuários na elaboração da proposta do grupo (RODRIGUES et al., 2012).

Câmara et al (2012) afirma que muitos profissionais ainda percebem saúde como o oposto de doença e ainda trabalham com esse enfoque a partir de discursos higienistas e assistencialistas e com a prescrição de hábitos e comportamentos individuais. Assim, o modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados focalizando a doença, e todas as ações estão centradas no seu enfrentamento. Desse modo, é necessário colocar a ‘doença entre parênteses’ e deslocar a centralidade para o sujeito em sua singularidade (AMARANTE, 1996).

Com isso, os cuidadores têm papel essencial no processo de construção da identidade do grupo, estímulo à participação e planejamento coletivo e colaborativo. Todavia, verificam-se nas entrevistas que os grupos em sua grande maioria são cuidados pelos residentes e pelos ACS, mas em algumas falas visualizam-se experiência de participação de outros trabalhadores:

“[...] cuidado pelos agentes de saúde e a equipe de residência (Heine)”.

“[...] o responsável são os agentes comunitários de saúde (Nietzsh)”.

“[...] os responsáveis são os residentes (Alberto Caeiro).”

“[...] pela residência multiprofissional e o NASF (Viviane Mosé)”.

“Quem organiza são os agentes de saúde, são 10 agentes de saúde, 5 fica com um grupo e 5 fica com outro, a educadora física e a enfermeira. Uma vez por mês a enfermeira vai, nos outros dias da semana vai só os agentes de saúde e a educadora física (Gandhi)”.

“[...] existe a participação do médico da equipe, participação dos profissionais do NASF, residentes, equipe de apoio e as enfermeiras (Manoel Bandeira)”.

Porém, no processo de desenvolvimento dos grupos existe uma dificuldade de aproximação da equipe mínima:

“Os responsáveis são sempre os residentes. A gente está vivendo um momento que hoje todas as ações de grupo é a residência que assume. A participação da equipe é mesmo só está ali, mas quem leva, quem conduz, são os residentes (Alberto Caeiro)”.

“Vão (médicos e enfermeiros) para um grupo falar sobre um tema que os residentes convidam, mas ainda é muito a equipe multiprofissional que puxa e o agente comunitário. O agente comunitário é essencial, pois ele chama um grupo. A gente convida um enfermeiro para ele estar junto participando aí ele fala: eu vou dar uma passadinha. Mas não é uma passadinha, é para ele sentar, estar junto participando. Ainda está muito centrado na equipe multi. Às vezes a equipe multi quer esmorecer, acha que está carregando ‘o fardo’ sozinha [...] a população precisa ver o Enfermeiro aqui (nos grupos) junto. Quantas vezes o enfermeiro diz que não vai porque o médico não vai, então, é muito da adesão deles compreenderem (Rubens Alves)”.

“mas a gente ainda não conseguiu que a equipe multi junto com um médico e um enfermeiro fazendo uma abordagem coletiva com as pessoas no dia do Hiperdia (Caymmi)”.

“Estamos compartilhando com os enfermeiros, apesar dos enfermeiros não participarem do grupo, que é uma fragilidade de a gente não conseguir tirar ele do serviço. E os enfermeiros não estão sensibilizados, quando falamos de grupo pra eles, eles já acham ruim, já acham que é mais uma atribuição. Sendo que a gente precisa trabalhar isso neles, porque se a gente trabalhar com prevenção nos grupos evita que o paciente crônico ele agudize e venha no acolhimento no outro dia (Kesley)”.

“E a equipe multi sente muito sobrecarregada como se tivesse fazendo uma tarefa que só compete a ele e na verdade não é (Pedro Bravo)”.

Rodrigues et al. (2012) afirma que a adesão ao grupo de HiperDia não depende unicamente do usuário com hipertensão arterial e diabetes, mas de todo o conjunto de elementos constituintes do processo, embora deva considerá-lo como o foco central do processo. Desse modo, os discursos evidenciam ainda que os grupos têm períodos de maior participação e de menor adesão, que pode ser justificado por alguns aspectos:

“Oscila muito tem período que os grupos estão bem emponderados, funcionando muito bem mediante uma programação, mas há períodos que há uma queda [...] em relação a queda eu já fiz uma escuta com as equipes e as respostas que eu tive foram que ou é aquele período que sai a equipe cuidadora quando muda a equipe de residente e de NASF, ou período de férias dos profissionais da equipe. Outro problema também que eles relacionam é quando eles estão no ritmo bom aí acontece de um ou dois membros daquele grupo mudar de território ou até no caso de óbito que tem ali no integrante daquele grupo que era muito participativo (Heine)”.

“tem que tá se organizando para esses grupos para poder cada um (os profissionais) fazer uma caixinha para poder fornecer lanche saudável (Bruno Barcello)”

“Esgotam as dinâmica de grupo, esgota as de brincadeiras, eles (cuidadores do grupo) ficam muito limitados também a material, eles solicitam apoio para fazer atividades externas, passeios, lazer, eles ficam muito barrados em relação a isso porque não tem. O grupo cobra, normalmente cobra lazer, lanche e isso também tem sido um empecilho nos grupos, questão mesmo de custo. O local quando não tem, muitas vezes fica certo acontecer algum espaço fora da unidade de saúde normalmente acontece em algum espaço da comunidade, muitas vezes pode acontecer de não dar certo aí quebra de novo aí até identificar outro local (Sérgio Alves)”.

“[...] ainda não conseguiu chegar em pelo menos sete pessoas juntas para fazer uma roda de conversa para fazer uma abordagem mais proativa (Viviane Mosé)”.

Além disso, os grupos precisam desde seu processo de concepção e planejamento pensar em meios e processos de sustentabilidade, uma vez que em situações de mudança de profissionais e término da turma de residência, por exemplo, existe uma tendência de descontinuidade dos grupos. Com isso, a corresponsabilização do cuidado com grupos com os usuários participantes é de suma importância para garantir a sustentabilidade e aproximar mais atores:

“Mas o grupo ele se conduz, por exemplo, se não tiver ninguém para fazer atividade com eles, eles saem juntos, vão pra dentro da universidade fazer a caminhada deles (Rubens Alves).”

Assim, a participação popular é relevante para que a comunidade reconheça o grupo como parte e apoio no seu processo de desenvolvimento, desde a articulação do espaço ao apoio e realização de parcerias. Nesse sentido, os entrevistados evidenciam a figura do Conselho Local de Saúde e de espaços comunitários:

“O nosso conselho de saúde é muito atuante, assim como outros parceiros do território também temos aqui a estação da juventude, que em tese seria algo voltado só pra juventude, mais ele também é parceiro nosso nessa questão de atenção ao paciente com doenças crônicas, pois tem umas atividades que contempla esse público (Sérgio Alves)”.

“[...] parceria que a gente estabelece com toda a comunidade, como a associação dos moradores que nos apoiam, como a estação da juventude, conselho de saúde (Sócrates)”.

Estratégias de organização e gestão do cuidado às condições crônicas

Dentre as estratégias de organização da atenção às condições crônicas, os protocolos são tidos como instrumentos orientadores para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. São orientados por diretrizes de

natureza técnica, organizacional e política e têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (GIL, 2016).

Nesse sentido, diante da necessidade de organização dos serviços de saúde advinda das mudanças na carga de doenças, em 2015, Sobral instituiu dois protocolos, a saber: Diretriz para Screening, Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em Adultos e Diretriz para Screening, Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos. Esse processo de construção dos protocolos contou com o apoio dos coordenadores, tutores, gestores e os profissionais da atenção Básica:

“Nós temos o protocolo de hipertensão e diabetes de atenção a esse público eu participei da construção desse protocolo foi construído participativamente com os profissionais da estratégia de saúde da família, médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional, NASF (Viviane Mosé)”.

“Quem participou foi a escola (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia) e a coordenação da atenção primária, o município que a gente estava como referência era Fortaleza. Nós estávamos estudando para adaptar e ver como iniciar (Sócrates)”.

“Todos os gerentes participaram da construção no sentido de validação, nós formamos o corpo gestor, e assim com os médicos e enfermeiros também participaram do processo, e nós validamos o instrumento (Fernando Pessoa)”.

Assim, o uso de diretrizes e protocolos pelas equipes de Saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, resultando em diagnósticos mais precisos, em tratamentos mais adequados, em melhor uso de recursos e exames e em melhores resultados em Saúde. Dessa forma, o uso de protocolos visa à melhoria da assistência e direcionam os cuidados às ações estabelecidas, otimizam recursos, e proporcionam eficiência e qualidade no cuidado (BRASIL, 2014). Neste sentido, os discursos também reverberam os avanços na atenção com a instituição dos protocolos:

“Antes do protocolo era uma bagunça, os profissionais não tinham o norte sobre o que fazer como fazer, era seguidos os manuais do

ministério, mais não era toda a rede que seguia, o enfermeiro tinha a portaria do que poderia prescrever para hipertensão e Diabetes, poderia ser renovado, mas era algo solto, agora está bem estruturado. A gente está no processo de aplicação desse protocolo, considero um grande avanço (Heine).”

Portanto, ficam evidentes os avanços obtidos com a implementação dos protocolos, visto que por meio deste, é possível ordenar o fluxo de atendimento, identificando os pacientes com doenças crônicas e estratificando o risco de cada um, e dessa forma poder direcionar os encaminhamentos de acordo com as necessidades específicas.

Segundo Brasil (2016) o desenvolvimento de protocolos facilita a ação da regulação, pois permitem que a gestão estabeleça quais são dentro de cada especialidade os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB. Esse fato corrobora com as seguintes falas:

“todas as equipes são cientes desse protocolo, onde nele está contido a questão da classificação de risco, a periodicidade que cada paciente deve realizar exames, consultas especializadas ou com médico generalista, enfim nós temos esse protocolo, e todas a equipe tem acesso a ele. (Rubens Alves)”.

Todavia, a realidade da rotatividade dos profissionais da ESF dificulta o desenvolvimento das diretrizes definidas pelos protocolos, conforme descrito na seguinte fala:

“[...] a gente tem uma grande rotatividade de profissionais eu lembro que antes a gente sentou todos enfermeiros, estudamos, e na outra semana não tinha nenhuma enfermeira daqueles que estavam ali. Eram outros! e a gente vai nessa coisa de fazer tudo de novo essa rotatividade é muito grande e aí entrou pessoas que nem participaram da construção desse protocolo que nem conhecia. Isso é uma coisa que dificulta muito (Pedro Bravo)”.

É importante considerar que as condições de trabalho dos profissionais da saúde vêm sendo degradadas desde há muito, por mecanismos de precarização, que vão desde a não efetivação de profissionais em quantidade suficiente até a implantação de programas de expansão inconsequentes (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015), o que implica na grande rotatividade dos profissionais da ESF.

Outra estratégia que vem sendo implementada é a Estratificação de Risco da HAS e DM no âmbito da ESF, conforme apresentada no Quadro 1. A Estratificação de Risco as pessoas com condições crônicas consiste em um processo por meio do qual se identificam os grupos ou estratos de risco relacionados a uma determinada condição de saúde, prioritariamente a condição crônica, considerando a severidade da condição e a capacidade de autocuidado (BRASIL, 2013).

Conhecer a população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das Redes de atenção (CONASS, 2015). Diante disso destaca-se a importância da estratificação de risco nesse processo, mesmo que ainda não tenha sido realizada com a totalidade dos usuários com HAS e/ou DM, como visto nas seguintes falas:

“no protocolo existe a estratificação de risco, risco baixo, moderado e alto, ai esses pacientes foram estratificados por risco, porem inda não esta sendo aplicado, pois a gente esta no processo de organização. Então todos os pacientes já foram estratificados e foram enviados os cadastros para secretaria da saúde e vão colocar na planilha e vamos começar a organizar qual vai ser o acompanhamento do paciente, quantos vezes por ano eles tem que ser avaliados, pra onde deve ser encaminhado, se é pra um grupo de práticas corporais ou se é por cardiologista, qual frequência de solicitação de exames, e vamos dar prioridade às pessoas de maior risco (Quevedo)”.

“Então a história da classificação de risco que foi o que nós conseguimos avançar, nós que eu digo enquanto município, de fato algumas equipes não conseguiram concluir a estratificação de risco desses pacientes crônicos de hipertensão e diabetes, mas pelo menos assim ficaram todos os profissionais ciente da necessidade de classificar, todo mundo foi sensibilizado de que precisa classificar,

precisa conhecer, monitorar e acompanhar aquele paciente para sair daquela história de um atendimento coletivo, de um atendimento individual isolado e de um grupo de convivência, para além desses três ainda existe as classificações de risco desses pacientes aí essa consciência (Rubens Alves)”.

“a estratificação de risco que ela não está concluída né em alguns territórios, mas especificamente eu posso dizer no meu nós ainda não conseguimos concluir essa estratificação (Groddeck)”.

“[...]a agente tem turno de atendimento de enfermeiro e médicos, dependendo do grau de classificação do paciente, eles possuem retornos mensais ou semanais, se houver necessidade, se for um paciente que tem uma adesão boa ao tratamento, esses retornos são espaçados para cada três meses ou cinco meses, dependendo do uso da adequado, da adesão ao tratamento, da própria orientação do paciente, e se o paciente possui um apoiador desse tratamento, enquanto família se possui alguém que ajuda ele a tomar as medicações, a seguir com o tratamento, então existem esses três tipos de agendamento. E se for um paciente de risco elevado à gente tem paciente que retorna a unidade semanalmente, ate a gente conseguiu altar a classificação de risco desse paciente para um risco mais leve (Quevedo).”

Assim, os profissionais visualizam os impactos futuros que a estratificação de risco terá no processo de atendimento individual e coletivo aos usuários com HAS e/ou DM, bem como no encaminhamento destes usuários aos serviços e ações da rede SUS:

“A partir da estratificação de risco, a gente quer criar os grupos, mas a gente quer fazer os grupos direcionados, pois antigamente tinha os grupos, mas era muito sem objetivo, a gente quer criar os grupos de baixo risco, só para as pessoas que não tenha nenhum risco, grupo só para o alto risco, grupo para as pessoas que estão descompensados (Rubens Alves)”.

“[...] para depois de estratificado a gente conseguir rever cronogramas de atenção flexíveis e que trabalha das diversas maneiras, a pessoa que

vai ter o atendimento individual, a pessoa que vai ter atendimento compartilhado, a pessoa que vai se beneficiar mais da atenção especializada (Heine)”.

Os protocolos da HAS e DM direcionam as ações por nível de atenção, como podem ser visualizados nos Quadros 8 e 9:

Quadro 8 Ação de saúde por nível de atenção aos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Nível de atenção	Ação de saúde predominante	Exemplos de atividades
4	Gestão de caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo. Autocuidado apoiado.	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta coletiva.
1	Atividade coletiva direcionada aos fatores de risco	Grupo de tabagismo, de caminhada, nutricional.

Fonte: Protocolo Diabetes mellitus

Quadro 9 – Ação de saúde por nível de atenção aos usuários com HAS, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Nível de atenção	Ação de saúde predominante	Exemplos de atividades
4	Gestão de caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo. Autocuidado apoiado.	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta coletiva.
1	Atividade coletiva direcionada aos fatores de risco	Grupo de tabagismo, de caminhada, nutricional.

Fonte: Protocolo Hipertensão Arterial

No entanto, também são reverberados alguns aspectos restritivos da estratificação de risco, como a realização da estratificação somente pelo prontuário do paciente sem a presença do mesmo. Nesse sentido, faz-se necessário que a estratificação aconteça com o usuário e para o usuário, de modo a possibilitar a vivo e dinâmico que supere a alienação do preenchimento de fichas sem a devida análise crítica e encaminhamentos, conforme apresentado nas falas dos participantes e detalhado no Quadro 10:

“Eu acredito que o próximo passo seria uma estratégia de ir ali na classificação de risco, adentrar realmente, sair da história do prontuário, do documento e ir para o contato, para o paciente pensar na estratégia, a visita eu penso que não daria conta, eu acho que seria mesmo chamar o paciente no serviço e ver uma forma de realmente ir lá na classificação de risco. Pois eu não consigo visualizar essa classificação de risco a partir dos documentos de prontuários eu penso que tem que ter a pessoa ali na sua presença para você realmente se certificar, eu penso que isso fica muito limitado eu consegui classificar a partir só de exames e prontuários (Pedro Bravo)”.

Quadro 10 Estratificação de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS						
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO		MUITO ALTO RISCO	
ESTÁGIO I (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99)	X	X	X		X	
ESTÁGIO II (PAS 169-169 e/ou PAD 100-109)		X	X		X	
ESTÁGIO III (PAS \geq 180 e/ou PAD \geq 110)			X		X	
FATOR DE RISCO	AUSENTE	ATÉ 2 FR	3FR	AUSENTE	0 OU -	PRESENTE
LESÃO EM ORGÃO ALVO	AUSENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	0 OU -	PRESENTE
CONDIÇÃO CLÍNICA ASSOCIADA	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE		PRESENTE	
DIABETES MELLITUS (DM)	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO		MUITO ALTO RISCO	
PRÉ-DIABETES ²	X					
Glicemia em jejum (mg/dL)	130	131-150	150-200		>200	130- >200
Glicemia pós-brandial (mg/dL)	180	181-200	200-270		>270	180- >270
Hemoglobina glicada ou glicosada (%)	7.0	7.1-8.0	8.0-9.0		>9.0	7.0 >9.0
Sinais ou Sintomas de Hiperglicemia	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE ou PRESENTE		AUSENTE ou PRESENTE	
Nível Pressórico	PAS <130 e PAD <85	PAS 130-140 e PAD 85-90	ESTAGIO I ou II	ESTAGIO I ou II	ESTAGIO I ou II	ESTAGIO III
Lesão em órgão	AUSENTE	AUSENTE		AUSENTE ou PRESENTE	PRESENTE	AUSENTE ou PRESENTE
Condição Clínica Associada	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE ou PRESENTE
Capacidade para o Auto-Cuidado	SUFICIENTE	SUFICIENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	AUSENTE ou PRESENTE	
PRÉ-DIABÉTICO: Glicemia em jejum alterada ou intolerância e sobrecarga de glicose (1 ponto alterado no TTGO 75g) ou Hemoglobina glicosada entre 5,7-6,5)						
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)- se paciente hipertenso e diabético, seguir a estratificação de risco de DIABETES MELLITUS)						

Fonte: Sobral (2017)

Nesta perspectiva, a partir da estratificação de risco, pode-se garantir que as pessoas com condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada (MENDES, 2012). Assim, o autocuidado é uma importante estratégia e os entrevistados evidenciam em seus discursos a compreensão de sua relevância na atenção, ainda muito discretas, nos territórios da ESF:

“Então um autocuidado apoiado é um componente estratégico na atenção às pessoas com condições crônicas que também nós estamos no momento discutindo com as equipes tentando mostrar as potencialidades dessas Ferramentas que em alguns lugares no Brasil já são trabalhadas e já tem resultados muito bons como, por exemplo, no Paraná, em Minas Gerais, Santo Antônio do Monte a gente percebe que as equipes precisam trabalhar mais esse componente também (Rubens Alves).”

“Então tem que investir muito no autocuidado da pessoa compreender que ela tem que se cuidar que é o autocuidado apoiado as tecnologias leves que a gente precisa caminhar mais para a gente chegar às tecnologias leves, pois nós estamos trabalhando na minha compreensão pouco com essas tecnologias (Heine)”.

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo (MENDES, 2011).

Assim, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (MENDES, 2012).

Além disso, os protocolos de HAS e DM também evidenciam a importância do autocuidado apoiado e principalmente do profissional reconhecer a capacidade do usuário para o autocuidado:

“A capacidade do autocuidado refere-se ao grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas. Pode ser avaliada pela percepção do profissional de saúde, com conhecimento das atitudes da pessoa frente à condição crônica e do seu contexto. A capacidade para o autocuidado relaciona-se aos seguintes aspectos: Conhecimento e crenças sobre a condição de saúde; Atitudes, confiança e motivação frente às mudanças; Importância dada à condição; Presença e força das redes de suporte social e familiar (Protocolo Diabetes mellitus e Protocolo Hipertensão Arterial)”.

“Uma capacidade insuficiente pode ser observada em indivíduos nas seguintes situações: Quando se recolhe em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição; Abandona o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas; Apresenta depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (Protocolo Diabetes mellitus e Protocolo Hipertensão Arterial)”.

Verificam-se ainda, experiências e estratégias que estão sendo desenvolvidas de forma singular em diferentes territórios e que podem ser exemplo para o enfrentamento dos aspectos restritivos e para qualificação da atenção:

“tem uma experiência muito legal que é o acolhimento multiprofissional por hiperdia que eles fazem esse trabalho (Heine)”.

“Atendimento descentralizado que é realizado semanalmente [...] em espaço cedido pela associação do bairro. No momento acontece atividade educativa, aferição de pressão arterial, verificação de glicemia e peso e consulta de enfermagem. Os responsáveis são ACS que organizam os atendimentos de acordo com a semana de cada uma e a equipe multiprofissional, enfermeira e RMSF. Os atendimentos são para os usuários com diabetes e hipertensão, tendo em vista a dificuldade do acesso ao CSF, devido a distância e fragilidade na locomoção dos mesmos. Com esse atendimento descentralizado é perceptível a satisfação dos usuários e maior qualidade na adesão ao tratamento, diminuindo este público na demanda espontânea do CSF (Consolidado Territorialização)”

Identificam-se ainda experiências de estímulo às Práticas Integrativas e Complementares:

“A gente trabalha com a fitoterapia, a gente tenta reduzir a medicalização dos pacientes na unidade, quando o CSF inaugurou a gente percebeu essa cultura enraizada com relação ao uso de medicações caseiras, chás, lambedores, e eles não usavam de forma adequada e eles substituíam a medicação, tanto pelos chás como pelos lambedores. Então diante dessa necessidade que a própria população nos trouxe a gente criou o projeto de ter uma farmácia viva a gente tem uma horta de planta medicinais [...]a gente manda as plantas pra UFC onde são produzidos os medicamentos fitoterápicos. A partir dessa produção a gente conseguiu reduzir mais de 30 % a ingestão de medicamentos aqui na unidade, no que diz respeito aos medicamentos complementares ao tratamento de hipertensos e diabéticos, como por exemplo, quando a gente chegou tinha profissional x que prescrevia para todos os pacientes que eram hipertensos e diabéticos ranitidina, era um consumo de medicamentos diário, ele achava que todos os pacientes deveriam tomar um protetor gástrico, e mesmo sem sintomas o paciente tomava ranitidina, e quando a gente foi tentar fazer o desmame da ranitidina tivemos muita resistência popular. Então a gente precisava pensar em uma estratégia do que oferecer em troca dessa ranitidina, e aí com a criação desses fitoterápicos, a gente tem um lambedor, feito de uma erva que é um protetor gástrico, agente prescreve, os próprios enfermeiros podem prescrever os medicamentos fitoterápicos, eles foram capacitados para isso, a equipe toda, os enfermeiros e médicos, e eles passam esse xarope quando há necessidade, quando o paciente tem sintomatologia (Alberto Caeiro)”.

O Ministério da Saúde, por meio do Caderno da Atenção Básica: Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica, evidencia os benefícios da oferta de ações/serviços de fitoterapia como prática integrativa e complementar na atenção básica de revitalização do conhecimento popular/tradicional das comunidades, por meio da troca de saberes e a construção do conhecimento sobre plantas medicinais, fortalecendo o seu uso racional, favorecendo maior envolvimento do usuário em seu tratamento, estimulando sua autonomia e corresponsabilização. Além disso, são novas opções terapêuticas às situações clínicas apresentadas no cotidiano das ESF o que torna possível a redução da medicalização excessiva (BRASIL, 2012).

Ressalta-se ainda, algumas experiências relacionadas ao processo de regulação e solicitação de exames:

“Com relação a solicitação de exames, o município já há dois anos se eu não me engano ele vem trabalhando com consórcio com os laboratórios, então são os laboratórios particulares do município e essa estratégia acabou que oportunizando mas acesso as pessoas na realização de exames (Rubens Alves)”.

“[...] nós aqui tentamos utilizar algumas estratégias, uma delas é o agente de saúde retorna nas casas das pessoas que estão aguardando a mais de 6 meses e perguntar se a pessoa ainda não resolveu a situação de outra forma, às vezes paga, outras vezes não quer mais, pois não esta sentindo nada, isso é pra gente não correr o risco de marcar e a pessoa não ir. E a outra estratégia é que a gente faz a reavaliação com o clinico nosso, já que tem algumas consultas que vem externa, e ate já podiam ser resolvidas na própria unidade de saúde. (Amadeu Baptista)”

Além de estratégias de enfrentamento dos problemas de desabastecimento de medicação:

“Uma das estratégias que a gente fez eu trabalhei com a farmacêutica no passado ela identificou muitos usuários que tinham esse medicamento em casa que não tomava mais do que gostava e isso ajuda muito ela fazendo um resgate desse medicamento (Groddeck)”.

“Temos a disponibilidade de ligar pra CAF e fazer a solicitação de pedidos extras, podemos pedir uma quantidade extra de medicamentos para suprir nossa necessidade do mês, antes tinha o fornecimento pela farmácia popular. A pessoa pode também pegar em outras unidades, a gente se informa qual unidade de saúde tem a medicação (Heine)”.

Assim, o desenvolvimento destas estratégias colabora para que a ESF com importante regulador dos encaminhamentos para solicitação e exames e consultas com especialistas, um vez que precisa estruturar ferramentas de classificação das prioridades e de modo a possibilitar uma atenção resolutiva que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (BRASIL, 2006).

Neste ínterim, todo o processo de transformação da organização e gestão do cuidado às condições crônicas foi amparado pelo desenvolvimento de processo de educação permanente dos trabalhadores do SUS:

“Eu lembro que quando foi deflagrado pela atenção primária que a gente ia trabalhar esse modelo de atenção às condições crônicas foi solicitado que todos os centros de Saúde da Família, até então nessa época eram 33, que se trabalhasse a questão do modelo de atenção às condições crônicas, uma apresentação, como o modelo tido pela administração, pela gestão, como modelo escolhido para atenção de saúde de Sobral, só que do meu recordatório só foi esse momento (Heine).”

“[...] foi feito a formação para eles de tecnologias leves foi feito na oficina para eles vivenciem junto com os NASF junto com a residência fez uma escala bem bonitinha para eles vivenciaram como era no momento da implantação do protocolo mas é muito tímido ainda com relação a participação da equipe mínima (Kesley)”.

“[...] A secretaria já fez educação em relação às doenças crônicas com a equipe multiprofissional (Groddeck)”.

“Já tivemos alguns momentos de educação permanente com a escola de saúde da família e dentro da equipe também, desde quando tivemos disparado essa discussão de melhorar nosso acompanhamento, a gente já tem vivenciado alguns momentos de educação permanente com a própria equipe, de discussão mesmo de casos clínicos, onde identificamos 3 casos diferenciados e discutimos junto à equipe, já construímos também um fluxograma baseado no protocolo e atualmente estamos fazendo a estratificação de risco (Rubens Alves).”

“Assim quando nós fomos estabelecer esse novo protocolo houve 6 educações permanentes onde foi ministrado pelos coordenadores de macroárea onde eles vinham para sua jurisdição de macroárea e eles faziam educação permanente que é uma atualização de alinhamento do processo de protocolo que foi reformulado (Fernando Pessoa)”.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é o conceito pedagógico capaz de implementar relações orgânicas entre ensino, serviço, gestão e controle social. Dessa forma, agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. Neste sentido, a EPS é capaz de potencializar o lócus de atuação profissional a partir da conexão entre educação e trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Assim, baseia-se na aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e desenvolve-se a partir dos problemas diários e do contexto local, considerando os conhecimentos e as experiências preexistentes das equipes de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; CECCIM, FEURWERKER, 2004).

Desse modo, os discursos também evidenciam a importância dos processos de educação permanente que acontecem em espaços não formais, na própria unidade, onde a equipe se implica na organização, facilitação e planejamento da Educação Permanente, de modo a sair da condição de mero receptor de informações, passando a construir o conhecimento significativo para a transformação da práxis:

“[...] para os ACS a capacitação deles é feita através da unidade mesmo. Na unidade com a equipe mínima, a enfermeira e o médico se organizam para fazer educação permanente para eles (Gandhi)”.

“[...] foram ofertadas no decorrer desse ano 2017 cinco educação permanente e quem ofertou foram os residentes e os enfermeiros e o conteúdo foi falando da importância da medicação, do uso da medicação, do modo correto, também teve a participação da nutricionista falando da alimentação, teve a participação do educador físico (Viviane Mosé)”..

“[...] ocorre são momentos que os preceptores de Campo, vão disparando no nosso território a partir da realidade que vamos percebendo (Heine)”.

Nesse sentido, a EPS representa um esforço voltado a transformar as práticas de trabalho a partir de sua ressignificação, de sua atualização, de sua reconstrução e de sua reorientação (BRASIL, 2004; CECCIM, FEURWERKER, 2004). Todavia, os discursos revelam a necessidade dos processos de educação permanente acontecer de forma sistemática:

“[...] treinou protocolo com a equipe, como deveria ser o fluxo, mais ainda não acontece sistematicamente, mas já existiu (Heine)”.

“São feitas Educação permanentes para a equipe mas não é uma coisa tão sistemática porque tem muitas outras necessidades e o espaço para educação permanente agora está mais reduzido com o final do sistema das rodas, pois antes tínhamos uma pactuação de fazer pelo menos uma roda dedicada à educação permanente. Com essa mudança do GD (Grupo Diário) e de ser uma roda por mês, esse desenho que a gente tinha bem organizadinho ele acabou tendo rompimento, o que a gente tem hoje é uma roda por mês e nessa roda tem que dar conta de tudo. Impossível! (Rubens Alves)”.

Verifica-se também as contribuições do projeto o projeto de Qualificação da Atenção Primária a Saúde (Qualifica APSUS) com um processo de Educação Permanente. O Qualifica APSUS é um projeto da Secretaria do Estado do Ceará com o objetivo de apoiar os municípios no fortalecimento da APS, principalmente quanto a reorganização do modelo de atenção nos municípios e a implementação das Redes de Atenção (RAS), a fim de estabelecer uma linguagem comum nos diferentes pontos de atenção à saúde (CEARÁ, 2017):

“[...] a gente esta com a oficina da qualificaAPSUS , que essa oficina ela nos atenta a isso, a ter um atendimento mais voltado as doenças crônicas, ao cuidado continuado (Heine)”.

[...] teve um momento da oficina regional qualificaAPSUS [...] a gente apresentou o protocolo de hipertensão e diabetes e teve uma discussão sobre o levantamento de problemas, depois nossa tutora fez um levantamento com a equipe, pegando o protocolo e explicando a situação, porque que é assim porque a gente tem que diagnosticar o hipertenso quando esta assim, então teve esse momento numa hora, agora esse ano, acho que foi no mês de junho que a gente trabalhou isso (Kesley)”.

Espera-se com esse projeto a qualificação do cuidado às condições crônicas e fortaleça o cuidado integral aos usuários, para obter melhores resultados sanitários e melhor satisfação pelos usuários.

Os participantes também destacaram as contribuições do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica:

“Existe o processo do Telessaúde que é ofertado, a gente recebe o cronograma com tema, e teve temas voltados para questão do hipertensão, e a gente divulga e o profissional se organiza para assistir (Liana Jardim)”.

O Telessaúde é um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica e melhorar a qualidade da atenção, a ampliação das ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica, a partir do desenvolvimento de ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Rede de Atenção às condições crônicas

O cuidado às condições crônicas não está restrito à ESF de modo que a Rede SUS de serviços e ações tem papel fundamental na construção de uma linha de cuidado que possibilite ao usuário uma atenção integral e de qualidade. Todavia, o cuidado em rede ainda é um desafio para as condições crônicas, pois é grande demanda de usuário, o que implica em dificuldades de regulação, muitas vezes atravessada pela incompreensão da Atenção Básica como coordenadora da rede.

Assim, a população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde são elementos fundamentais para a organização das redes de atenção. A estrutura operacional da rede tem um aspecto central no processo de integração entre as redes de atenção e o sistema de regulação, pois busca assegurar a oferta de ações e serviços de saúde. Nesta perspectiva, a estrutura operacional da rede precisa ser desenvolvida tendo a Atenção Básica como centro comunicador para a coordenação dos fluxos e contrafluxos dos cuidados que irão acontecer nos serviços especializados, nos sistemas de apoio diagnóstico-terapêuticos, de assistência farmacêutica e de informação em saúde, bem como sua relação com os sistemas logísticos e o sistema de governança (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Os desafios da ESF como centro comunicador podem ser vistos nos discursos dos participantes:

“priorizar esses usuários, entendendo que a unidade básica de saúde quem gerencia e norteia os pacientes para esse encaminhamento (Heine)”.

“A unidade não tem muita governabilidade (Rubens Alves)”

Neste contexto, o envolvimento de especialistas como suporte às equipes da Atenção Primária, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental. Porém existem alguns entraves para a realização desses encaminhamentos, onde se destaca o tempo de espera entre a consulta do generalista até o especialista. Percebe-se que alguns especialistas, como o cardiologista, oftalmologista, há uma facilidade em conseguir a regulação, porém em relação as outras especialistas há um tempo de espera maior. Esse fato ocorre devido uma insuficiência da oferta em algumas áreas:

“Cardiologista é rápido a gente conta com o Hospital do Coração do município e talvez devido a ter esse equipamento a gente não demora muito consulta com cardiologista acho que dentro de 15 dias a consulta é marcada em média, se não for semanal, mas endocrinologista e oftalmologista que é os que eu mais me aproximo que vejo as pessoas procurando, a oferta é pouco ainda, às vezes demora mais de 6 meses (Viviane Mosé)”.

“As consultas pro cardiologista, não tem fila de espera, agora neurologista, tem uma grande carência de marcar, às vezes demoram até 2 anos, endocrinologista são 2 vagas por mês quando tem pra todos os CSF (Groddeck).”

“[...] o acesso é muito baixo porque é muita gente indo por especialistas e os especialistas são poucos e quem realmente precisa às vezes nunca chega (Kesley).”

Nesse sentido, a forma mais efetiva e eficiente de relação entre a ESFe a Atenção Ambulatorial Especializada é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de profissionais da ESF e de especialistas. Nesse processo, é essencial estabelecer e negociar responsabilidades e garantir a comunicação e transferência segura do cuidado. Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado de atenção compartilhada, há de se compartilhar planos de cuidados (BRASIL, 2013).

Em geral, os tempos de espera longos são vistos, tendencialmente, como indicação da necessidade de ações do lado da oferta, com o aumento da capacidade instalada de serviços. Sem essas ações de racionalização da oferta, para além do simples incremento dos serviços

atualmente prestados, não é possível atingir o balanceamento racional entre oferta e demanda (MENDES, 2012).

Desse modo, a gestão da atenção vem implementando estratégias de minimização das filas de espera, conforme descrito na fala:

“Então estão sendo realizados vários mutirões de marcação de consulta atrasadas para que as filas fiquem zeradas. Esta sendo marcados tudo em mutirões, então, acredito que vai se regularizar (Heine)”.

No entanto, existem os desafios de provimento de especialistas na rede SUS para a demanda de usuários:

“O município está na luta de conseguir mais especialistas para organizar essa demanda (Heine)”.

“[...] dificuldade dos especialistas quererem atender pelo SUS, porque tem algumas especialidades, como o urologista, nós temos um no município que atende toda a demanda, o endocrinologista a gente tinha um que atendia na policlínica, mas que agora esta atendendo só criança. A gente fica esperando o município sinalizar para que a gente coloque o paciente que tiver maior necessidade para a gente estar colocando na frente, resolvendo problema dele a um tempo mais curto possível (Alberto Caeiro)”.

Neste sentido, o desafio de ajustar oferta e demanda de médicos especialistas estão relacionadas ao número de vagas de formação, às normativas de retenção e retirada dos médicos em exercício, às políticas de imigração, a seguridade de uma composição razoável por especialidades e uma distribuição geográfica equilibrada assim como tomar as condições de trabalho e remuneração. Os determinantes da incorporação e redução, e/ou abandono dos médicos especialistas do mercado de trabalho são os que, em última instância, caracterizaram um mercado de trabalho em equilíbrio ou geraram um déficit ou superávit de recursos humanos (LÓPEZ-VALCÁRCEL; PÉREZ; VEGA, 2011).

Além da dificuldade do acesso ao especialista verifica-se restrição no acesso aos exames, todavia a instituição do Protocolo da HAS e DM trouxeram direcionamentos para a solicitação e gestão buscou priorizar os usuários com condições crônicas, conforme evidenciam os discursos:

“Com relação à solicitação de exames, o município já há dois anos se eu não me engano ele vem trabalhando com consórcio com os laboratórios, então são os laboratórios particulares do município e essa estratégia acabou que oportunizando mais acesso as pessoas na realização de exames (Rubens Alves)”.

“[...] a dificuldade no momento é com relação à oferta de exames que é preconizado pelo protocolo, é uma vasta quantidade de exames, alguns bem especializados, e que nós ainda enquanto CSF não temos pernas para oferecer com a periodicidade que deveria, no início da implementação do protocolo em que a gente teve que solicitar de todos os pacientes esses exames, a gente abarrotou os laboratórios, então foi dado prioridade para os pacientes crônicos, em contra partida atrasaram bastante os exames de rotinas de outros pacientes, os exames que deveriam chegar nas unidades em 7 a 10 dias no máximo passaram a chegar com um mês a dois meses (Sério Alves).”

“O município tem trabalhado com os mutirões, ainda não chegou nessa parte de consultas especializadas, mas os exames ressonância, ultrassom, cirurgias já estão sendo encaminhados. (Sócrates)”.

Murray (2002) afirma que o agendamento na atenção especializada pode ser afetado por fatores externos que não estão sob o controle do sistema de atenção à saúde, nem das pessoas usuárias, como tempo de pré-autorização, necessidades de exames complementares adicionais e problemas nas relações de comunicação entre unidades que referenciam e que são referenciadas.

Assim, a estrutura da atenção especializada na lógica da RAS deve estar integrada aos outros pontos de atenção à saúde e ser eficiente para atenção dos casos de maior gravidade. A ESF, como ponto de retorno do usuário após a alta da atenção especializada, deve estar apta para dar continuidade à assistência à saúde. A fim de atender ao princípio de integralidade, é necessário que haja articulação e comunicação contínua entre os pontos de atenção à saúde e, dessa forma articulados, as demandas apresentadas pelo usuário podem ser atendidas (THIEME, 2014). Porém, de acordo com alguns discursos verifica-se que essa articulação ainda é um grande desafio:

“[...] existe realmente alguns medicamentos que eles são prescritos pelos profissionais do Hospital X que não tem na lista básica do município (Nietzsch).”

“Não temos um retorno depois que encaminhamos pro especialista e aí fica difícil dar continuidade ao tratamento (Pedro Bravo)”.

“não tem nenhuma contra referência, não tem nem um bilhete dizendo porque que mudou a medicação, às vezes é até novo para farmacêutico. E o saúde da família tem que dar conta desse medicamento às vezes é um medicamento que nem na atenção primária tem e que muitas vezes precisa ser comprado pelo alto custo, então, dificulta muito a vida do paciente essa falta de integração dos especialistas com médico da atenção primária (Kesley).”

Costa et al (2014) também visualiza que há problemas para a efetivação da referência, pois em vez de processos de referência e contrarreferência, na prática, ocorrem encaminhamentos para serviços mais especializados, onde não se observa o acompanhamento do paciente pela ESF e nem a longitudinalidade da assistência prestada, dificultando a integralidade do cuidado.

Neste cenário, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Dessa forma, é fundamental uma gestão, da clínica que estabeleçam quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na ESF:

“O que a nossa unidade faz é tentar fazer uma regulação interna, vendo as solicitações, quem tem algum grau de risco, a gente tenta dar prioridade a esses pacientes (Lair Ribeiro).”

“uma mudança na regulação, a partir do dia 01 de outubro, vai ter um novo sistema de marcação de consultas que vai ser online, não vai mais ser por telefone, porque esse negócio de consulta por telefone é muito complicado, pois pra você conseguir uma ligação é um sacrifício, e quando você consegue só tem direito a 5 marcações. Eu posso ter 30 coisas pra marcar, mais só posso marcar 5, se eu quiser mais eu tenho que desligar e ficar tentando de novo, isso

é muito ruim. E aí com esse novo sistema de regulação, acho que vai melhorar muito, mas assim, isso já foi reclamado, já foi falado, a gestão sabe desse problema, o que alega é questão do profissional, não tem profissional suficiente para atender toda a demanda, e aí acaba que as vagas ficam muito pouca. Mas eu tenho muita fé nesse novo sistema de regulação, acho que vai melhorar pra gente e pra questão do fluxo, porque as vezes também, tem muita questão de amizade, se você tem amizade com a marcadora você consegue mais, tem essas coisas que é muito chato (Heine)”

Neste ínterim, o conceito de redes remete à regulação do fluxo e dos mecanismos de transferência de pacientes por centrais de regulação que, inseridas nos complexos reguladores, permitam o acesso aos serviços e ações da rede SUS, necessários para os usuários. Desse modo, a regulação precisa incorporar competências de condução política, análise da situação, planejamento e comunicação, entre outras, na organização e controle dos fluxos de acesso, do desempenho dos sistemas e da qualidade da assistência, um vez que tem alta importância social, o que suscita a necessidade de equidade nos processos (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Além disso, foram identificadas as frequências de palavras de acordo com as fontes dados. As mesmas estão descritas na Tabela 5 e na Nuvem de Palavras (Figura 27). Para isso, foram selecionadas as 30 palavras mais presentes nas fontes de dados, de modo que foram excluídas das 30 primeiras, 14 palavras que eram expressões idiomáticas.

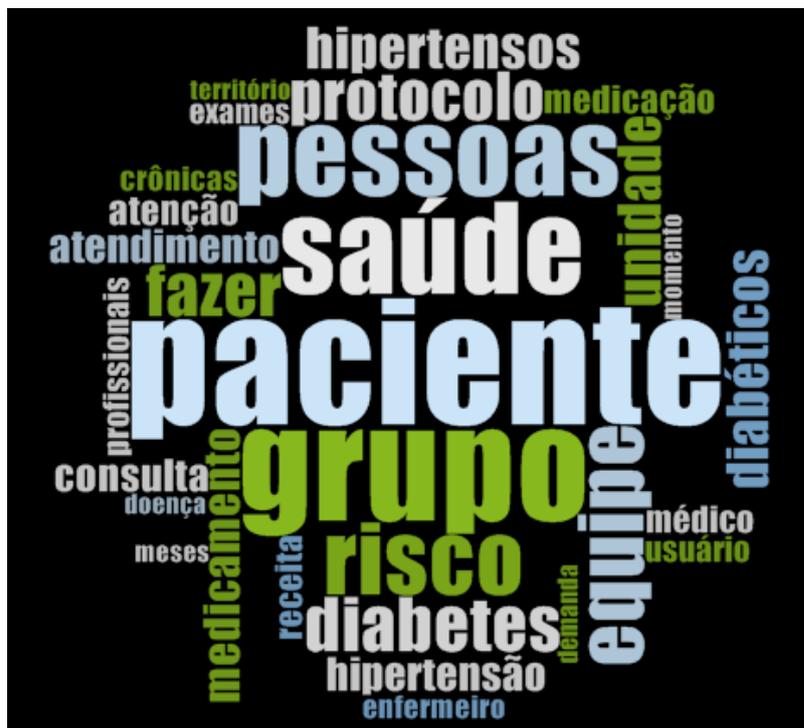
Tabela 5 Frequência de Palavras segundo consulta às fontes de dados, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)	Palavras similares
Paciente	8	266	0,71	paciente, pacientes
Grupo	5	238	0,64	grupo, grupos
Saúde	5	204	0,55	Saúde
Pessoas	7	191	0,51	peessoa, pessoas
Risco	5	168	0,45	risco, riscos
Equipe	6	160	0,42	equipe, equipes, material, terminal

Diabetes	8	134	0,36	diabete, diabetes
Fazer	5	129	0,35	Fazer
Protocolo	9	124	0,33	protocolo,protocolos
Unidade	7	115	0,31	unidade, unidades
Diabéticos	10	112	0,30	diabético, diabéticos
Hipertensos	11	112	0,30	hipertenso, hipertensos
medicamento	11	103	0,28	medicamento, medicamentos
Atendimento	11	96	0,26	atendimento, atendimentos
Hipertensão	11	96	0,26	Hipertensão
Consulta	8	95	0,25	consulta, consultas
Atenção	7	89	0,24	Atenção
Medicação	9	87	0,23	Medicação
Receita	7	85	0,23	receita, receitas
Médico	6	84	0,22	médico, médicos
Usuário	7	81	0,22	usuário, usuários
Profissionais	13	81	0,22	Profissionais
Crônicas	8	80	0,21	crônica, crônicas
Exames	6	83	0,21	exame, exames, final, teste
Enfermeiro	10	78	0,21	enfermeiro, enfermeiros
Meses	5	73	0,20	Meses
Momento	7	73	0,20	momento, momentos
Doença	6	72	0,19	doença, doenças
Território	10	72	0,19	território, territórios
Demanda	7	71	0,19	demanda, demandas

Fonte: Própria

Figura 27 Nuvem de Palavras segundo consulta às fontes de dados, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

A nuvem demonstra em destaque os termos paciente e grupo o que sugere a reflexão da predominância dos discursos acerca das abordagens individuais e coletivas aos usuários com hipertensão e diabetes.

6.2 Análise de Contexto

A Matriz Avaliativa adaptada de De Salazar (2011) e Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012) orienta a necessidade de conhecer o contexto na qual o processo avaliativo será desenvolvido. Neste sentido, para a análise do contexto optou-se pelo delineamento do perfil da hipertensão e diabetes a partir do cálculo da prevalência, conforme descrito no Quadro 11.

Quadro 21 Perfil da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes mellitus por CSF, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

CSF	Classificação do Risco das Família				Hipertensos	Diabéticos	População Total	Prevalência HAS (%)	Prevalência DM (%)
	Sem Risco	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco					
Junco	959	561	461	102	680	281	9527	7,14	2,95
Padre Palhano	1762	474	384	58	511	364	10263	4,98	3,55

Terrenos Novos	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	724	256	2043	35,44	12,53
Campos dos Velhos	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	571	199	7754	7,36	2,57
Coelce	1652	170	507	170	905	435	10561	8,57	4,12
Cohab 3	693	449	461	88	332	196	4952	6,70	3,96
Sumare	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	531	144	8328	6,38	1,73
Alto do Cristo	1020	418	398	276	678	311	3804	17,82	8,18
Vila União	663	20	298	97	363	126	4501	8,06	2,80
Caic	534	165	168	39	752	329	3386	22,21	9,72
Estação	844	416	290	17	524	205	5494	9,54	3,73
Tamarindo	178	73	25	53	463	187	4143	11,18	4,51
Alto da Brasília	1178	380	264	136	389	167	5515	7,05	3,03
Expectativa	1177	815	512	88	707	422	13227	5,35	3,19
Centro	674	314	446	30	559	232	7001	7,98	3,31
Recanto	461	312	135	32	160	82	3167	5,05	2,59
Pedrinhas	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	420	158	6524	6,44	2,42
Dom Expedito	499	326	156	50	382	170	7204	5,30	2,36
Cohab II	1450	457	297	37	571	301	4998	11,42	6,02
Sinhá Sabóia	1236	642	258	68	886	328	11836	7,49	2,77

Fonte: Consolidado territorialização (2017)

O território com maior prevalência de HAS foi o Terrenos Novos (35,44%) e a menor prevalência foi no Padre Palhano (4,98%). Ao comparar com dados nacionais, em 2013, a prevalência de HAS referida na população de adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1% (IC95%:23,4-24,8). No Ceará a prevalência é menor que nas capitais 18,7% (IC95%:16,9-20,6) (BRASIL, 2013). Ou seja, a maioria dos territórios apresentam valores inferiores ao intervalo de confiança para capitais e Distrito Federal, com exceção do território Terrenos Novos que apresentou um valor superior.

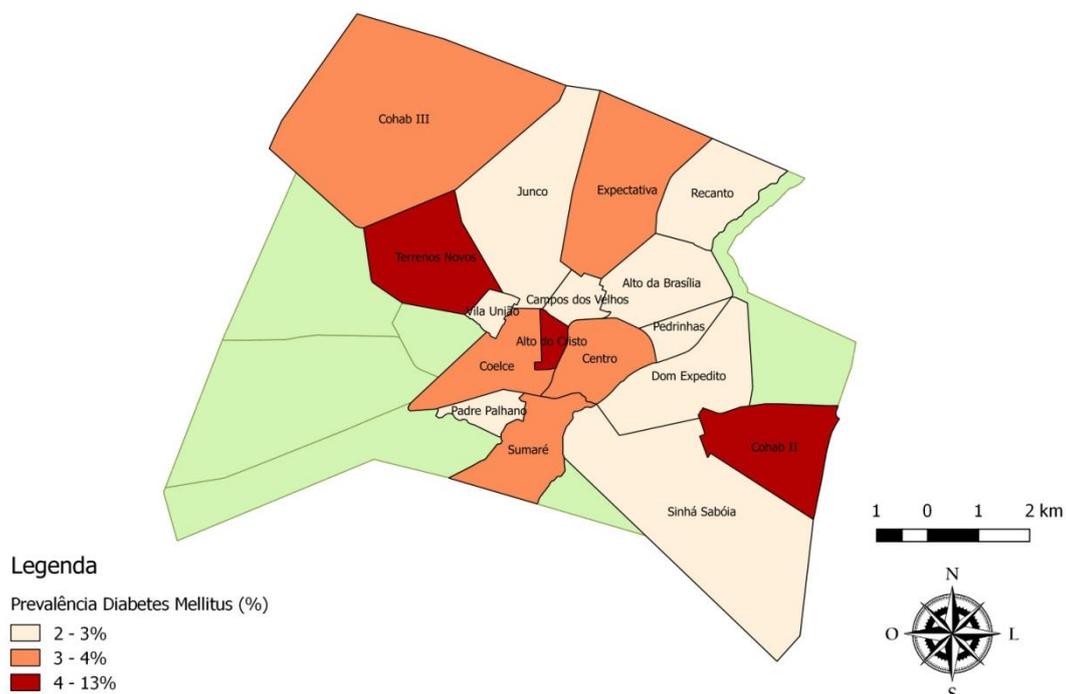
No que se refere a DM, o território com maior prevalência também foi Terrenos Novos (12,53%), valor superior a média para capitais e Distrito Federal que foi de 6,2% (IC95% 5,9-6,6), segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Outros dois

território se destacam pelas prevalências dentro e superior ao IC para capitais, Cohab II (6,02%) e Alto do Cristo (8,18%). Estes achados suscitam necessidade de fortalecimento do rastreamento e detecção de novo casos, uma vez que territórios com prevalências muito baixas podem representar uma invisibilidade destes usuários. Além disso, a necessidade investimento em estratégias de Promoção da Saúde e Prevenção da HAS e DM, com intervenções nos determinantes sociais envolvidos nos processos de saúde doença. Esse investimento é relevante, pois segundo dados do Vigitel (2016), realizado anualmente desde 2006 nas capitais brasileiras, há uma tendência crescente na prevalência de diabetes, sendo verificado um aumento de 25% desde 2006 até 2013.

Além disso, foram construídos mapas temáticos com vistas a visualizar espacialmente a prevalência destas doenças nos territórios adscritos dos CSF. Para a construção dos mapas foram unificadas as informações dos territórios Centro, Estação e Tamarindo em um único polígono, a saber: Centro, bem como foram unificadas as informação dos territórios de Caic e Expectativa no polígono Expectativa, conforme apresentados nas Figuras 28 e 29.

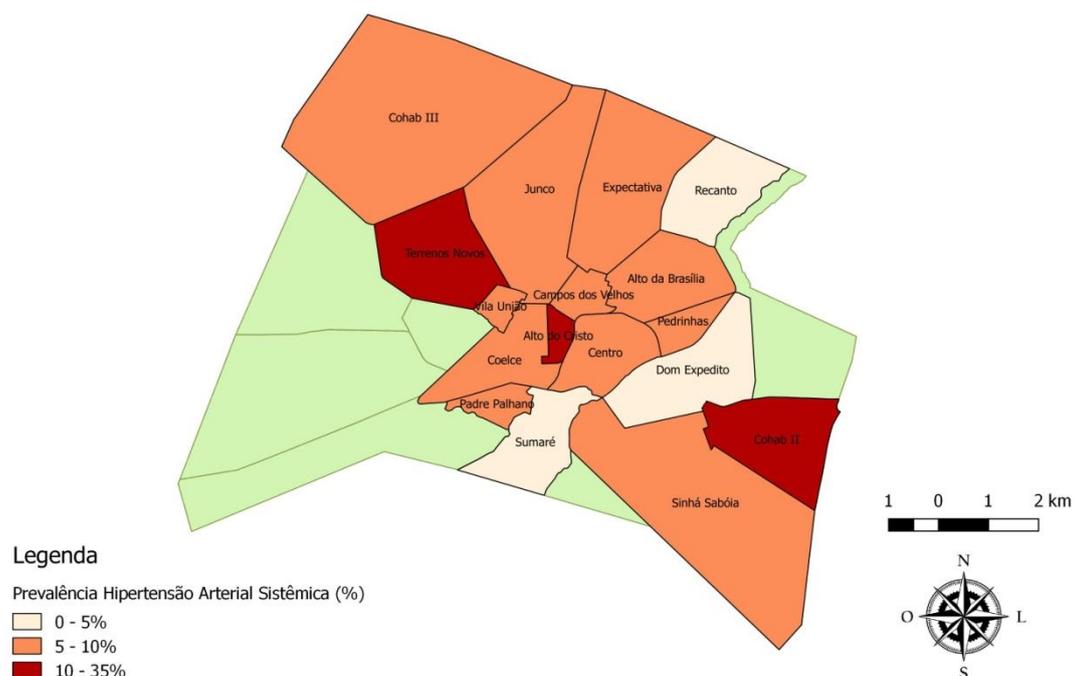
A distribuição espacial da prevalência da Hipertensão demonstra uma maior prevalência nos territórios: Terrenos Novos, Alto do Cristo e Cohab II. Estes territórios também tem destaque no Mapa temático da prevalência da Diabetes *mellitus*.

Figura 28 Mapa Temático da Prevalência da Diabetes mellitus por território da Estratégia Saúde da Família, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

Figura 29 Mapa Temático da Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica por território da Estratégia Saúde da Família, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

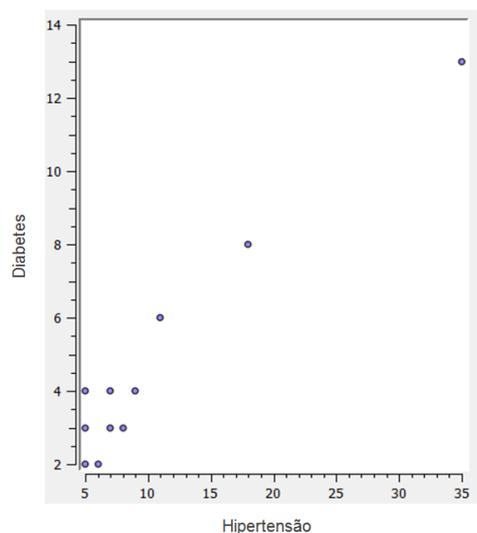


Fonte: Própria

Ainda, foi realizada a análise espacial por meio do índice de Moran Global com vistas a identificar uma correlação espacial entre a prevalência da HAS e a prevalência da DM nos territórios da ESF da família. O Gráfico 1 e a Figura 30 apresentam o resultados deste operação estatística, de modo que verifica-se que onze territórios apresentaram significativamente uma correlação espacial entre a prevalência da HAS e a prevalência da DM, são eles: Campos dos Velhos, Centro, Recanto, Cohab II, Padre Palhano, Sumaré, Vila União, Expectativa, Alto da Brasília, Alto do Cristo e Coelce.

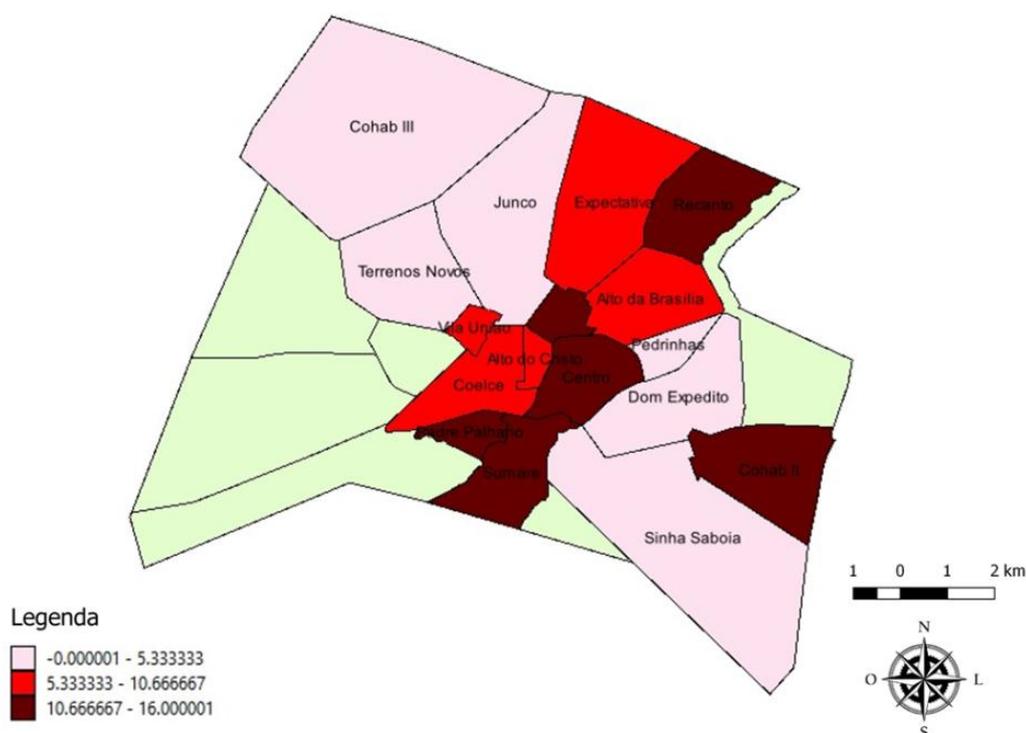
Esta correlação espacial sugere nestes territórios uma dependência espacial entre as doenças hipertensão e diabetes. Desse modo, os investimentos e estratégias de qualificação da atenção nestes territórios precisam considerar as duas doenças para que se possa impactar nos indicadores das mesmas.

Gráfico 1 Gráfico de Dispersão do Índice de Moran Global da Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

Figura 30 Índice Moran Global da Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes mellitus, Sobral, Ceará, Brasil, 2017



Fonte: Própria

6.3 Análise de Estrutura

Para a análise da estrutura foi aplicado o Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para atenção às condições crônicas (Assessment of Chronic Illness Care - ACIC) com 27 enfermeiros assistencialistas e 12 gerentes de CSF da sede de Sobral, Ceará. O consolidado das respostas dos questionários encontra-se descrito no Quadro 12.

Quadro 12 Consolidado da Avaliação da Capacidade Institucional para atenção às condições crônicas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Entrevistado	Parte 1 <i>Organização da Atenção à Saúde</i>	Parte 2 <i>Articulação com a Comunidade</i>	Parte 3 <i>Autocuidado Apoiado</i>	Parte 4 <i>Suporte a decisão</i>	Parte 5 <i>Desenho do sistema de prestação de serviços</i>	Parte 6 <i>Sistema de Informação Clínica</i>	Parte 7 <i>Integração dos Componentes</i>
1.	8,66	7,25	7,75	6,75	6,16	2,83	0,33
2.	8,66	5,25	8,00	6,75	8,00	2,33	0,00
3.	8,83	5,75	9,00	8,75	7,66	6,83	4,16

4.	6,33	4,75	7,50	5,25	9,16	7,16	5,66
5.	5,00	8,25	3,25	4,25	8,16	6,66	6,83
6.	7,66	4,25	3,25	2,75	8,33	4,33	4,33
7.	8,33	4,50	7,75	4,50	9,00	10,00	8,83
8.	7,66	8,00	7,25	6,25	8,66	6,66	6,33
9.	8,16	5,50	6,00	7,25	8,16	4,83	5,33
10.	8,16	6,25	6,00	6,50	9,33	5,66	5,33
11.	6,83	6,25	6,00	4,00	4,83	2,16	4,16
12.	6,83	6,25	6,25	4,50	1,83	2,00	2,33
13.	8,50	8,25	4,00	6,00	6,16	6,66	5,66
14.	9,00	5,25	7,00	4,50	8,33	2,50	3,83
15.	8,50	6,00	9,25	7,75	7,16	7,50	8,16
16.	8,33	4,00	9,25	6,75	8,66	7,33	9,33
17.	5,00	7,25	8,50	6,25	8,33	6,00	9,00
18.	7,33	3,50	8,75	6,75	9,83	5,66	5,33
19.	8,83	8,25	8,25	3,00	5,50	5,00	7,50
20.	4,50	5,50	6,75	5,75	6,33	3,33	4,00
21.	8,66	7,75	8,75	8,00	10,00	8,33	10,16
22.	9,83	7,50	9,50	11,00	10,83	7,66	8,00
23.	8,50	6,50	8,50	8,50	8,33	6,33	7,00
24.	7,83	4,50	5,25	3,75	7,33	3,33	2,83
25.	9,00	4,50	9,50	6,25	7,00	6,00	5,83
26.	8,16	5,00	5,75	6,50	7,00	0,83	4,16
27.	6,50	6,25	7,25	6,75	6,66	5,00	4,50
28.	8,66	7,75	9,25	6,75	9,50	5,33	5,16
29.	9,50	9,25	10,00	9,00	8,83	7,83	8,66
30.	8,00	8,00	8,00	8,25	8,16	8,00	7,33
31.	7,33	6,50	10,25	9,50	9,83	8,66	6,33
32.	7,33	8,50	8,00	8,00	8,66	7,83	7,66
33.	6,66	7,00	7,00	4,00	16,00	16,00	5,66
34.	5,33	4,50	5,00	5,75	3,50	6,66	7,25
35.	8,66	6,25	4,00	9,00	7,16	8,33	7,16
36.	8,66	6,25	6,25	9,00	8,83	7,50	7,16
37.	8,50	6,25	8,00	8,75	8,33	6,00	7,16
38.	5,50	7,00	8,50	6,75	7,66	6,83	7,83
39.	5,83	7,50	8,75	7,00	6,16	7,16	8,33
Média por Parte	7,68	6,33	7,36	6,58	7,93	6,12	6,01

Média Total	6,85
--------------------	------

Fonte: Própria

A partir de então, verifica-se que a média total foi 6,85. Segundo parâmetros descritos na validação brasileira de Moysés; Silveira Filho; Moysés (2012) a pontuações entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas, ou seja a estrutura para a atenção às condições crônica tem capacidade razoável.

Ao analisar por parte, identifica-se também, as médias apontam para uma capacidade razoável. Todavia, vale destacar que nas partes: 1 - Organização da Atenção à Saúde; 3 - Autocuidado Apoiado e 5 - Desenho do sistema de prestação de serviços as médias foram maiores, o que pode estar relacionado aos investimentos na organização da atenção às condições que aconteceram por meios dos Protocolos da Hipertensão e da Diabetes, Estratificação de Risco e processos de Educação Permanente disparados, o que vem possibilitando a mudança no Desenho do sistema local de saúde. No que se refere ao autocuidado apoiado, esta média pode estar relacionada as experiências, ainda pontuais, de fortalecimento do autocuidado apoiado, bem como a análise que os profissionais da saúde fazem de cada usuários acerca da sua capacidade para o autocuidado, direcionado a partir do protocolos e estimulados pela gestão da atenção.

No entanto, a menor média está na parte 7 - Integração dos componentes, o que sugere a necessidade de associar as metas de autocuidado dos usuários com HAS e/ou DM com os registros nos sistemas de informação, de maneira a possibilitar uma atenção singular e centrada na pessoa, bem como o investimento e o reconhecimento das potencialidades do território com meio e processo de cuidado.

Os achados convergem com o estudo realizado com profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de Campo Grande (MS), onde também foi aplicado o Assessment of Chronic Illness Care (ACIC). A amostra constituiu-se de 30 profissionais em cinco equipes e a média das equipes resultou em capacidade razoável para atenção às condições crônicas (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016).

6.4 Análise do Processo

Foram entrevistadas 1210 pessoas diagnosticadas com HAS/HAS+DM e 552 pessoas com DM e que são acompanhadas na ESF do município de Sobral - CE. Dentre as pessoas

com HAS/HAS+DM 70,2% (n=850) eram do sexo feminino e 29,8% (n=360) sexo masculino. No que se refere ao DM 70,1% (n=387) do sexo feminino e 29,9% (n=165) do sexo masculino.

Esses dados encontram-se em consonância com outros estudos que demonstram a prevalência de mulheres, o que pode ser justificado pela elevação dos níveis de PA nesse sexo a partir da quinta década quando comparado aos homens (TACON *et al.*, 2012; BERG *et al.*, 2013). No que se refere ao diabetes, os achados são parecidos, na perspectiva que em um estudo transversal realizado na zona urbana da cidade de Pelotas - RJ e em transversal analítico de base populacional e domiciliar realizado em Monte Claros - MG, evidenciaram a maioria no sexo feminino (COSTA *et al.*, 2013; VELOSO DIAS *et al.*, 2016).

Além disso, o aumento da prevalência da HAS nesse gênero principalmente a partir dos cinquenta anos pode estar relacionada às alterações hormonais por consequência do climatério e menopausa, tornando-a mais suscetível no âmbito cardiovascular. Além disso, a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, a atuação no contexto familiar e à sua maior exposição a outros agravos no modo de reproduzir a vida, pode favorecer o aparecimento de sinais e sintomas psíquicos e físicos, fortalecendo o risco para HAS (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Vale ressaltar ainda, que não houve significância estatística que comprovasse diferença de satisfação no cuidado às condições crônicas entre os gêneros. Desse modo, devemos aceitar a hipótese que a diferença de gêneros masculinos e femininos não interfere na atenção do usuário com HAS e DM.

Quanto a faixa etária, observou-se o predomínio significativo de pessoas com HAS/HAS+DM com mais de 60 anos correspondendo a 59,5% (n=720), em seguida de 410 (33,8%) adultos com 41 a 59 anos e 80 jovens de 18 a 40 anos equivalendo a 6,7%, em que a menor idade encontrada foi 18 anos, a maior 100 anos, a média 62,73% e a moda 60 anos (n=55). Tal achado, é confirmado por dados da literatura que demonstram o aumento da prevalência de HAS com o passar dos anos, como pode ser evidenciado em um estudo em Santa Catarina com 423 participantes em que se observou o predomínio de 70% hipertensos com mais de 60 anos (MELO *et al.*, 2016), corroborando com o encontrado.

Em relação ao DM, as idades variaram de 19 a 96 anos, de modo que o predomínio também foi na faixa etária de maiores de 60 anos (65,1%; n=359), seguidos da faixa etária de 41 a 59 anos (29,5%, n=163) e 18 a 40 anos (5,4%; n=30). A média de idades foi de 63,58 e a moda 70 anos (n=29).

Este predomínio na população idosa é convergente ao encontrado na Pesquisa do Vigitel referente ao ano de 2016 com indivíduos que referiram diagnóstico médico de diabetes no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Dessa maneira, para análise do processo foi aplicado o Questionário de Avaliação do usuário sobre o cuidado à atenção crônica (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions – PACIC). Os participantes foram abordados acerca da tomada de decisões compartilhada entre o profissional e o usuário para o tratamento da doença através da indagação: ‘Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde’. Diante disso, obtiveram-se as respostas apresentadas na tabela 6 e 7.

Tabela 6 Participação na elaboração do plano de tratamento da HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	848	70,1	70,1
Poucas vezes	104	8,6	78,7
Algumas vezes	138	11,4	90,1
Muitas vezes	82	6,8	96,9
Sempre	38	3,1	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 7 Participação na elaboração do plano de tratamento da DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	369	66,8	66,8
Poucas vezes	55	10,0	76,8
Algumas vezes	73	13,2	90,0
Muitas vezes	39	7,1	97,1
Sempre	16	2,9	100,0

Total	552	100,0	100,0
--------------	-----	-------	-------

Fonte: Própria

Nesta situação, verifica-se que um expressivo percentual dos participantes respondeu nunca (70,1%, n=848; 66,8%, n=369, respectivamente) frente aos que responderam sempre (3,1%, n=38; 2,9%, n=16). Diante disso, é possível refletir a fragilidade quanto à inserção do usuário na tomada de decisões acerca de seu tratamento. Vale destacar, apesar de o instrumento ser estruturado, que no processo de coleta de dados alguns participantes quando questionados, complementavam com “nunca, somente falavam que eu estava com a doença e passavam os medicamentos”.

Ressalta-se que o cuidado na ESF possui como atributo a longitudinalidade, necessitando de uma relação a longo prazo entre o profissional e as pessoas usuárias, devendo torná-las agentes de sua saúde por meio da participação proativa de seu tratamento e da criação de vínculo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Porém, corroborando com o presente estudo, uma pesquisa com mil consultas filmadas revelou que apenas em 9% do tempo as pessoas participaram das decisões clínicas, demonstrando a passividade desses usuários (MENDES, 2012). Ainda, outro estudo afirma que 50% a 70% das consultas aos usuários com condições crônicas, são basicamente informativas com foco na queixa clínica e conseqüentemente, na conduta, fundamentadas na atenção aos eventos agudos (MENDES, 2011).

Com isso, destaca-se a necessidade da transição do modelo de atenção à saúde prescritiva e centrada na doença para um cuidado colaborativo com foco na pessoa, em que deixa de ser paciente para se tornar produtora social e agente de sua saúde (MENDES, 2012). Para isso, deve-se obedecer aos conceitos de dignidade, respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração, que demanda uma comunicação efetiva entre a equipe de saúde e as pessoas, devendo receber informações coerentes, amplas e fidedignas de seu tratamento para que oportunize a participação efetiva no processo de decisão acerca de sua saúde (MARINUS *et al.*, 2014).

Todavia, apesar das contribuições de Mendes (2011) com adaptação de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao SUS e de experiências de adequação deste modelo no Brasil é importante refletir que “não existe uma receita” de transição de um modelo voltado para a agudização para um modelo que atenda às condições

crônicas, de maneira que essa transição precisa ser singular para garantir a singularidade do cuidado, na perspectiva de considerar o contexto de cada sistema local de saúde.

Paim (2003) corrobora com esta compreensão ao afirmar que os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais não devem ser encarados como formas de organizar ou administrar o sistema, tampouco normatizar padrões ou exemplos a serem seguidos.

Ainda em consonância com essa participação ativa do usuário em seu cuidado, os participantes foram questionados se: ‘Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre elas?’. Os achados apresentaram valores semelhantes a pergunta anterior e estão descritos nas Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 Oferta de opções de tratamento para a HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	867	71,7	71,7
Poucas vezes	109	9,0	80,7
Algumas vezes	109	9,0	89,7
Muitas vezes	88	7,3	96,9
Sempre	37	3,1	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 9 Oferta de opções de tratamento para a DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	368	66,7	66,7
Poucas vezes	57	10,3	77,0
Algumas vezes	56	10,1	87,1
Muitas vezes	51	9,2	96,4
Sempre	20	3,6	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Neste contexto, verificou-se que um restrito número de usuários tiveram possibilidades de oferta e escolha do seu tratamento, de modo que pode-se suscitar que a decisão terapêutica esteve centrada no profissional da saúde. Um estudo realizado com 264 consultas evidenciou que em apenas 28% dos casos foi possibilitado às pessoas expressarem opiniões acerca do tratamento, e em 25% dessas consultas os profissionais não oportunizaram tal participação. O mesmo estudo identificou que 96% dos hipertensos optam por receber opções de escolhas e poderem opinar em seu plano de tratamento (MENDES, 2012).

A partir de então, considera-se importante a construção de uma relação dialógica a fim de promover a subjetividade dos usuários, possibilitar a criação de vínculo, incentivar um cuidado humanizado e favorecer a autonomia do usuário para decidir sobre a sua própria vida. Assim, o enfermeiro e a equipe da ESF necessitam proporcionar a participação dessas pessoas e da família no processo de saúde-doença, fundamentados na conduta profissional acolhedora e flexível para as implicações, resultantes do uso das tecnologias relacionais. Essas ações favorecerão para que o usuário se aproprie do papel de protagonista no seu cuidado, sentindo-se valorizado por meio de uma escuta sensível além de possibilitar a corresponsabilização no cuidado e o conhecimento para os profissionais acerca da singularidade de cada usuário (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Nesta perspectiva, considera-se fundamental o princípio da transversalidade do cuidado que pode ser alcançado por meio de ferramentas e dispositivos de consolidação do cuidado em redes, da construção de vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, com vistas a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada, conforme preconizado na Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2004).

Esta atenção precisa articular os três grandes enfoques (biomédico, social e psicológico) e diferentes disciplinas em uma Clínica Ampliada, que reconhece que, em um certo contexto, cenário e situação singular, pode-se existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque, sem que isso represente a negação de outros enfoques e possibilidades de atenção às condições crônicas HAS e DM. Além disso, é imprescindível o compartilhamento e corresponsabilização dos usuários no cuidado em saúde, uma vez que as condições crônicas necessitam de um cuidado longitudinal, com estímulo a participação, adesão e a autonomia do sujeito em seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Assim, a relação profissional/usuário precisa ser ressignificada de maneira a garantir que a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes possibilitem que o usuário sinta-se parte do processo de cuidado e não somente um receptáculo de práticas e condutas

profissionais restritas a protocolos clínicos e que não consideram a singularidade do usuário em seu contexto de vida.

Essa recomposição da relação usuário/profissional sugere a reformulação do paradigma da Medicina baseada em evidências, que têm sustentado teoricamente a clínica contemporânea, para uma concepção Paidéia. Esta concepção caracteriza-se pelo envolvimento de trabalhadores e usuários no processo de reforma e reorganização, de modo a considerar que as mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por mudança no processo, ou seja, na “forma/fora da forma” de ser dos sujeitos envolvidos (CAMPOS, 2003; CECCIM et al., 2016).

Neste contexto, os participantes foram indagados acerca de sua participação ativa no seu processo de cuidado e a orientação realizada pelos profissionais, com a seguinte pergunta: ‘Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde?’, a qual as respostas podem ser observadas nas tabelas 10 e 11.

Tabela 10 Influência do autocuidado na vida do usuário com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	263	21,7	21,7
Poucas Vezes	197	16,3	38,0
Algumas Vezes	348	28,8	66,8
Muitas Vezes	221	18,3	85,0
Sempre	181	15,0	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 11 Influência do autocuidado na vida do usuário com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	83	15,0	15,0
Poucas vezes	99	17,9	33,0
Algumas vezes	148	26,8	59,8

Muitas vezes	126	22,8	82,6
Sempre	96	17,4	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Desse modo, verifica-se um equilíbrio entre as respostas dos participantes, todavia ainda é necessário potencializar e estimular o autocuidado, uma vez que os usuários com condições crônicas precisam reconhecer a necessidade de tornaram-se protagonistas de seu processo terapêutico, como também, os profissionais da saúde precisam compreender que são apoiadores do processo de cuidado e que a implicação e o empoderamento do usuário e da família são essenciais para o desenvolvimento da terapia.

Gomides (2013) compreende o autocuidado no comportamento pessoal onde o usuário deixa de ser passivo em relação aos cuidados e diretrizes, o que pode influenciar à saúde. No entanto, o autocuidado não se dá de maneira isolada, mas em conjunto com fatores ambientais, sociais, econômicos, hereditários e relacionados aos serviços da saúde.

Os autores Rocha, Zanetti e Santos (2009) colaboram com a discussão ao enfatizar a importância da corresponsabilização do cuidado, bem como a relevância do desenvolvimento de processos de educação em saúde, pois, para assumir a responsabilidade no papel terapêutico, o usuário com condições crônicas precisam dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que os instrumentalize para o autocuidado, para isso precisam ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida.

No âmbito da condição crônica, é importante que os usuários conheçam a sua condição e saibam quais são as metas do cuidado e as possibilidades de tratamento. Na perspectiva do cuidado, é preciso compreender que a mudança de comportamento é processual e que existem estratégias efetivas para a concretização da mesma, dentre elas, estratégias para apoiar o processo de mudança de acordo com os estágios de motivação, conforme apresentado na Figura 31. Desta maneira, é importante o estímulo e a realização de um Autocuidado Apoiado por meio da sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde (CURITIBA, 2012).

Figura 31 Estratégias que a equipe de saúde pode utilizar para apoiar o processo de mudança de acordo com os estágios de motivação, Curitiba, Brasil, 2012

QUADRO RESUMO DE ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA	
ESTÁGIO	ESTRATÉGIAS DO PROFISSIONAL
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	Fornecer informações; levantar dúvidas e trazer questionamentos; aumentar e fortalecer a percepção acerca dos riscos e problemas decorrentes do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento; dar <i>feedback</i> .
CONTEMPLAÇÃO	Explorar a divisão interna para que a pessoa saia do estado de paralisia; evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento alvo; fornecer apoio; fortalecer a autoeficácia para a mudança.
PREPARAÇÃO	Auxiliar na elaboração e detalhamento de um plano de ação - questionar quando, como e onde pretende realizá-lo, como irá se organizar, qual a data de início, quais são as metas e os prazos, quais os obstáculos, quem ou o que ajudará.
AÇÃO	Acompanhar a realização dos passos para a mudança, avaliar em conjunto o foco na mudança, os resultados atuais, a necessidade de adequação, a persistência.
MANUTENÇÃO	Ajudar na identificação dos benefícios do comportamento assumido e na valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.
DESLIZES E RECAÍDAS	Auxiliar a pessoa a renovar os processos de contemplação, determinação e ação, sem tornar-se culpada, imobilizada ou desmoralizada. Avaliar de forma objetiva o fato e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.

Fonte: Curitiba (2012)

Além disso, vale ressaltar uma ferramenta inovadora de estímulo e suporte para os usuários com condições crônicas, o site de Apoio ao Autocuidado, com enfoque na pessoa com DM e seus familiares, disponível na página <<http://autocuidado.saude.gov.br>>. Nesta potente tecnologia de informação e comunicação são disponibilizadas informações acerca da doença e da influência dos hábitos de vida em seu desenvolvimento, bem como o esclarecimento de dúvidas e o compartilhamento de depoimentos de outras pessoas que vivem com diabetes (BRASIL, 2017).

Ainda neste escopo, os usuários participantes da pesquisa foram indagados acerca das perspectivas de autocuidado, a partir do questionamento: ‘Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar de meu problema de saúde?’. As respostas evidenciaram um predomínio da resposta “nunca” em comparação com as demais, conforme descrito nas Tabelas 12 e 13.

Tabela 12 Perspectivas para o autocuidado à HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	438	36,2	36,2
Poucas vezes	240	19,8	56,0
Algumas vezes	316	26,1	82,1
Muitas vezes	132	10,9	93,1
Sempre	84	6,9	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 13 Perspectivas para o autocuidado à DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	169	30,6	30,6
Poucas vezes	124	22,5	53,1
Algumas vezes	159	28,8	81,9
Muitas vezes	73	13,2	95,1
Sempre	27	4,9	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Ao sugerir uma reflexão mais aprofundada das perspectivas para o autocuidado por meio do conhecimento das pretensões dos usuários com HAS e DM para o seu cuidado, verifica-se que o predomínio dos participantes abordados na pesquisa ‘nunca’ foram perguntados acerca de como pretendem cuidar de seu problema de saúde. Este achado reforça a ideia de que é necessário por parte dos profissionais da saúde apoiarem o autocuidado, a partir do suporte na elaboração de um plano de cuidado singular, coerente com o cotidiano de vida dos usuários e com enfoque na mudança para a melhoria da qualidade de vida.

Neste sentido, compreende-se a importância de um diálogo efetivo entre profissional/usuário para o empoderamento deste em seu processo de cuidado. Ribeiro et al. (2012) afirmam que dentre os fatores dificultadores para adesão, encontram-se a falta de

informações acerca da patologia, a passividade dos usuários frente aos profissionais de saúde, a escolha da terapêutica utilizada não condizente com a realidade dessas pessoas e as representações negativas relacionadas a doença e o tratamento. Dessa maneira, todos esses aspectos podem ser minimizados a partir da pergunta sobre o que esse usuário pretende realizar para a sua terapêutica, e assim, contribuir para um plano de cuidados mais adequado.

Mendes (2012) destaca que para a comunicação na ESF deve haver três habilidades essenciais, como perguntar, escutar e informar. Em que, a primeira é fundamental para o processo de ensino-aprendizagem eficaz, para fortalecer o relacionamento entre profissional e cliente e ainda, para preparar um plano de cuidados feito de forma colaborativa entre esses dois elementos, tornando o usuário participante indispensável nessa elaboração.

Dessa maneira, Lima et al. (2014) corroboram com essa temática, evidenciando que a relação entre os profissionais e usuários não deve se limitar somente ao tratamento de doenças mas sim a promoção da saúde e percepção do indivíduo de forma integral que precisa ser compreendido conforme suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Assim, esse indivíduo deve ser autônomo e coparticipante na construção da assistência à saúde, através de uma relação interpessoal em que o profissional é responsável pelas decisões técnicas e o usuário determina essas decisões mediante seu estilo de vida e valores pessoais, e assim a tomada de decisão ocorre em processo dinâmico, troca de informações e negociação, possibilitando vantagens a todos os envolvidos.

Em um estudo realizado pelos pesquisadores Ceolin e De Biasi (2011) revelou-se que as pessoas com DM não estão corretamente orientadas acerca de sua doença, seus cuidados e possíveis complicações, de modo que as várias restrições alimentares muitas impostas, o custo elevado dos alimentos dietéticos, bem como a ausência de uma educação alimentar anterior à doença, são os principais motivos para a não realização do autocuidado.

Para isso, o profissional necessita conhecer os hábitos de vida e saúde desses usuários, para que assim possa realizar o plano de cuidados singular, conforme sua realidade. A partir disso, foi questionado aos participantes da pesquisa se ‘Perguntaram sobre meus hábitos de saúde’, em que se observam respostas mais equilibradas dentre ‘poucas vezes’, ‘algumas vezes’ e ‘muitas vezes’, porém é perceptível que o ‘nunca’ ainda prevalece, semelhante a questão anterior, como observado nas tabelas 14 e 15.

Tabela 14 Hábitos de saúde dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	391	32,3	32,3
Poucas vezes	203	16,8	49,1
Algumas vezes	267	22,1	71,2
Muitas vezes	245	20,2	91,4
Sempre	104	8,6	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 15 Hábitos de saúde dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	143	25,9	26,0
Poucas vezes	100	18,1	44,2
Algumas vezes	133	24,1	68,4
Muitas vezes	117	21,2	89,6
Sempre	59	10,7	100,0
Total	552	100,0	100,0
Total	552	100,0	

Fonte: Própria.

Nesse ínterim, os hábitos de vida constituem fatores importantes que influenciam na presença de HAS bem como nas possíveis complicações. Dessa maneira, recomenda-se a mudança no estilo de vida como prevenção primária da HAS, visto que quando feitas corretamente, podem reduzir valores significantes na PA, similar aos obtidos com a medicação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Assim, a educação em saúde ao usuário hipertenso é um elemento fundamental para o controle da patologia, além de incentivar o autocuidado e corresponsabilização (CLARO, 2015).

Portanto, torna-se necessário a explicação de maneira clara quanto aos fatores contribuintes para a elevação da PA, além dos protetores, utilizando práticas educativas criativas. Além disso, estudos apontam que a adesão ao tratamento do paciente está

relacionada a aceitação e adaptação à condição de saúde, assim como ao reconhecimento dos fatores de risco nos hábitos de vida praticados (RIBEIRO et al, 2012).

No que se refere ao DM, as modificações nos hábitos de vida relacionados ao cuidado no tipo de dieta ingerida, realização de atividade física, monitorização glicêmica, uso diário de medicamentos e/ou insulina são fundamentais. Assim, a prática regular de atividade física, bem como o consumo de dieta nutricionalmente adequada, associados à assistência à saúde, pode reduzir o risco de complicações da doença, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida do usuário com diabetes (MILECH et. al, 2016).

Ou seja, faz-se necessária a extrapolação da saúde para além da prática clínica de forma a englobar às condições de vida geradas por relações sociais como meio e processo dos profissionais da saúde compreenderem o processo de saúde-doença e possam intervir nos determinantes sociais (MARCONDES, 2004).

Diante disso, questiona-se como os profissionais elaboram os cuidados a esses participantes, visto que a maioria não busca conhecer os estilos de vida e a singularidade de cada um. Reiners et al. (2012) afirmam que para atuar de forma eficaz na implementação de ações que atendam às necessidades da população, é preciso que os profissionais compreendam os pacientes, suas atitudes e identificar se estão aderindo ou não o tratamento.

Dessa forma, considera-se importante conhecer o estilo de vida desses usuários, visto que se encontra interligado diretamente à manifestação da doença, e ainda, colabora para práticas de saúde mais conveniente com a realidade do indivíduo, favorecendo uma melhor adesão ao tratamento e as mudanças nos hábitos mais eficazes, visto que é necessário primeiro conhecer para depois intervir.

Neste contexto, uma pergunta aos entrevistados relacionou: ‘A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento’, em que aponta um predomínio de respostas ‘nunca’, corroborando com as perguntas anteriores, como descritos nas tabelas 16 e 17.

Tabela 16. Tratamento coerente as formas de pensar, crenças e modos de vida dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	557	46,0	46,0
Poucas vezes	250	20,7	66,7

Algumas vezes	218	18,0	84,7
Muitas vezes	126	10,4	95,1
Sempre	59	4,9	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 17 Tratamento coerente as formas de pensar, crenças e modos de vida dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	220	39,9	39,9
Poucas vezes	125	22,6	62,5
Algumas vezes	111	20,1	82,6
Muitas vezes	72	13,0	95,7
Sempre	24	4,3	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Com esses achados, verifica-se a necessidade de uma atenção centrada na pessoa, que considere suas necessidades e opinião para desenvolver o tratamento, de modo que haja uma sinérgica troca de informações entre a equipe de saúde e os usuários para que construa uma agenda compartilhada a partir da definição dos problemas, estabelecimento das prioridades, metas e assim, elaborar um plano de cuidado condizente com os modos de vida dos usuários (MENDES, 2012).

Neste sentido, a atenção centrada na doença não considera a singularidade do sujeito o que pode implicar na baixa adesão ao tratamento. Malerbi (2000) afirma que a baixa adesão é constantemente observada em situações que requerem tratamentos contínuos, complexos, de natureza preventiva e quando exige alterações no estilo de vida do usuário, como ocorre nas condições crônicas.

Estima-se que a taxa de abandono ao tratamento se encontra crescente, em que demonstra que cerca de 45% dos hipertensos abandonaram tratamento em uma coorte realizada com 261 pacientes com HAS em Minas Gerais (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Assim, a adesão é muito mais que simplesmente cumprir determinações dos profissionais de saúde, mas ter autonomia e habilidade para refletir de forma crítica as recomendações, tornando-se participantes ativos do processo de cuidado (PONTIERI; BACHIN, 2010), de modo a garantir que o tratamento construído de forma dialógica seja coerente com o cotidiano de vida dos usuários com condições crônicas.

Com relação a isso, os participantes foram questionados se: ‘Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir no meu dia a dia’, e diante disso, observou-se nos participantes com HAS/HAS+DM um predomínio de respostas ‘nunca’ já nos participantes do DM o maior percentual de respostas foi ‘algumas vezes’, de acordo como apresentado nas Tabelas 18 e 19. Além disso, ressalta-se que no momento da entrevista, verificou-se de forma complementar ao instrumento, que esse resultado está relacionado principalmente aos medicamentos disponibilizados ou não pelo município.

Tabela 18 Tratamento possível de realizar no dia a dia do usuário com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	350	28,9	28,9
Poucas vezes	271	22,4	51,3
Algumas vezes	288	23,8	75,1
Muitas vezes	164	13,6	88,7
Sempre	137	11,3	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 19 Tratamento possível de realizar no dia a dia do usuário com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	138	25,0	25,0
Poucas vezes	113	20,5	45,5
Algumas vezes	170	30,8	76,3

Muitas vezes	92	16,7	92,9
Sempre	39	7,1	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Nesta perspectiva, Mendes (2012) afirma que para o cuidado as condições crônicas é necessário implementar políticas que considere a singularidade das doenças, fundamentadas nas necessidades da população. Para isso, é imprescindível que haja interação entre os cuidadores e um acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e dos diferentes contextos que estão interligados ao tratamento de HAS e DM (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Deve-se estar atento aos desejos dos usuários em participar e colaborar no tratamento, assim como os aspectos relacionados a doenças, respeitando as crenças, sentimentos, cultura e posicionamentos, com o objetivo de realizar uma terapêutica eficaz. O tratamento tem como base as modificações no estilo de vida e o tratamento farmacológico, em que uma abordagem terapêutica ajustada as necessidades do indivíduo favorece a uma melhor adesão ao tratamento (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Os participantes também foram interrogados sobre: ‘Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde’, onde os resultados demonstraram um maior percentual de respostas ‘nunca’, como descrito nas Tabelas 20 e 21.

Tabela 20 Plano para seu tratamento por escrito aos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	841	69,5	69,6
Poucas vezes	90	7,4	77,0
Algumas vezes	105	8,7	85,6
Muitas vezes	99	8,2	93,8
Sempre	75	6,2	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 21 Plano para seu tratamento por escrito aos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	354	64,1	64,1
Poucas vezes	44	8,0	72,1
Algumas vezes	61	11,1	83,2
Muitas vezes	49	8,9	92,0
Sempre	44	8,0	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Portanto, destaca-se a importância de disponibilizar meios que possam facilitar as mudanças nos hábitos de vida, dentre esses sobrepõe a construção participativa de planos de cuidados de forma criativa e colaborativa entre usuário/profissional da saúde. Assim, os planos de cuidado precisam ser sistematizados e de acesso ao usuário, de maneira que o mesmo possa permanentemente avaliar, monitorar e ressignificar o seu cuidado.

Os planos de cuidados por escrito ou adaptados com símbolos acessíveis aos usuários configuram-se como importantes ferramentas de subsídio ao tratamento, que podem auxiliar no uso adequado da terapia medicamentosa, principalmente no que concerne a posologia das medicações, bem como a sistematização no planejamento da terapia não medicamentosa, esta, muitas vezes vista como complementar ou até desconsiderada nas orientações dos profissionais aos usuários com condições crônicas.

Quando indagados se ‘A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento?’, a fim de avaliar como estava funcionando o acompanhamento desses usuários, tanto no tratamento medicamentoso como não medicamentoso. Os achados, descritos nas Tabelas 22 e 23, demonstram uma fragilidade neste acompanhamento o que pode impactar na adesão, na reavaliação e na eficácia do tratamento.

Tabela 22 Acompanhamento do tratamento dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	321	26,5	26,5
Poucas vezes	217	17,9	44,5
Algumas vezes	239	19,8	64,2
Muitas vezes	267	22,1	86,3
Sempre	166	13,7	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 23 Acompanhamento do tratamento dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	136	24,6	24,6
Poucas vezes	87	15,8	40,4
Algumas vezes	146	26,4	66,8
Muitas vezes	114	20,7	87,5
Sempre	69	12,5	99,8
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Guedes et al. (2011) reafirmam a importância desse acompanhamento, visto que o tratamento representa um desafio para os profissionais de saúde, principalmente por causa do desaparecimento de sintomas algumas vezes, induzindo a pessoa a acreditar que esteja saudável, suspendendo o tratamento não medicamentoso e medicamentoso, e assim facilitando a ocorrência de complicações, de maneira a necessitar de atendimentos em serviços de urgência, e ainda desencadear sequelas transitórias ou permanentes, o que pode contribuir para a elevada morbidade e mortalidade associada as condições crônicas.

Dentre as pessoas com HAS, um estudo realizado em Fortaleza- Ceará percebeu justificativas que hipertensos utilizavam para findar o tratamento com argumentos pessoais, econômicos, relação com os profissionais de saúde que os acompanham e, do âmbito familiar. Entre estas pessoas, muitas afirmaram não fazer sentido manter-se em dieta hipossódica, eliminar o uso de bebida alcoólica, realizar atividade física se não apresenta nenhum sintoma, com ideia ilusória de estarem curados (GUEDES *et al.*, 2011). Porém, ressalta-se que as mudanças nos hábitos de vida são elementos essenciais no controle da doença.

Dessa maneira, enfatiza o cuidado e acompanhamento dos usuários pelos profissionais com vistas a minimizar as barreiras no tratamento, com orientações, incentivo, escuta qualificada, proposições de soluções, uso de recursos disponíveis para valorizar suas dificuldades, medos e dúvidas, e assim, qualificar o atendimento e esclarecer aos indivíduos sobre a doença e a importância do tratamento adequado.

Ainda em relação ao acompanhamento efetivo, os participantes foram questionados se ‘Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos’, em que se observa um expressivo percentual de afirmativas que nunca foram questionados quanto a isso. Este achado é preocupante na perspectiva que pode representar um ponto crítico para não adesão ao tratamento e muitas vezes uma limitada reavaliação dos medicamentos, conforme apresentado nas Tabelas 24 e 25:

Tabela 24 Efeitos e problemas com a medicação de usuário com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	627	51,8	51,8
Poucas vezes	124	10,2	62,1
Algumas vezes	206	17,0	79,1
Muitas vezes	158	13,1	92,1
Sempre	95	7,9	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 25 Efeitos e problemas com a medicação de usuário com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	308	55,8	55,8
Poucas vezes	53	9,6	65,4
Algumas vezes	94	17,0	82,4
Muitas vezes	68	12,3	94,7
Sempre	29	5,3	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância da troca de informações adequada entre profissionais e usuários, em que esses necessitam de instruções acerca dos efeitos indesejados dos medicamentos bem como os adversos, para que assim dominem o conhecimento e possam se apropriar quando apresentar alguns desses efeitos, relatando aos profissionais para modificar esses medicamentos, e assim, contribuir com a terapêutica medicamentosa adequada, visto que muitas vezes esses usuários interrompem o tratamento por conta dos efeitos adversos e por não possuir vínculo ou comunicação efetiva com os profissionais, não conversam acerca desses efeitos, interrompendo o tratamento por conta própria.

Uma pesquisa reafirma que a não adesão ao tratamento medicamento está relacionada a limitação na comunicação entre os profissionais e as pessoas atendidas (MENDES, 2012). A participação ativa do usuário depende diretamente da atenção colaborativa com a equipe de saúde, a alfabetização sanitária e o autocuidado apoiado. Além disso, o reconhecimento desses sintomas pelos profissionais é necessário, pois eventos indesejáveis são causas frequentes da falta de adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

O caderno de atenção básica preconiza que os profissionais de saúde devem realizar assistência, orientando quanto a doença, hábitos de vidas não saudáveis, complicações, exames e os medicamentos em uso acerca da indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais (BRASIL, 2013). Isso corrobora com o achado nessa pesquisa, denotando a necessidade dessas informações quanto ao uso dos medicamentos e principais efeitos colaterais a fim de favorecer o empoderamento dos usuários além de realizar esse acompanhamento efetivo na terapêutica farmacológica, ressaltando essas informações e buscando sancionar as dúvidas dos usuários a fim de garantir um cuidado mais integral e eficaz.

No entanto, ainda existem restrições acerca do controle da PA e da glicemia em usuários com HAS e DM, mesmo com evidências que o tratamento é eficaz. Isso pode estar relacionado à baixa adesão ao tratamento, visto que a taxa de abandono é crescente e constitui-se o maior motivo dessa falta de adesão. Além disso, é sabida a associação das condições crônicas ao processo de envelhecimento, onde os idosos em sua maioria utilizam outros medicamentos. Esta a associação de medicamentos, com reações adversas diferentes e que podem ser potencializadas no processo de interação entre diferentes medicações podem constituir-se como pontos críticos do cuidado às condições crônicas (HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Por isso a importância de conhecer esses usuários, suas especificidades e informá-los quanto a medicação, além da comunicação efetiva entre os profissionais e usuários.

Quando questionados acerca da organização do tratamento com a seguinte indagação: ‘Fiquei satisfeito com a organização de meu tratamento’, observou-se uma predominância da resposta ‘muitas vezes’ (34,1%; 34,6%), em seguida de ‘sempre’ (32,1%; 29,3%), como é possível perceber nas Tabelas 26 e 27. Esses resultados divergem das respostas apresentadas em relação às perguntas anteriores, pois se observa uma inversão e um equilíbrio entre as respostas “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre”.

Tabela 26 Organização do tratamento dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	62	5,1	5,1
Poucas vezes	116	9,6	14,7
Algumas vezes	230	19,0	33,7
Muitas vezes	413	34,1	67,9
Sempre	389	32,1	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 27 Organização do tratamento dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
------------------	----------	----------	------------------------

Nunca	33	6,0	6,0
Poucas vezes	43	7,8	13,8
Algumas vezes	123	22,3	36,1
Muitas vezes	191	34,6	70,7
Sempre	162	29,3	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Essas respostas encontram-se vinculadas principalmente as consultas de enfermagem e médica e ao fornecimento de medicamentos, em que quando perguntados, o participantes complementavam com falas como a seguinte: “muitas vezes, pois pouco falta os medicamentos”. Isso pode refletir o quanto os usuários focalizam o tratamento na terapêutica medicamentosa, fundamental para o tratamento, porém não constitui o único elemento do tratamento.

A avaliação da satisfação desses usuários é pessoal e está relacionada aos cuidados oferecidos, em que pode ser influenciada pelo status emocional da pessoa no momento. Como observado, obteve-se um grau de satisfação moderado neste questionamento em específico, corroborando com outras pesquisas, as quais sugerem que apesar das fragilidades a ESF tem otimizado o acesso as consultas, exames e medicamentos, além do cuidado programado, o vínculo, as questões relacionais e a prática da territorialização contribuindo para esse resultado (RAMOS; MAIA, 2013).

No momento das entrevistas, percebeu-se que essa satisfação estava ligada diretamente ao fornecimento de medicamentos e atenção direcionada nas consultas de enfermagem e médica. Ressalta-se que essa avaliação depende de vários fatores, visto que para um indivíduo com acesso limitado aos serviços, o simples fato de ir para as consultas e receber a medicação o sujeita a responder as questões de maneira positiva (SILVA et al., 2013).

Nesse sentido, os serviços de APS devem refletir quanto ao tratamento da HAS para que não se restrinja somente ao fato de “tomar remédios”, mas também enfatizar a mudança no estilo de vida. Além disso, compete aos gestores garantir a estrutura, o acesso, qualificar os profissionais, planejar e monitorar os cuidados ofertados a fim de organizar e potencializar o processo de trabalho para obter resolutividade e produtos satisfatório quanto à atenção oferecida aos usuários com HAS (HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010), também é

fundamental estimular a participação dos profissionais na comunidade e a troca interpessoal para promover práticas educativas resolutivas com foco no cuidado compartilhado e na tomada de decisões em conjunto com trabalho preventivo e monitoramento das ações realizadas (SILVA; PAES, 2017).

No que se refere ao plano de cuidados e as orientações realizadas, uma outra pergunta infere esse assunto, intitulada: ‘Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool’, em que obteve um equilíbrio entre as respostas, como é possível observar nas Tabelas 28 e 29.

Tabela 28 Suporte para a melhoria da alimentação, prática de exercícios físicos, controle do estresse, fumo e uso abusivo de álcool por parte dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	286	23,6	23,6
Poucas vezes	171	14,1	37,8
Algumas vezes	330	27,3	65,0
Muitas vezes	269	22,2	87,3
Sempre	154	12,7	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 29 Suporte para a melhoria da alimentação, prática de exercícios físicos, controle do estresse, fumo e uso abusivo de álcool por parte dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	79	14,3	14,3
Poucas vezes	105	19,0	33,3
Algumas vezes	143	25,9	59,2
Muitas vezes	153	27,7	87,0
Sempre	72	13,0	100,0

Total	552	100,0	100,0
--------------	-----	-------	-------

Fonte: Própria

Como retratado anteriormente, os profissionais possuem função importante na orientação dos cuidados necessários para minimizar os agravos causados pela condições crônicas, e para isso, necessitam entender a importância da prevenção através da modificação dos hábitos de vida para prevenir as complicações (SILVA, 2012).

Porém, como observado nesse estudo este suporte para mudança ainda apresenta significativas restrições. Silva (2012) corrobora ainda afirmando que os profissionais realizam muitas vezes determinações de ações reducionistas, através da transmissão vertical de informações e não percebem as dificuldades que os usuários possuem no cotidiano, dificultando para tal adaptação.

Dessa maneira, enfatiza-se a importância da empatia, interação e comunicação efetiva para compreender o estado de saúde do usuário e as condições de vida, para que seja realizadas orientações mediante sua realidade, e assim, possam construir juntos um plano de cuidado. Nesse contexto, a orientação é de suma importância para o cuidado às condições crônicas, uma vez que contribui para alcance de uma boa qualidade de vida (MAGNABOSCO; NOGUEIRA, 2011).

A orientação é um meio que auxilia na compreensão acerca da doença e contribui para que os usuários cuidem de sua saúde, dessa forma, foi questionado quanto a: 'Ajudaram a planejar como cuidar de minha saúde nos momentos mais difíceis da vida', em que os resultados demonstram um maior percentual de respostas 'nunca', como observado nas Tabelas 30 e 31, o demonstra a fragilidade quanto ao apoio as situações de vida singulares dos usuários.

Tabela 30 Suporte no planejamento do cuidado em momentos difíceis da vida dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	483	39,9	39,9
Poucas vezes	217	17,9	57,9
Algumas vezes	304	25,1	83,0
Muitas vezes	110	9,1	92,1

Sempre	96	7,9	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 31 Suporte no planejamento do cuidado em momentos difíceis da vida dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	198	35,9	35,9
Poucas vezes	109	19,7	55,6
Algumas vezes	152	27,5	83,2
Muitas vezes	61	11,1	94,2
Sempre	32	5,8	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Para alcançar tal atributo, é necessário primeiramente identificar os problemas dos hipertensos, principalmente aqueles que representem barreiras no processo de cuidado, a partir disso, deve-se elaborar estratégias de solução em conjunto com os usuários com o objetivo de desenvolver a habilidade das pessoas em lidar com momentos difíceis, solucionando-as através de respostas efetivas que estejam sob seu alcance, além disso, pode auxiliar em possíveis soluções e eleger a mais viável e efetiva, e a partir disso, monitorar e avaliar os resultados. Para isso, as informações sobre os recursos pessoais e sociais precisam ser levantadas e organizadas (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012). Além disso, essa atividade irá contribuir para o fortalecimento de vínculos e uma melhor adesão terapêutica no tratamento.

Ainda em relação a isso, foi questionado quanto a: ‘Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde’, percebeu-se que a maioria dos usuários respondeu nunca, ou seja, não foram disponibilizadas orientações por escrito acerca dos cuidados com a saúde, seja com exercícios físicos, alimentação ou o próprio uso dos medicamentos. Os achados podem ser visualizados nas Tabelas 32 e 33.

Tabela 32 Orientações por escrito de como melhorar à saúde dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	874	72,2	72,2
Poucas vezes	93	7,7	79,9
Algumas vezes	100	8,3	88,2
Muitas vezes	86	7,1	95,3
Sempre	57	4,7	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 33 Orientações por escrito de como melhorar à saúde dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	350	63,4	63,4
Poucas vezes	56	10,1	73,6
Algumas vezes	60	10,9	84,4
Muitas vezes	59	10,7	95,1
Sempre	27	4,9	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

A adesão do paciente depende diretamente das orientações realizadas, principalmente em relação a mudança de estilo de vida, devendo assim ser sugerida desde do início do tratamento e reforçada periodicamente ao longo das consultas. Para fortalecer essas orientações pode ser utilizado diversas maneiras, através da flexibilidade, estando disponível para responder as perguntas realizadas, descrever as orientações em listas ou folders, e se exequível, utilizar material audiovisual (BRASIL, 2013).

Para elevar a taxa de sucesso dessa mudança e a prática adequada do tratamento, ressalta que os profissionais devem utilizar explicações escritas e verbais claras. A equipe pode usufruir de todos os meios disponíveis para a orientação e motivação de mudanças nos hábitos de vida, principalmente a fim de reduzir os fatores de risco e promover o uso

adequado dos medicamentos. Os recursos disponíveis encontram-se nas reuniões, palestras, peças teatrais, folhetos, vídeos ou músicas educativas, desde que apropriado para a população acometida, considerando as particularidades de cada um (YAMADA; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

Os participantes do estudo também foram indagados se: ‘Perguntaram como meu problema de saúde afeta minha vida’, em que também se percebeu um número maior de respostas negativas, como ‘nunca’, ‘poucas vezes’ e ‘algumas vezes’, de acordo como descrito nas Tabelas 34 e 35. Considera-se essa variável importante, visto que às condições crônicas podem afetar a qualidade de vida dos usuários, além de ser necessária a mudança nos hábitos de vida e a adesão a terapêutica medicamentosa, que pode causar diversos efeitos colaterais.

Tabela 34 Implicações na vida dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	567	46,9	46,9
Poucas vezes	211	17,4	64,4
Algumas vezes	261	21,6	85,9
Muitas vezes	124	10,2	96,1
Sempre	47	3,9	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 35. Implicações na vida dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	231	41,8	41,8
Poucas vezes	104	18,8	60,7
Algumas vezes	140	25,4	86,1
Muitas vezes	70	12,7	98,7
Sempre	7	1,3	100,0
Total	552	100,0	100,0

Este achado suscita a necessidade do olhar sensível dos trabalhadores da saúde em identificar as implicações das condições crônicas na vida dos usuários, de maneira a reconhecer a necessidade de um suporte, uma vez que para o usuário o reconhecimento de sua que sua condição crônica o acompanhará ao longo de sua vida pode gerar sentimentos e afecções não positivos e que podem afetar na qualidade de vida.

Um estudo Vaz e Costa (2015) contribui ao discutir sobre a relação entre os aspectos emocionais, vivências pessoais e a HAS em que aponta alguns sentimentos interligados como estresse, ansiedade, raiva, hostilidade e impulsividade. Uma outra pesquisa demonstra uma forte associação da HAS com depressão, em que várias pessoas com a doença manifestaram transtornos emocionais, elevando o risco de eventos cardiovascular (SOUZA; RIBAS, 2014).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental compreender o indivíduo de forma única, na sua totalidade, conhecendo os fatores que influenciam no adoecimento e assim, poder intervir de maneira mais eficiente e humanizada, além de realizar o acompanhamento a esses indivíduos, monitorizando os fatores de risco e a adesão ao tratamento (VAZ; COSTA, 2015).

Além disso, outra potente estratégia que pode ser utilizada para o cuidado às condições crônicas são as abordagens grupais realizados no âmbito da ESF. Os participantes foram questionados se ‘incentivados a participar de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, caminhada, reeducação alimentar) que pudessem ajudar a enfrentar o problema de saúde e momentos difíceis’, assim, observou que um expressivo percentual dos entrevistados respondeu ‘nunca’ (46,6%; 41,7%), como demonstrado nas Tabelas 36 e 37. Este quantitativo demonstra a necessidade de implementar mais fomento para essa prática, e ainda, ressalta-se que algumas ESF não possuem um grupo direcionados para hipertensos e/ou diabéticos, o que contribui para tais achados.

Tabela 36 Incentivo aos usuários com HAS/HAS+DM a participarem de grupos específicos Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	564	46,6	46,6
Poucas vezes	132	10,9	57,5
Algumas vezes	192	15,9	73,4

Muitas vezes	192	15,9	89,3
Sempre	130	10,7	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 37 Incentivo aos usuários com DM a participarem de grupos específicos Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	230	41,7	41,7
Poucas vezes	72	13,0	54,7
Algumas vezes	101	18,3	73,0
Muitas vezes	86	15,6	88,6
Sempre	63	11,4	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Considera-se que aproximadamente 50% das pessoas que frequentam as ESF se beneficiariam mais verdadeiramente em grupos colaborativos do que em consultas individuais, visto que a atenção às condições crônicas vai além da adesão terapêutica tradicional, exige também o conhecimento sobre as doenças e as práticas de autocuidado no cotidiano (MENDES, 2011).

Magnabosco e Nogueira (2011) afirmam que os indivíduos com HAS que participam de grupos educativos possuem melhor prognóstico com menos necessidade do uso de medicamentos e maior controle da PA do que aqueles que não participam, além da importância dessas atividades para facilitar o aprendizado, a adesão e auxiliar no enfrentamento dos desafios relacionados ao cuidado na saúde.

Os usuários participantes da pesquisa também foram questionados se ‘Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar’. Em que se observou um perfil de respostas semelhante a pergunta anterior, porém se percebe que quanto à participação em grupos comunitários, muitas não relacionados diretamente à ESF, o incentivo é menor, como é possível visualizar nas Tabelas 38 e 39.

Tabela 38 Incentivo aos usuários com HAS/HAS+DM a participarem de grupos comunitários, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	850	70,2	70,2
Poucas vezes	134	11,1	81,3
Algumas vezes	105	8,7	90,0
Muitas vezes	68	5,6	95,6
Sempre	53	4,4	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 39 Incentivo aos usuários com DM a participarem de grupos comunitários, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	361	65,4	65,4
Poucas vezes	75	13,6	79,0
Algumas vezes	52	9,4	88,4
Muitas vezes	34	6,2	94,6
Sempre	30	5,4	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Na literatura, há uma fragilidade quanto a estudos abordando a importância e/ou impacto desses grupos na atenção às condições crônicas, porém se ressalta que trata-se de grupos de convivência que podem favorecer discussões acerca de temas da saúde, que envolvem os diversos grupos da população a fim de promover intervenções para a comunidade por meio de ação reflexiva (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013).

Além disso, o grupo facilita a construção de conhecimento por meio do diálogo, reflexão e troca de ideias entre os participantes, motivando-os no cuidado com a saúde (SILVA *et al.*, 2014). Moysés; Silveira Filho; Moysés (2013) observaram em seu estudo que os hipertensos compareciam na unidade apenas para buscar medicação ou à consulta, e após a

inserção do grupo em algumas ESF se percebeu que os usuários se encontravam mais autônomos em dialogar sobre os assuntos relacionados a sua saúde, fornecendo dicas próprias para outros usuários e expondo soluções para melhorar a qualidade de vida.

No que se refere à colaboração interprofissional no cuidado às condições crônicas, os participantes do estudo responderam ao seguinte questionamento: ‘Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com minha saúde’. A partir dos achados, verificou-se que um expressivo percentual dos entrevistados respondeu ‘nunca’, conforme apresentado nas Tabelas 40 e 41, o suscita a necessidade de incentivar a equipe para esse cuidado em equipe multiprofissional, por meio do NASF ou outros programas.

Tabela 40 Orientação por uma equipe multiprofissional quanto aos cuidados com a saúde de usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	650	53,7	53,7
Poucas vezes	172	14,2	67,9
Algumas vezes	172	14,2	82,1
Muitas vezes	161	13,3	95,5
Sempre	55	4,5	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 41 Orientação por uma equipe multiprofissional quanto aos cuidados com a saúde de usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	241	43,7	43,7
Poucas vezes	96	17,4	61,1
Algumas vezes	109	19,7	80,8
Muitas vezes	77	13,9	94,7

Sempre	29	5,3	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Neste sentido, destaca-se que a HAS e DM são problemas complexos e multifatoriais que demandam uma abordagem multiprofissional, colaborativa e interprofissional, de modo a envolver o usuário e seus familiares na definição e pactuação de metas a serem atingidas, considerando a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais. Dentre os cuidados preconizados, encontra-se a alimentação adequada, o controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e álcool, os quais podem ser facilitados com o envolvimento da equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

Para isso, vários profissionais estão envolvidos como o médico que consulta, realiza o diagnóstico, avaliação clínica, conduta terapêutica e fornece apoio aos outros profissionais. O enfermeiro que tem o papel fundamental nas consultas, investigação sobre os fatores de risco, orientações sobre a doença, uso regular de medicamentos e hábitos de vida, acompanhamento no tratamento e organização do serviço. O nutricionista que realiza o diagnóstico nutricional, prescrição e orientação da dieta, considerando aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais e avaliação da interação de alimentos com medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ainda, o psicólogo que é essencial na avaliação e tratamento de aspectos emocionais que interfiram na qualidade de vida do usuário, seu nível de estresse e adesão ao tratamento. O assistente social que facilita na entrevista para identificação socioeconômica e familiar, caracterização da situação de trabalho e previdência e, atualização do cadastro de recursos sociais, facilitando processos que possa dificultar na terapêutica. O profissional de educação física que programa e supervisiona as atividades físicas, adequando-as ao contexto dos usuários. O farmacêutico que gerencia o estoque, armazenamento e dispensação de medicamentos, assim como orienta o uso para a população. E o fisioterapeuta que é importante na identificação e atuação nos problemas que causem limitação nas mudanças de hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ressalta-se também o envolvimento de todos os profissionais que estão relacionados ao atendimento às condições crônicas, dentre esses é importante nomear o dentista, não citado na referência anterior, mas que tem um papel importante, como por exemplo, na reflexão do uso dos medicamentos anti-hipertensivos que podem causar algumas complicações orais, como a redução da secreção salivar e o aumento das gengivas (COSTA *et al.*, 2013).

Dessa maneira, enfatiza-se a importância dessa equipe para a promoção à saúde com ações educativas em grupo ou individual, conforme sua especificidade e ainda, acarreta em mais pessoas atendidas e uma maior adesão ao tratamento, em que os membros dessa equipe devem se adequar a realidade dos indivíduos e trabalhar em conjunto, conhecendo a ação de cada profissional como forma de complementar e não fragmentar a assistência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além desses profissionais, destaca-se a importância de médicos especialistas no cuidado às condições crônicas. Dessa maneira, perguntou-se aos entrevistados: ‘Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como cardiologistas, podem ajudar no meu tratamento’, em que se observou a predominância de respostas ‘nunca’, porém se destaca que um quantitativo considerável de participantes que respondeu ‘algumas vezes’ e ‘muitas vezes’, como observado nas Tabelas 42 e 43, esse resultado se dá principalmente por conta de exames realizados por cardiologistas, através da implementação da estratificação de risco da hipertensão e diabetes em desenvolvimento no município cenário da pesquisa e que direciona para especialistas os casos de maior complexidade.

Tabela 42 Importância da consulta com médicos especialistas para usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% Acumulado
Nunca	491	40,6	40,6
Poucas vezes	177	14,6	55,2
Algumas vezes	265	21,9	77,1
Muitas vezes	224	18,5	95,6
Sempre	53	4,4	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 43 Importância da consulta com médicos especialistas para usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	N	%	% acumulado
Nunca	203	36,8	36,8

Poucas vezes	97	17,6	54,3
Algumas vezes	129	23,4	77,7
Muitas vezes	96	17,4	95,1
Sempre	27	4,9	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Nesta perspectiva, a estratificação de risco contribui para orientar o fluxo das consultas e atendimentos individuais e coletivos. A partir dessa estratificação em alto, médio ou baixo risco é refletido acerca dos cuidados ofertados, em que os estratos de alto e muito alto risco demandam um número maior de consultas médicas e de enfermagem, bem como de atenção especializada a outros médicos (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012). Assim, evidencia-se a importância do acompanhamento com especialistas através de encaminhamentos, em que esses profissionais devem atuar em estágios mais avançados e diferenciados para auxiliar na assistência, visto que podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade (MENDES, 2012).

Nesse ínterim, torna-se fundamental orientar os usuários quanto a importância desses profissionais no tratamento, o fluxo de atendimento, adequando às necessidades de cada indivíduo e encaminhando, quando necessário. Porém para essa assistência efetiva e não fragmentada é indispensável de um cuidado em rede, de modo a garantir a integralidade e longitudinalidade da atenção.

Ainda neste contexto, os participantes foram questionados se ‘Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas’ e as respostas evidenciaram o predomínio da resposta ‘nunca’, o que pode suscitar a fragilidade e fragmentação da assistência prestada, onde se encaminha as pessoas somente para cumprir protocolos clínicos, mas não se busca conhecer o que foi feito e indicado na consulta ao especialista, para que possam dar suporte e continuidade, em uma perspectiva de rede. Conforme apresentado nas Tabelas 44 e 45:

Tabela 44 Acompanhamento das visitas de usuários com HAS/HAS+DM a outros médicos especialistas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
-----------	---	---	----------------

Nunca	622	51,4	51,4
Poucas vezes	196	16,2	67,6
Algumas vezes	223	18,4	86,0
Muitas vezes	126	10,4	96,4
Sempre	43	3,6	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 45 Acompanhamento das visitas de usuários com DM a outros médicos especialistas, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Nunca	267	48,4	48,4
Poucas vezes	103	18,7	67,0
Algumas vezes	117	21,2	88,2
Muitas vezes	53	9,6	97,8
Sempre	12	2,2	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Moyses; Silveira Filho; Moyses (2012) reafirmam que os serviços ambulatoriais especializados são ofertados com o objetivo de fornecer integralidade na atenção com foco nos usuários com realização de exames e consultas médicas especializadas. E para construir uma rede integrada de atenção à saúde a fim de superar a fragmentação dos pontos de atenção.

A ESF deve atuar como coordenadora do cuidado em que a relação com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) deve ser de alta qualidade com dois componentes, o fluxo das pessoas entre os dois serviços e o apoio nos pontos de transição. Além disso, deve ser segura, planejada, efetiva, pronta para que as pessoas sejam atendidas na AAE em tempo oportuno, eficiente, equitativa e centrada nos indivíduos, adequando-o o cuidado conforme suas necessidades (MENDES, 2012).

Mendes (2012) refere que quando não há uma coordenação do cuidado efetiva causa a fragmentação da atenção, isso pode estar relacionado ao fato de não haver comunicação entre os generalistas e especialistas, a ESF não está estruturada para coordenar a relação com a

AAE; as centrais de regulação trabalhareem com as agendas livres, em que um mesmo indivíduo é referido, em tempos diferentes, a diversos especialistas de uma mesma especialidade, para um mesmo problema; a AAE é fortemente concentrada na consulta médica; em geral, não há um sistema de referência e contra referência estruturado com base nos prontuários familiares e não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição. Dessa maneira, enfatiza a importância do cuidado especializado às condições crônicas, e ainda o acompanhamento as consultas além ESF, que possam contribuir para a assistência unificada e integral e até para favorecer no suporte a decisão.

Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas precisa fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas, de forma a garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas e impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas, bem como contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. Nesta perspectiva, são delineados princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, conforme apresentado na Figura 32.

Figura 32 Princípios e diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

1. Propiciar o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção.
2. Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
3. Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e hábitos e cultura locais.
4. Garantia de implantação de um modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais.
5. Articulação entre os diversos serviços e ações de Saúde, constituindo redes de Saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção.
6. Atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de Saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.
7. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
8. Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada.
9. Participação e controle social dos usuários sobre os serviços.
10. Autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado.
11. Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da Saúde.
12. Regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado.
13. Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de Saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Fonte: BRASIL (2012, p. 24)

Nesta compreensão de rede, ressalta-se a importância da APS no papel de responsabilização, coordenação e resolução de problemas a fim de assegurar a longitudinalidade e integralidade nos cuidados à saúde.

Em suma, ao unificar todas as respostas e agregar em dois blocos verificou-se que no geral a avaliação do usuário acerca do cuidado às condições crônicas foi não satisfatória (Nunca, Poucas Vezes, Algumas Vezes) o que correspondeu a 84,8% com apenas 15,2% satisfatório (Muitas Vezes e Sempre) para os usuários com HAS/HAS+DM (Tabela 46) e 81,7% não satisfatórias e 18,3% satisfatórias para os usuários com DM (Tabela 47). Esses dados corroboram com uma coorte realizada em Paraíba com 722 hipertensos em que os níveis de satisfação desses usuários foram regulares ou baixos (SILVA; PAES, 2017). Porém, outro estudo com 536 hipertensos apresentou 67,5% satisfeitos, 31,3% pouco satisfeito e 1,2% insatisfeitos com a assistência recebida (DANTAS *et al.*, 2015).

Tabela 46 Relação de atendimentos não satisfatório e satisfatório, na opinião dos usuários com HAS/HAS+DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Não satisfatório	1026	84,8	84,8
Satisfatório	184	15,2	100,0
Total	1210	100,0	100,0

Fonte: Própria

Tabela 47 Relação de atendimentos não satisfatório e satisfatório, na opinião dos usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	%	% acumulado
Não satisfatório	451	81,7	81,7
Satisfatório	101	18,3	100,0
Total	552	100,0	100,0

Fonte: Própria

Além disso, foi comparada a qualidade do atendimento de usuários com HAS/HAS+DM e usuários com DM (somente), por meio do Teste de Variáveis independentes. Nesse sentido, para fins de realização do teste foi considerada como hipótese nula (H_0) que não há diferença entre a atenção aos usuários com HAS/HAS+DM e usuários com DM (somente) e como hipótese alternativa (H_a) que existe diferença, de maneira que o usuário que vive somente com diabetes tem uma atenção melhor se comparado ao usuário com HAS/HAS+DM. A partir do teste, verificaram-se em algumas perguntas diferenças significativas da atenção entre esses grupos, conforme podemos identificar no Quadro 13.

Quadro 153 Teste de Variáveis Independentes para análise comparativa da qualidade do atendimento de usuários com HAS/HAS+DM e usuários com DM, Sobral, Ceará, Brasil, 2017

Independent Samples Test			
	t-test for Equality of Means		
	Sig. (2-tailed)	Mean	Std. Error

			Difference	Difference
Pergunta 1	Equal variances assumed	,392	,049	,057
	Equal variances not assumed	,393	,049	,057
Pergunta 2	Equal variances assumed	,043	,118	,058
	Equal variances not assumed	,048	,118	,059
Pergunta 3	Equal variances assumed	,057	-,132	,070
	Equal variances not assumed	,052	-,132	,068
Pergunta 4	Equal variances assumed	,002	,191	,062
	Equal variances not assumed	,003	,191	,063
Pergunta 5	Equal variances assumed	,390	-,050	,059
	Equal variances not assumed	,390	-,050	,059
Pergunta 6	Equal variances assumed	,002	,212	,068
	Equal variances not assumed	,002	,212	,068
Pergunta 7	Equal variances assumed	,288	,067	,063
	Equal variances not assumed	,278	,067	,062
Pergunta 8	Equal variances assumed	,003	,199	,067
	Equal variances not assumed	,003	,199	,066
Pergunta 9	Equal variances assumed	,028	,146	,066
	Equal variances not assumed	,032	,146	,068
Pergunta 10	Equal variances assumed	,237	,088	,075
	Equal variances not assumed	,236	,088	,074
Pergunta 11	Equal variances assumed	,022	,158	,069
	Equal variances not assumed	,022	,158	,069
Pergunta 12	Equal variances assumed	,057	,119	,063
	Equal variances not assumed	,056	,119	,063
Pergunta 13	Equal variances assumed	,512	,044	,067
	Equal variances not assumed	,499	,044	,065
Pergunta 14	Equal variances assumed	,545	,039	,065

	Equal variances not assumed	,537	,039	,064
Pergunta 15	Equal variances assumed	,330	,059	,061
	Equal variances not assumed	,320	,059	,059
Pergunta 16	Equal variances assumed	,389	,068	,079
	Equal variances not assumed	,432	,068	,087
Pergunta 17	Equal variances assumed	,087	,101	,059
	Equal variances not assumed	,094	,101	,060
Pergunta 18	Equal variances assumed	,004	,190	,065
	Equal variances not assumed	,004	,190	,066
Pergunta 19	Equal variances assumed	,489	,046	,066
	Equal variances not assumed	,486	,046	,066
Pergunta 20	Equal variances assumed	,995	,000	,060
	Equal variances not assumed	,995	,000	,059

Fonte: Própria

A partir do exposto, verificou-se que para as perguntas 2, 4, 6, 8, 9, 11 e 18 foi aceita a hipótese alternativa (H_a), de maneira que se pode afirmar que existe diferença entre as variâncias, onde o usuário que vive somente com diabetes tem uma atenção melhor se comparado ao usuário com HAS/HAS+DM. Nas demais perguntas, aceita-se a hipótese nula de igualdade entre as variâncias, ou seja, significa que não existe diferença na atenção entre estes grupos.

Nesse sentido, quando questionados se: ‘Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre elas’; ‘Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde’; ‘Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde’; ‘Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool’; ‘Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde’, ‘Perguntaram sobre meus hábitos de saúde’; e ‘Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com minha saúde’, a avaliação do usuário com DM (somente) foi melhor se comparado ao usuário com HAS/HAS+DM.

Este achado por estar relacionado ao quantitativo de usuários com diabetes (somente) nos territórios adscritos pela ESF que se apresenta inferior em comparação aos usuários com hipertensão e hipertensão com diabetes, o que pode gerar uma melhor atenção na perspectiva do usuário. Todavia, apesar desta diferença entre variâncias, os resultados sugerem que a atenção apresenta fragilidades para atender as necessidades do usuário com HAS e DM de maneira geral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de avaliar a atenção às condições crônicas HAS e DM no âmbito da ESF foi alcançado na perspectiva que por meio de uma triangulação de diferentes fontes de dados e métodos foi possível considerar que a atenção às condições crônicas apresenta expressivas limitações, todavia o sistema local de saúde vem desenvolvendo estratégias de qualificação da atenção que possivelmente implicarão em resultados positivos em médio e longo prazo.

Assim, na atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF identifica-se um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas, desse modo, foram desenvolvidas estratégias de organização e gestão do cuidado, tais como a instituição de Protocolos com diretrizes para Screening, Diagnóstico e Tratamento da HAS e DM, a Estratificação de Risco da HAS e DM e o desenvolvimento de processos de Educação Permanente dos trabalhadores do sistema, disparados pela gestão, pela coordenação de ensino na figura da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, pelo Governo do Estado do Ceará por meio do projeto Qualifica APSUS e principalmente pelos profissionais da ESF no cotidiano do trabalho.

Todavia, apesar dos esforços, a prática ainda revela uma abordagem aos usuários centrada na renovação de receitas e que acontece muitas vezes de forma alienada e sem uma efetiva reavaliação, consulta, reconhecimento dos efeitos adversos, avaliação da adesão e estímulo ao autocuidado e terapias não medicamentosas.

Além disso, é perceptível a pluralidade das formas de organização dos atendimentos individual e coletivo aos usuários com HAS e DM, que apesar dos protocolos instituídos, não existe um padrão comum entre os CSF. De modo que algumas unidades se organizam em agendas engessadas com turnos fixos de atendimento influenciado por uma perspectiva programática de atenção à saúde, outras utilizam agendas mais flexíveis que possibilitam um

melhor acesso, e outras sem um fluxo específico onde os usuários encontram-se diluídos na demanda espontânea ou em grupos de Hipertensão.

Vale destacar ainda, que as abordagens coletivas com enfoque na pessoa e não somente na doença, como grupos de convivência e práticas corporais, representam importantes tecnologias de cuidado, porém encontram-se centradas na equipe multiprofissional, principalmente a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que se apresenta sobrecarregada e com o importante desafio de aproximar a equipe mínima, que muitas vezes encontra-se limitada ao atendimento individual em consultório.

Ainda neste contexto, identificam-se fragilidades na construção de uma rede de atenção às condições crônicas, uma vez que o acesso ao especialista e a exames apresentam um forte entrave de regulação.

Este cenário de atenção tem um contexto epidemiológico de alta prevalência de pessoas com hipertensão e diabetes, coerente com a realidade de transição epidemiológica vivenciada no país. Assim, o território com maior prevalência de HAS e DM foi o Terrenos Novos, com valores superiores à média nacional. Destacam-se ainda as altas prevalências nos territórios da Cohab II e Alto do Cristo e territórios com baixa prevalência, com valores inferiores às médias nacionais, tais como o Padre Palhano.

Estes achados suscitam necessidade de fortalecimento do rastreamento e detecção de novos casos, uma vez que territórios com prevalências muito baixas podem representar uma invisibilidade destes usuários. Além disso, a necessidade investimento em estratégias de promoção da Saúde e prevenção da HAS e DM, com intervenções nos determinantes sociais envolvidos nos processos de saúde doença.

Além disso, verificou-se que onze territórios apresentaram significativamente uma correlação espacial entre a prevalência da HAS e a prevalência da DM (Campos dos Velhos, Centro, Recanto, Cohab II, Padre Palhano, Sumaré, Vila União, Expectativa, Alto da Brasília, Alto do Cristo e Coelce). Esta correlação espacial sugere uma dependência espacial entre as doenças hipertensão e diabetes. Desta forma, os investimentos e estratégias de qualificação da atenção nestes territórios precisam considerar as duas doenças para que se possa impactar nos indicadores das mesmas.

No que se refere a estrutura para atenção às condições crônicas, verifica-se que a média total foi 6,85, que segundo parâmetros validados representa uma razoável capacidade para a atenção às condições crônicas.

Em relação ao processo, a avaliação na perspectiva dos usuários demonstrou resultados não satisfatórios, principalmente no que concerne a tomada de decisões e

corresponsabilização do usuário acerca do seu cuidado, o incentivo na participação de programas comunitários, a orientação escrita sobre os hábitos de vida e plano de cuidados, o acompanhamento à consulta com médicos especialistas, a criação do vínculo, e ainda a necessidade da compreensão do indivíduo de forma direcionada, conforme suas necessidades, com uma prática profissional fundamentada no diálogo para que consigam relatar suas vontades, interesses e atingir resultados positivos no tratamento.

Foi identificado ainda, que o usuário que vive somente com diabetes tem uma atenção melhor se comparado ao usuário com HAS/HAS+DM. Isso pode estar relacionado ao quantitativo menor de usuários que tem somente a condição diabetes em comparação aos usuários com hipertensão e hipertensão com diabetes, o que pode gerar uma melhor atenção na perspectiva do usuário.

Diante disso, enfatiza-se a necessidade de uma transição de um modelo de agudização da doença para implantar o modelo de atenção às condições crônicas, assim como a modificação de uma atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa. Em que o cuidado é realizado com base no modo cooperativo, conforme as necessidades dos usuários, com a participação da família e empoderamento dos indivíduos, deixando de ser paciente para se tornar produtor e agente de sua saúde. Ainda, ressalta o compartilhamento de responsabilidades, o apoio a autonomia e a decisão compartilhada, que favorece para uma melhor satisfação do usuário e conseqüentemente, adesão ao tratamento, obtendo melhores resultados.

Dessa maneira, espera-se que esse estudo contribua para impulsionar novas formas do cuidado, denotando a necessidade de ampliar a visão para uma assistência não somente prescritiva, mas que invista em ações educativas no âmbito individual e coletivo de diversas maneiras a fim de facilitar o incentivo nesse processo de autocuidado e autonomia dos usuários. Além disso, pode fornecer subsídios para a gestão do cuidado, planejamento e tomada de decisões com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos usuários.

Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a dificuldade de acesso aos gerentes para participação no estudo, uma vez que a coleta de dados aconteceu contemporânea a avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o que dificultou a realização das entrevistas. Além disso, análise de indicadores foi dificultada, pois com a descontinuidade do Programa SISHIPERDIA do Ministério da Saúde e o processo de implantação ainda não finalizado do E-SUS AB, as informações dos usuários com hipertensão e diabetes apresentam-se com baixa qualidade e sem um padrão de organização, de modo que em alguns CSF as informações encontram-se armazenadas em

planilhas eletrônicas, outras em cadernos dos ACS, livros/planilhas de acompanhamento da farmácia, livros de acompanhamento dos gerentes, entre outros. Nesse sentido, optou-se pela utilização de dados do número total de casos do consolidado da territorialização, no entanto, esta fonte de dados tem poucas informações o que dificultou o cruzamento de variáveis importantes.

Neste ínterim, sugere-se que sejam realizadas pesquisas posteriores que avaliem os resultados da atenção, bem como a ampliação do cenário para os territórios do distrito do município, que apresentam uma realidade organizacional e de saúde diferente dos territórios da sede.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução a epidemiologia**. São Paulo: MEDSI, 2002.

ALVES, J.E.D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.

ALWAN, A.L.A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, n.9755, p. 1861-68, nov. 2010. Disponível em: < [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61853-3/abstract?cc=y=>](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61853-3/abstract?cc=y=>). Acesso em: 30 Jan 2017.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

ANDRADE, A.M. et al . Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n.1, p. 165-175, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100016>>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; CAVALCANTI, C.G.C.S. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. **Epidemiologia e Saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: medBook, 2017.

ARAÚJO, J. M. **A hipertensão arterial sistêmica e a atenção básica de saúde: uma revisão bibliográfica**. 2014. 21 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

ARAUJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, dez. 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2017.

ARAÚJO, J.S.; XAVIER, M.P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan. / jul. 2014. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/326/382&gws_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrrrwAg>. Acesso em: 05 jan. 2018.

ARTZROUNDI, M. Une nouvelle famille de courbes de croissance: application à la transition démographique. **Revista Population**, Paris, v. 41, n. 3, p. 497-509, 1986. Disponível em: <http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1986_num_41_3_17642>. Acesso em 01 jan. 2017.

BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.49-54. 2016. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

BARBOSA, P.R. (Org.). **Educação a distância**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008. p. 70-81.

BARBOZA, L.P. **Plano de ação para despertar o interesse, satisfação e motivação de profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família**. 2014. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

BARCELÓ, A. et al. **Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde**. Washington, DC: OPAS, 2012.

BASAGLIA, F. et al; **A instituição Negada**, tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: editora Graal, 1985.

BERG, N.V. et al. Prevalence and determinants of controlled hypertension in a German population cohort. **BMC Public Health**, v. 13, 594p. 2013.

BEZERRA, A.S.M.; LOPES, J. L.; BARROS, A.L.B.L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.4, p. 550-555, jul./ago. 2014.

BONOMI, A. E. et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. **Health Services Research**, Chicago, v. 37, n. 3, p. 791-820. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434662/>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BORGES, J.B.C.; CARVALHO, S.M.R.; SILVA, M.A.M.. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 25, n.2, p. 172-182. 2010.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p.318-324. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-3. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Feb. 2017.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114. 2013.

BRANDÃO, A.A. et al . Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 1-4, set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BRANDAO, A.L.R.B.S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. **Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª ed. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde para o Auto-cuidado, Avaliação contínua da Qualidade da Atenção ao Diabetes**. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <<http://www.qualidia.com.br>>. Acesso em: 01 Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão: Medicamentos**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública, Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde**. 1ª. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022**. 1.ed. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

_____. Ministério da saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Dispõe sobre o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, DF, 2014b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF,

2013a. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em:
03 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Manual Instrutivo – Anexos Ficha de Qualificação de Indicadores**. Brasília, DF, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª ed. p.156. Brasília, DF, 2014d. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF, 2013. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição**

sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF, 2017. 160p.

_____. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p.1.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm>. Acesso em: 06 Fev. 2017.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003**. Brasília, DF, 2006. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm>. Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Brasília, 2014c. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8262.htm>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências**. Brasília, 1998. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. **Redes de Atenção à Saúde: A Atenção à Saúde Organizada em Redes**. UNA-SUS, Universidade Aberta do SUS. São Luiz (MA). 2015.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename**. 2. ed. Brasília, DF, 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT**. Brasília, DF, 2008a.

_____. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. **Sob apreciação, requerimento formulado pela União de suspensão de tutela provisória concedida pelo Juízo da 20ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, que, nos autos da ação ordinária n. 1006566-69.2017.4.01.3700, determinou a suspensão parcial da Portaria nº 2.488 de 2011, na parte que permite ao enfermeiro requisitar exames**. Brasília, DF, 2017.

Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Decisa%CC%83o-.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 563-568. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Feb. 2017.

BURGOS, P.F.M. et al. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 21, n.2, p. 68-74. 2014. Disponível em:

<<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

CÂMARA, A.M.C.S et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, Jan./Mar. 2012.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200006>. Acesso em: 05 jan. 2018.

CÂMARA, G.; CARVALHO, M. S.; CRUZ, O. G.; CORREIA, V. **Análise espacial de áreas e Análise espacial de dados geográficos**. Planaltina: Embrapa; 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, A.A. **Novo regime demográfico uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A.A. Perspectivas para Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 603-608. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2017.

CAMPOLINA, A.G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p.1217-1229. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2017.

CAMPOLINA, A.G.; ADAMI, F.; SANTOS, J.L.F; LEBRÃO, M.L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p.1217-1229. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 jan. 2017.

CAMPOLINA, A.G; DINI, P.S; CICONELLI, R.M.. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2919-25. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, p. 252-264, out. 2014.

CAMPOS, S.W.G. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda.** São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

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, p. 265-278, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38/nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0265.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2018.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. de. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. **Apostila indd**. Curitiba. p.92. 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Caderno de Informação em Saúde: Região de Saúde Sobral**. 2016. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/cadernos-de-saude>>. Acesso em: 17 jan.2017.

_____. Secretaria da Saúde. **Caderno de Informação em Saúde: Região de Saúde Sobral**. 2016. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/cadernos-de-saude>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

_____. Secretaria da Saúde. Informe Epidemiológico. **Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT Nº 02 - Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica das Doenças Não Transmissíveis e Agravos no Ceará**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?start=20>>. Acesso em: 02 Dez. 2016.

_____. Secretaria da Saúde. **Projeto Qualifica APSUS Ceará: Oficina 1**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/140-apostilas#>>. Acesso em 19 out. 2017.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; CAMPOS, J. D. P.; CULAU, F. S. **Educação em saúde coletiva, pesquisa-formação e estratégia de prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica**. In: Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 17-27.

CECCIM, R.B. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”!: o devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p.358-361, ago. 2007.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis.**, v.14, n.1, p.41-65. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jan. 2018.

CELADE-CEPAL. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía — División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **Propuesta de agenda regional en población y desarrollo para América Latina y el Caribe después de 2014**. Santiago de Chile: CEPAL, 2013.

CELLARD, A. A análise documental. In: Poupart J organizador. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CENTRO DE PESQUISAS EM AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Gerência de ensino e pesquisa e gerência de saúde comunitária/Grupo Hospitalar Conceição, 2011.

CEOLIN, J.; DE BIASI, L. S. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **PERSPECTIVA**, Erechim., v.35, n.129, p. 143-156, março. 2011.

CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros. **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crônica**. Portugal (PT): Ordem dos Enfermeiros, 2010.

CLARO, A.C. **Intervenção educativa: hábitos saudáveis de vida no controle da hipertensão arterial**- Unidade Básica JK, Coronel Fabriciano, Minas Gerais. 2015. 35 f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta Indicadores- Tipo de Estabelecimento**. 2017. Disponível em:

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=23&VMun=231290&VSubUni=&VComp=00>. Acesso em: 18 Jan. 2017.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. **Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa?** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.34-35. 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_6_notas.pdf>. Acesso em: 4 Ago. 2016.

COSTA, A.N.F. et al. Conduta Odontológica em Pacientes Hipertensos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.3, p. 287-292. 2013.

COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A.; ASSUNÇÃO, M. C.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; MENEZES, A. M. B. Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública**., v. 40, n.3, p.542-5. 2006.

COSTA, J.P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p. 733-743, out-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

COSTA, K. C.; CAZOLA, L. H. O.; TAMAKI, E. M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n. 108, p. 106-117, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000100106&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

COTTA, R.M.M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-1260. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dez. 2017.

CUNHA, A.A.G. **Proposta para fortalecimento do grupo educativo HIPERDIA em uma equipe de saúde da família, Patos de Minas/MG**. 2014. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade /continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 1029-1042. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036>. Acesso em: 30 jan. 2017

CURITIBA. **Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas na APS**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/saude-adulto/laboratorio-de-inovacoes-em-atencao-as-condicoes-cronicas.html>>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

DANTAS, R. et al. Utilização do FINDRISC no Rastreamento da Diabetes em Utentes Assintomáticos. **Rev Port Endocrinol Diabetes Metab**, v.12, n.1, p.45-51. 2017.

DANTAS, R.C.O. et al. Satisfação do homem hipertenso com o atendimento da Atenção Primária. **Fiep Bulletin**, v. 85, edição especial. 2015.

DE SALAZAR, L. **¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?**. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales, 2011b.

_____. **Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud**. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales, 2011a.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: método e técnicas**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2017.

DUARTE, M.R. et al. Análise do comportamento de autocuidado de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo II. **Rev Bras Qual Vida**. v. 5, n. 2, p. 41-50. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1431>>. Acesso em: 01 Feb. 2017.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 126-134. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Fev. 2017.

EBEN, J.D. et al. **Teoría del déficit de autocuidado**. In: Marriner-Tomey A. Modelos teorias en enfermería. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1994. p. 63-85.

ELUAN, R.B. **Estatística Aplicada Amostragem**: Plano Amostral. 2014. 18 f. Monografia (Graduação em estatística) - Instituto de Ciências Exatas e Naturais, Universidade Federal do Pará, Pará, 2014.

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/política_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Florianópolis, v.21. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em 11 jun. 2017.

FANHA, J.; QUINTAS P. **Poemas de Saúde e da Doença, de Fernando Pessoa aos nossos dias**. Lápis de Memórias, 05 ed. 2016.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

FID. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 7 ed. International diabetes federation, 2015.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health. México, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana**, v. 111, n.6, p. 485-496. 1991. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16560>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p.165-181. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dez. 2016.

GASTÃO, W.S.C. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 185 p.

GAZZINELLI, M.F. et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.2, p.284-291, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0284.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.575- 625.

GOMIDES, D. dos S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.26, n.3, p.289-293. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> . Acesso em: 10 de abril de 2014.

GOULART, F.A.A. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde. Brasília: OPAS, 2011.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: GRABOIS, V.; MENDES, W.; GONDIM, R. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011. 480 p.

GUEDES, M.V.C. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.6, p. 1038-1042, nov./dez. 2011.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005.

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.B.; ELUF NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.614-626. 2010. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 fev. 2017.

[hUKEwjZo8uI5KHSAhWHvJAKHcoVCGIQFggnMAE&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2005%2F9241563001_eng.pdf&usg=AFQjCNGPIfAT5qcqiTAJJTInzz9EXRZzQ&bvm=bv.147448319,d.Y2I&cad=rja](http://www.who.int/publications/2005/2F9241563001_eng.pdf&usg=AFQjCNGPIfAT5qcqiTAJJTInzz9EXRZzQ&bvm=bv.147448319,d.Y2I&cad=rja)>. Acesso em: 01 Feb 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Ceará, Sobral**. 2017.

Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/ELT>>. Acesso em 20 jan. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=295011>>. Acesso em 20 jan. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013). Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas.** Brasil, Grandes Regiões e Unidade da Federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso: 30 Jan. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.** 2015a. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40> Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060.** Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012.** 132p. Rio de Janeiro, 2014.

JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva.** 2º ed. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

KATE LORIG, R.N. et al. **Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others.** 3ª ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

LANDRY, A. **La révolution démographique: études e essais sur les problèmes de la population.** Paris: Librairie du Recueil Sirey, 1934. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=NxW2ajK9hGEC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 01 jan. 2017.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415-4423. 2011.

LERARIO, A.C. et al. Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 465-472, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Feb. 2017.

LESSA, I. **Doenças crônicas não transmissíveis**. In: BERLEZI, E.M.; FRANZ, L.B.B. **Doenças e agravos não transmissíveis**. Ijuí: Unijuí, 2011. 320 p.

LIMA, C.A. et al. Avaliação dos serviços da unidade básica de saúde na perspectiva do usuário. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 32, n.2, p. 159-163. 2014. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/02_abr-jun/V32_n2_2014_p159a163.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

LIMA, C.A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista bioética**, v. 22, n.1, p. 152-160. 2014.

LLOYD-JONES, D., et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics 2010 update: a report from the American Heart Association. **Circulation.**, v. 121, n. 7, p. 948-54. 2010.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.G.; PÉREZ, P.B.; VEGA, R.S. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020**. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2011. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

JICHENG, L.V. et al. Effects of intensive blood pressure lowering on the progression of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**, v. 185, n.11, p. 949-957. 2013.

MACCOLL INSTITUTE FOR HEALTH CARE INNOVATION. Clinical Practice Change - Assessment. 2017. Disponível em:

<<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Assessment&s=240>>. Acesso em: 22 Dez. 2016.

MACMAHON, B.; PUGH, T.F. **Epidemiology: principles and methods**. Little, Brown, 1970. 376 p.

MAEYAMA, M.A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social.

Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v.2, n.2, p. 129-143. 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.14210/rbts.v2n2.p129-143>> Acesso em: 01 Dez. 2016.

MAGNABOSCO, P.; NOGUEIRA, M. S. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 110-117, jan. /mar. 2011.

MALACHIAS, M. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3. 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0007.pdf>>. Acesso: 30 Jan. 2017.

MALERBI, F.E.K. Adesão ao tratamento. In: KERBAUY, R.R. **Sobre o comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva**. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André: ARBytes, 2000. p. 148–155. Disponível

em: <<http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/14012300850591ae815c.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

MALFATTI, C. R.M.; ASSUNCAO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1383-1388. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.15, n.1, p. 47-65. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

_____. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n.11, p. 4341-4350, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4341.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Dez. 2017.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n.4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002>. Acesso em: 01 Fev. 2017.

MALTA, D.C.; SILVA, 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**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016> Acesso em: 01 Jan. 2017.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p. 5-13, 2004.

MARINUS, M.W.L.C. et al. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 311-323. 2014.

MARQUEZ C.E. et al. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? HICAP study. **Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. **Rev Bras Enferm.**, v.65, n.6, p.991-9. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

MEDICI, A.C.; BELTRÃO, K.I. Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 12, p. 200- 214,1995. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/146>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

MELO, J.D. et al. Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na Estratégia Saúde da Família em Imbituba/SC. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 60, n.2, p. 108-114, abr./jun. 2016.

MELO, L.M.; WERNET, M.; NAPOLEÃO, A. A. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Revista CuidArte Enfermagem**, v.9, n.2, p. 160-170, jul./dez. 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549p.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, CONASS, 2011.

_____. **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.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, J.D.V. Perfil da Mortalidade em Adultos por Faixa Etária e Sexo no Estado de São Paulo em 2013. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 12, n. 143, p. 1-17, 2015.

MILECH, A. et. al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>.

Acesso: 30 Jan. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO; M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 pp.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**,

Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 507-519. 2016 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso)

98232016000300507&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 672-679, Dez. 2008 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400007&lng=en&nrm=iso)

07072008000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Feb. 2017.

MOREIRA, G. R. **Organização da atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família.** 2014. 51 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, 2014.

MOREIRA, J.P.L.; MORAES, J.R.; LUIZ, R.R. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 62-72, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Feb. 2017.

MOSÉ, V. Poema Preso – Viviane Mosé. **Youtube**. 7 de mar. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qP8-3D2f1XE>>. Acesso em: 29 dez. 2017.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS**: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: OPAS/CONASS, 2013. 390 p.

MURRAY, M. **Advanced clinic access**. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 2012.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, edição especial, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2017.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 out. 2017.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, n.2, p. 161- 170, 2001.

_____. **The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change**. Milbank Memorial Fund Quarterly, p 509-538, 1971.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>.

Acesso em: 05 Fev. 2017.

OREM, D. **Nursing: concepts of practice**. 6ª ed. St. Louis: Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatísticas da Saúde Mundial 2012**. Geneva, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado:**

hipertensão e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>.

Acesso em: 05 out. 2017.

PAIVA, G.M. **Gestão da Clínica do Programa de HIPERDIA**. 2014. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2014.

PAIVA, M.B.P. et al. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 925-950. 2015.

PASSOS, J.E.F; ROCHA; L.M.; VASCONCELOS L.L.C. Estratégia de Cuidado na Atenção Especializada Ambulatorial: Qualificação e Ampliação do Acesso. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.51, out. 2014. Disponível em: <

<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 03 jan.

2018.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.1, p. 35-45. 2006. Disponível em:

<http://www.elsa.org.br/downloads/Artigos%20em%20PDF/hipertensao_arterial_estimativas_de_prevalencia_Valeria_Azeredo.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PATRICIO NETO, L. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na perspectiva do idoso**. 2014. 113f. Dissertação (Mestrado em gestão integrada do território) - Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2014.

PESSOA, F. **Há doenças piores que as doenças**. 2016.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. 376p.

PONTIERI, F.M.; BACHIN, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p. 151-60. 2010.

POPE, C. MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.

PORTELA, M.; MARTINS, M. Gestão da qualidade em saúde. In: LOPES, C. M. B.; PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, F.F.A.; MAIA, J.A. Tratamento da hipertensão arterial entre usuários idosos assistidos pela enfermagem numa unidade básica de saúde da família. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Paraíba, v. 3, n. 2, p. 9-16, abr./jun. 2013.

REIGADA, C.L.L.; ROMANO, V.F. Comunicação e percepções sobre saúde: o olhar dos usuários na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v.1, n.2, p. 13-19. 2015.

Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/588/37>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

REINERS, A.A.O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n.3, p. 581-587, jul./set. 2012.

RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**, Campinas , v. 25, n. 2, p. 271-282, Abr. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2017.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.22, n.1, p.17-23, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

RODRIGUES, F. et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, dez. 2012.

RONZANI T. M.; STRALEN C. J. V. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**. São Paulo, v.6, n.2, p.99-107, jul-dez. 2003. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

ROTHROCK, N. et al. Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **J Clin Epidemiol**, v. 63, n. 11, p. 1195-204. 2010. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943571/pdf/nihms203742.pdf>>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943571/pdf/nihms203742.pdf>>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dez. 2016.

SANTOS R. S. A. F.; BEZERRA L. C. A.; CARVALHO E. F. C.; FONTBONNE A.; CESSE E. A. P. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Revista Saúde em Debate**, v.39, n.esp, p. 268-82. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00268.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

SANTOS, F.A.L. et al . Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 655-663, dez. 2014 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2017.

SANTOS, F.P.A.; NERY, A.A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.1, p. 107-114, 2013.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 29-36, 2003. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700004> > Acesso em: 02 Dez. 2016.

SBC-SBH-SBN. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51. 2010.

SCHIMITH, M.D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v.9, n.3, p. 479-503. 2011.

_____. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 8781, p. 1949-61, 2011. Disponível em:

<http://www.sbh.org.br/pdf/lancet_collection.pdf>. Acesso em: 06 Fev. 2017.

_____. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília, DF, 2010.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Revista Ciên. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908. 2004.

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SHAW, J.E.; SICREE, R.A.; ZIMMET, P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**. v. 81, n. 1, p. 4-14. 2010.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Sobral, 2016.

SILVA, C.S. et al. Controle pressórico e adesão/ vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.3, p. 584-590. 2013.

SILVA, C.S.; PAES, N. A. Satisfação de usuários hipertensos e profissionais segundo os atributos essenciais da atenção primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 3, p. 229-238. 2017.

SILVA, F.C.S. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n.4, jan–dez. 2015. Disponível em:

<<https://www.uninter.com/web/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373/274>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

SILVA, F.M. et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n.3, p. 347-353, mai./jun. 2014.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, Set. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000300028&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.02, p.389 – 40. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SILVA, J.V.M. **O enfermeiro e a avaliação do usuário sobre o atendimento do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 2012. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Feb. 2017.

SILVA, R.M.C.A.; OLIVEIRA, D.C.; PEREIRA, E.R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.5, p.936-44. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00936.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

SILVA, R.M.C.A.; OLIVEIRA, D.C.; PEREIRA, E.R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.5, p.936-44. 2015.

SILVA, S.S.B.E.; OLIVEIRA, S.F.S.B.; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n.1, p. 50-58. 2016.

SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf**, v. 12, n. 3, p. 441-448. 2013.

SINGH, D.; HAM, C. **Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks**. Birmingham: Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

SIQUEIRA, D.S. et al. Perfil de pacientes com crise hipertensiva atendidos em um pronto socorro no sul do Brasil. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.5, n. 2, p. 224-234, abr./jun. 2015. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/15316/pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SIQUEIRA, M. **Eficácia de programa de mudança de estilo de vida sobre o hábito alimentar e antropometria de adultos participantes de programa de mudança de estilo de vida. Efeito da interrupção da supervisão profissional**. 2012. 54 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/98405>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

SOBRAL. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. **Capacidade Instalada**. Sobral, 2017.

_____. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. **Divisão dos Teritórios adscritos da Estratégia Saúde da Família de Sobral em Macroáreas**. Sobral, 2017.

_____. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. **Divisão dos Territórios adscritos da Estratégia Saúde da Família de Sobral em Macroáreas**. Sobral, 2017.

_____. Vigilância Epidemiológica. **Mapa de indicadores da Hipertensão e Diabetes**. Sobral, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7th brazilian guideline of arterial hypertension, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n.3, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0007.pdf>> . Acesso em: 19 jan. 2017.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51. 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SOUZA, E.M.B.I.; RIBAS, M.C. “A-dor-é-ser” na hipertensão: uma revisão bibliográfica. **O portal dos psicólogos**, p. 1-12, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TACON, K.C.B. et al. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n.3, p. 189-193, mai./jun. 2012.

THIEME, R.D. et al. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 269-286, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10347/9701>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

UNITED NATIONS. Assembleia Geral. **Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf>. Acesso: 05 Fev. 2017.

_____. Department of Economic and Social Affairs (US). Population Division. **World Population Prospects, the 2015 revision**. New York: Department of Economic and Social

Affairs, 2015. Available from: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>>
Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento.**
Cairo, 1994. 104 p.

VALENTE, T.; AZEVEDO, L. Estudo RADAR – Risco Aumentado de Diabetes em
Amarante. **Rev Port Med Geral Fam**, v.28, p.18-24. 2012. Disponível em: <
<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10913>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

VASCONCELOS, A.M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência
brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em:
<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jan. 2017.

VAZ, A.I.A; COSTA, R. Mulheres e as influências afetivas no adoecimento hipertensivo.
Psicologia Revista, São Paulo, v. 24, n.1, p. 83-106, 2015.

VELOSO, D. O.; BARBOSA, C. R.; MATOS, G. B.; SILVA, P. F.; MELO, C.S.;
MARQUES, C. F.; ALVES, P. P.; RAMOS, L. H. Diabetes mellitus em Montes Claros:
inquérito de prevalência autorreferida. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.29, n.3,
p.406-413, 2016. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849134013>>.
Acesso em 11 jun. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.
Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n.3, p. 548-554, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Feb. 2017.

_____. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da
mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p.
72-85, 2001. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35100> > Acesso
em: 03 jan. 2017.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Ann Intern Med**, v. 127, n. 12, p. 1097-102, dec. 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9412313>>. Acesso em: 30 jan. 2017

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness?, **Effect Clin Pract.**, Seattle, Washinton, v. 1, p 2-4, 1998. Disponível em: <<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness?, **International Journal of Clinical Practice**, Washington, v. 1, p 2-4. 1998. Disponível em: <<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2017.

WEBER, M. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **The Journal of Clinical Hypertension**, p.3-15, 2014. Disponível em: <http://www.ash-us.org/documents/JCH_HTN_Guidelines_2013.pdf>. Acesso: 30 Jan. 2017.

WHO. World Health Organization. **Cooperação Técnica em DCNT no Brasil**. 2016b. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=573:cooperacao-tecnica-dcnt-no-brasil&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539> Acesso em: 05 fev. 2017.

_____. World Health Organization. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

_____. World Health Organization. **Diabetes. Nota descritiva**. Novembro, 2016a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>>. Acesso: 30 Jan. 2017.

_____. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2005a.

_____. World Health Organization. **Estatísticas da Saúde Mundial 2012**. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. World Health Organization. **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/>. Acesso em: 05 Fev. 2017.

_____. World Health Organization. **Non communicable diseases country profiles 2011**. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf >. Acesso em: 30 Jan. 2017.

_____. World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. WHO global report, 2005b. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0a>

_____. World Health Organization. **The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)**. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>. Acesso em: 06 Fev. 2017.

WONG, L.R.; ALVES, J.E.D.; VIGNOLI, J.R; TURRA, C.M. **Cairo +20: perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014**. 1. ed. Rio de Janeiro: ALAP, 2014.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas: concepções e práticas**. São Paulo: EDUSP, 2004.

YAMADA, A.T.T.; LAVRAS, C.; DEMUNER, M.S (Org.). **Manual de Orientação Clínica Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**. São Paulo: SES/ SP, 2011. 68 p.

YUSUFALI, A. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the middle east: results from the prospective urban rural epidemiology (pure) study. **Journal of Hypertension**, v. 34, p.551, 2016. Disponível em:

http://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2016/09001/LBOS_03_01_PREVALENCE,_AWARENESS,_TREATMENT,_AND.1635.aspx?trendmd-shared=%25SPONSORED%25. Acesso: 30 Jan. 2017.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestores

- 1) Você acha que a maneira que a ESF é organizada é suficiente para o atendimento às condições crônicas hipertensão e diabetes? Justifique
- 2) Como é a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes? Como acontece o processo de renovação de receita? Reavaliação? Solicitação de exames? Educação em Saúde?
- 3) Quantos e quais processos de educação permanente e/ou educação continuadas com o tema "hipertensão" e/ou "diabetes" foram ofertados? Quem ofertou? Quando? Qual foi o conteúdo?
- 4) Em alguma Unidade Básica faltou medicamentos para hipertensão e diabetes no último semestre? _____.
Se sim, quantos dias em média e quais remédios que costumam faltar?
- 5) O que o município faz quando falta remédio?
- 6) Os CSF promovem algum grupo de convivência? De quanto em quanto tempo se reúnem? Qual o objetivo? Quem é o responsável pelo grupo?
- 7) Qual o tempo que leva entre a consulta do generalista até a consulta com o especialista? Exemplo: Cardiologista? Neurologista? Endocrinologista? Gastrologista? Proctologista? Mastologista? Urologista? Oftalmologista? Psiquiatra?
- 8) O que o município faz para reduzir este tempo de espera?
- 9) O município utiliza algum tipo de protocolo de atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes atenção básica ou em outras áreas da saúde? Se sim, como foi a decisão? Quem participou das discussões?
- 10) Quais outras estratégias que o CSF desenvolve para melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes?

11) Você considera que o atual modelo de atenção atende com qualidade às condições crônicas hipertensão e diabetes? Quais os desafios? Quais os avanços? O que poderia ser implementado?

12) Mais alguma coisa que você gostaria de me dizer?

APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados de fontes documentais

ANÁLISE DE CONTEXTO

1. Data de Nascimento: _____

2. Sexo: ()M ()F

3. Endereço Completo:

4. Diagnóstico: ()Hipertensão ()Diabetes ()Hipertensão e Diabetes

5. Equipamentos sociais relevantes no cuidado às condições crônicas:

6. Experiências coletivas e individuais de prevenção e controle das condições crônicas HAS e DM:

APÊNDICE C – Termo de Cosentimento Livre e Esclarecido para gestores

Prezado (a)

Eu, Marcos Aguiar Ribeiro, mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE” convido os senhores (as) para participarem deste estudo.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde de Família do município de Sobral - CE. Para sua realização será realizada uma entrevista com o coordenador da atenção básica, gerentes das Unidades Básicas de Saúde e tutores do sistema da saúde do referido município.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, todavia, comprometo-me em minimizar os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar a o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos, bem como o esclarecimento que o participante poderá se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento; e escolha do local de realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade e comodidade do participante.

A pesquisa apresenta ainda benefícios indiretos, no que se refere a contribuir para a compreensão da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes no referido município, o que poderá subsidiar a gestão do cuidado e a implementação de um modelo de atenção que atenda de forma integral as necessidades dos usuários com hipertensão e diabetes.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa respondendo a uma entrevista semiestruturada sobre o tema proposto que será gravada se a senhor(a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que participarem. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Rua Professor Sabóia, 137, Junco, Sobral - Ceará. Telefone: (88)99659-1323. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA,

situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo. Atenciosamente,

Marcos Aguiar Ribeiro

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, _____ de _____ de 2017

Assinatura do participante

APÊNDICE D – Termo de Cosentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde

Prezado (a)

Eu, Marcos Aguiar Ribeiro, mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE” convido os senhores (as) para participarem deste estudo.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde de Família do município de Sobral - CE. Para sua realização será realizada a aplicação de um questionário com os profissionais da atenção básica da sede do referido município que estiverem participando do momento da roda no momento da coleta de dados.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, todavia, comprometo-me em minimizar os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar a o sigilo e a confidencialidade das mesmas; bem como o esclarecimento que os participantes poderão se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento e abordagem cuidadosa para aplicação do questionário.

A pesquisa apresenta ainda benefícios indiretos, no que se refere a contribuir para a compreensão da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes no referido município, o que poderá subsidiar a gestão do cuidado e a implementação de um modelo de atenção que atenda de forma integral as necessidades dos usuários com hipertensão e diabetes.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa respondendo a um questionário sobre o tema proposto. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que participarem. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Rua Professor Sabóia, 137, Junco, Sobral - Ceará. Telefone: (88)99659-1323. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Marcos Aguiar Ribeiro

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, ____ de _____ de 2017

Assinatura do participante

APÊNDICE E – Termo de Cosentimento Livre e Esclarecido para usuários

Prezado (a)

Eu, Marcos Aguiar Ribeiro, mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE” convido os senhores(as) para participarem deste estudo.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde de Família do município de Sobral - CE. Para sua realização será realizada a aplicação de um questionário com os usuários com pressão alta (hipertensão) e/ou açúcar no sangue (diabetes), acompanhados pelo posto de saúde.

O(A) senhor(a) poderá ser abordado no posto de saúde ou em sua casa a partir de uma visita domiciliar. Assim, caso aceite participar da pesquisa irá escolher o melhor local para responder ao questionário. Destaco ainda, que caso sinta-se constrangido com alguma pergunta não precisa responder. Além disso, poderá se recusar a participar ou sair da pesquisa em qualquer momento.

Esta pesquisa apresenta ainda benefícios indiretos, pois queremos a partir dela contribuir para a compreensão da atenção às pessoas com pressão alta (hipertensão) e/ou açúcar no sangue (diabetes) de Sobral, o que poderá trazer melhorias para o cuidado.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa respondendo a um questionário sobre o tema proposto. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que o(a) senhor(a). Todas as informações deste estudo serão mantidas em sigilo e o seu nome não será divulgado.

Ressalta-se ainda que o(a) senhor(a) poderá obter todas as informações que desejar sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre sem identificar o(a) senhor(a).

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Rua Professor Sabóia, 137, Junco, Sobral - Ceará. Telefone: (88)99659-1323. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocêlio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.
Atenciosamente,

Marcos Aguiar Ribeiro

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, ____ de _____ de 2017

Assinatura do participante

APÊNDICE F - Termo de compromisso para utilização de dados em documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CINETÍFICA**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM
DOCUMENTOS**

Eu Marcos Aguiar Ribeiro, abaixo assinado, pesquisador envolvidos no projeto de título: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL – CE me comprometo em manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Sistema de Informação da Atenção Básica, e-SUS Atenção Básica, Instrumento da estratificação de risco de Hipertensão e Diabetes e Consolidados da Territorialização em saúde dos CSF, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/2012 do CNS/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito à atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes ocorridos entre as datas de: maio de 2016 a maio de 2017.

Sobral, 25 de fevereiro de 2017.

Marcos Aguiar Ribeiro
RG: 200509701361-9

CPF: 052.169.273-36

ANEXO A - Questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para atenção às condições crônicas - Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)

Este instrumento foi desenhado para o monitoramento da capacidade institucional de uma rede de atenção à saúde ou de algum ponto de atenção, por exemplo, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para desenvolver o Modelo de Atenção a Condições Crônicas. O resultado pode apoiar gestores e equipes de saúde a melhorar a atenção às condições crônicas.

Instruções para o preenchimento

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por um profissional de saúde ou, preferencialmente, em conjunto por uma equipe de saúde.

1. Responda cada questão na perspectiva de um local (ex. UBS, hospital, clínica especializada) que atua na atenção às condições crônicas.
2. Indique o nome e tipo de local em análise: _____
3. Responda cada questão explicitando como sua organização está atuando frente a uma doença ou condição.

Especifique a doença ou condição _____

4. Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores e os mais altos capacidades institucionais maiores de

atenção às condições crônicas. Para cada linha, identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.

5. Some o total dos valores de cada seção e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha, preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

Avaliação da Atenção a Condições Crônicas

Parte 1: Organização da Atenção à Saúde: O manejo de políticas/ programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas...	...não existe ou há pouco interesse.	...está refletido na visão, na missão e no plano estratégico, mas não há recursos comprometidos para a execução do trabalho.	...está incorporado na organização e na sua liderança superior, com recursos específicos comprometidos (financeiros e humanos).	...é parte de planos estratégicos de longo prazo, e há recursos humanos e financeiros comprometidos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...	...não existem ou se limitam a uma condição crônica.	...existem, mas não são revistas regularmente.	...são monitoradas e revistas.	...são monitoradas e revistas periodicamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...	...não são organizadas ou apoiadas de forma consistente	...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.	...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.	...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente na definição dos objetivos organizacionais.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	...não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.	...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.	...são usados para apoiar as metas terapêuticas de atenção às pessoas usuárias.	...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança superior da organização...	...desencorajam o cadastramento dos portadores de condições crônicas.	...não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	...participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.	...encorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) _____

Parte 2: Articulação com a comunidade: Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de condições crônicas.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários...	...não é feita sistematicamente.			...é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.			... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que as pessoas usuárias e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.			...é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Parcerias com organizações comunitárias...	...não existem.			...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.			...estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.			...são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Conselho Local de Saúde...	...não existe.			...existe, mas tem uma função cartorial.			...existe e acompanha a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.			...existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Agente comunitário de saúde...	...não está incorporado à atenção às condições crônicas.			...está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade			...está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.			...está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos da organização de saúde e os recursos comunitários.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade / 4) _____

Suporte à decisão. Muitos componentes da atenção às condições crônicas que acontecem no nível das Unidades/ Serviços de Saúde têm demonstrado potencial para melhorar a qualidade da atenção prestada. Esses componentes englobam áreas como o apoio para o autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte a decisão e os sistemas de informação clínica.

Parte 3: Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...	...não são realizadas.	...espera-se que sejam realizadas.	...são realizadas de maneira padronizada.	...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suporte para o autocuidado apoiado...	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.	...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe multiprofissional de saúde, mas envolve apenas os portadores de condições crônicas referidos.	...é oferecido por educadores em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria dos portadores de condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	...não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.	... é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.	...é parte integrante da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	...não estão disponíveis.	...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.	...estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade / 4) _____

Parte 4: Suporte à Decisão. O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Diretrizes clínicas baseadas em evidência...	...não estão disponíveis.			...estão disponíveis, mas não são integradas à atenção às condições crônicas.			... estão disponíveis e integradas às atividades de educação permanente dos profissionais de saúde.			...estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às condições crônicas por meio de alertas, feedback e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...	...é feito por meio de referenciamento tradicional.			...é alcançado por meio da participação de especialistas, para aumentar a capacidade do sistema de atenção à saúde, implementando rotineiramente as diretrizes clínicas.			...inclui a participação de especialistas no processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde.			...inclui a participação de especialistas que participam do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, de sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas...	...é feita esporadicamente.			...é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.			...é feita sistematicamente utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.			...é feita sistematicamente e inclui toda a equipe envolvida na atenção às condições crônicas, utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos, com base nas diretrizes clínicas, e envolve métodos como gestão de base populacional e apoio ao autocuidado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	...não é realizada.			...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.			...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.			...é realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados de educação em saúde, específicos para cada diretriz clínica e inclui a descrição do papel da pessoa usuária para obter sua adesão à diretriz clínica.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade / 4) _____

Parte 5: Desenho do sistema de prestação de serviços. A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Trabalho em equipe...	...não existe.	...é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção às condições crônicas.	...é assegurado por meio de reuniões regulares das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às condições crônicas.	...é assegurada por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e recursos de coordenação da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança das Equipes de Saúde...	...não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.	...é assumida pela instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.	...é assumida pela instituição de saúde por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	...está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de agendamento...	... não está organizado.	...está organizado só para o atendimento de urgência e algumas situações individuais programadas.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento da condição crônica...	...não está organizado.	...é ofertado quando a pessoa usuária solicita	...é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.	...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Atenção programada para as condições crônicas...	... não é utilizada.	...é utilizada ocasionalmente para pessoas usuárias com complicações.	...é uma opção para pessoas usuárias que se interessam por esse tipo de atenção.	...é utilizada regularmente para a maioria das pessoas usuárias, incluindo monitoramento regular, intervenções preventivas e a atenção ao autocuidado apoiado por meio de consulta individual ou atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Continuidade do cuidado...	... não é uma prioridade.	...depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas ou gestores do caso.	...a comunicação entre os profissionais da atenção primária e especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	...é uma alta prioridade e as intervenções em condições crônicas incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) _____

Parte 6: Sistema de Informação Clínica. Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Prontuário clínico eletrônico...	...não está disponível.			...está disponível, mas é construído individualmente.			...está disponível e é construído com base familiar.			...está disponível, é construído com base familiar e coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de atenção às condições crônicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)...	...não está disponível.			...está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato.			...está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas.			... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco segundo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes para as pessoas usuárias.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Alertas para os profissionais...	...não estão disponíveis.			...estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.			...estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e definem intervenções necessárias no momento do atendimento.			... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e dão informações específicas para as equipes sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Feedbacks para a equipe de saúde...	...não estão disponíveis.			...são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.			...ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.			...são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	...não está disponível.			...está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.			...está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.			...está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	...não é elaborado.			...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.			...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.			...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) _____

Parte 7: Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas...	...não é realizada.	...acontece quando solicitada ou por meio de publicações.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de informação/registo clínico...	...não inclui metas de autocuidado apoiado	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, metas de autocuidado apoiado, alertas aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Programas comunitários...	... não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	...fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na internet.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Programação local das condições crônicas...	... não utiliza uma programação local.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas.	...usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar pró-ativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base

										em desempenho.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Monitoramento das metas dos planos de cuidado...	...não é realizado.			...realizado esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.			...é realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.			... é realizado por meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	...não são compartilhadas com as pessoas usuárias.			...são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.			... são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajuda-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que elas identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.			...são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) _____

RESUMO DA PONTUAÇÃO
(TRAZER AS PONTUAÇÕES DO FINAL DE CADA SEÇÃO PARA ESSA PÁGINA)

1. Pontuação média para Organização da Atenção à Saúde _____
2. Pontuação média para Articulação com a Comunidade _____
3. Pontuação média para Autocuidado Apoiado _____
4. Pontuação média para Suporte à Decisão _____
5. Pontuação média para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços _____
6. Pontuação média para Sistema de Informação Clínica _____
7. Pontuação média para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

8. Pontuação total (1+2+3+4+5+6+7) _____
9. Pontuação de capacidade institucional (1+2+3+4+5+6+7/7) _____

O que isto significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. A interpretação dos resultados é a seguinte:

Entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;

Entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção às condições crônicas;

Entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;

Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

É comum que algumas equipes iniciem um processo de mudança com média abaixo de “5” em algumas (ou todas) as áreas do ACIC. Afinal, se todos ofertassem uma atenção excelente às condições crônicas, não seria necessário esse processo ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes acreditem prover uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação.

**ANEXO B- Questionário de Avaliação do usuário sobre o cuidado à atenção crônica -
Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC)**

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1.	Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde. (diabete, hipertensão ou depressão)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2.	Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre elas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.	Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4.	Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5.	Fiquei satisfeito com a organização de meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6.	Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7.	Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar de meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8.	Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9.	Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde (diabete, hipertensão, depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.	Incentivaram a participar de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, caminhada, reeducação alimentar) que pudessem me ajudar a enfrentar meu problema de saúde (diabete, hipertensão, depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.	Perguntaram sobre meus hábitos de saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12.	A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13.	Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir no meu dia a dia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14.	Ajudaram a planejar como cuidar de minha saúde nos momentos mais difíceis da vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15.	Perguntaram como meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão) afeta minha vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16.	A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

17.	Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18.	Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com minha saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19.	Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20.	Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ANEXO C – Parecer da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0018/2017

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, em associação parcial com a Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia-EFSFVS, intitulado – “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE”, desenvolvido por Marcos Aguiar Ribeiro sob orientação dos professores: Dra. Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque e Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga, orientadora e co-orientador, respectivamente.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado, autorizamos a realização da coleta de dados do estudo nos Centros de Saúde da Família (CSF) da sede de Sobral (21), cujos participantes serão pessoas com Hipertensão e Diabetes vinculadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (amostra de 1200 e 550, respectivamente); e profissionais da Estratégia Saúde da Família (Enfermeiros, Médicos, Dentistas, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal, Atendentes de Farmácia, Agentes Comunitários de Saúde, Profissionais do NASF) e gestores da saúde (Coordenadora da Atenção Básica, Gerentes dos CSF e Tutores), cujo principal critério de inclusão será estar presente no momento da coleta dos dados, ou seja, na reunião da roda no CSF. Esta autorização inclui ainda o acesso ao Sistema de Informação da Atenção Básica, e-SUS Atenção Básica, Instrumento da estratificação de risco de Hipertensão e Diabetes e Consolidados da Territorialização em saúde dos CSF.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência a cada um dos participantes do estudo. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução

Código de Validação: PP22491492871202F

Emitido em: Sobral, 22 de Abril de 2017, às 11:26, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvavet.br/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

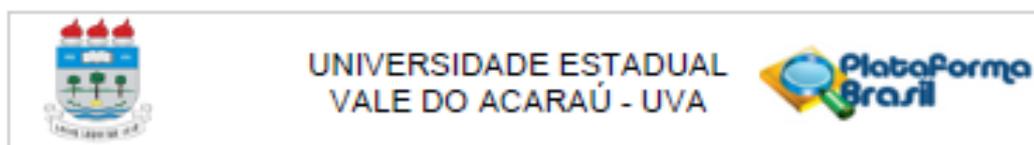
Destacamos por fim que como compromisso, o pesquisador deve devolver os achados da pesquisa à esta Comissão Científica, enviando cópia da pesquisa através deste sistema ou por e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com, até 30 dias após sua conclusão.

Estamos à disposição para esclarecimentos através do telefone: 3611-5861

Sobral, 22 de Abril de 2017

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS HIPERTENSÃO E DIABETES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL - CE

Pesquisador: Marcos Agular Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67695417.1.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.054.329

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como requisito para disciplina: Qualificação da Pesquisa, sob orientação da pesquisadora Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque e coorientação do pesquisador Fernando Daniel de Oliveira Mayorga.

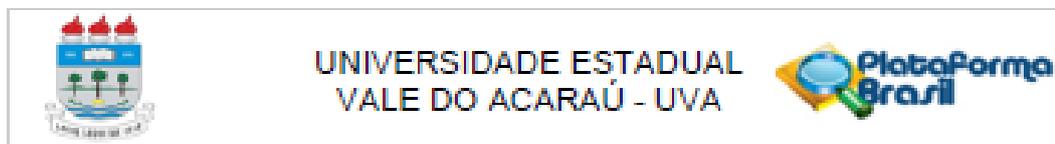
Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal do estudo é avaliar a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde de Família do município de Sobral – CE. E seus objetivos específicos são: - Descrever o contexto da atenção às condições crônicas a partir das estratégias implementadas e análise do perfil e distribuição espacial da hipertensão e diabetes; - Verificar a estrutura disponível para a atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes; - Identificar a partir do processo de trabalho os fatores facilitadores e restritivos para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes; e Analisar os resultados da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Envolve riscos mínimos, pertinentes ao manejo de dados a partir da aplicação de questionário e realização de entrevistas. No entanto, o pesquisador garante que envidará esforços para que todos

Endereço: Av Comandante Meurocêlo Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 82.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.054.329

os riscos sejam minimizados. O estudo trará benefícios para os participantes do estudo, ao possibilitar uma avaliação da atenção às condições crônicas na Estratégia à Saúde da Família, o que poderá conceder subsídios para identificação de suas potencialidades e fragilidades e melhorar a atenção prestada aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo avaliativo sob abordagem quantitativa e qualitativa. Será utilizada a adaptação de uma matriz de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas não Transmissíveis empregado na América Latina e proposta por De Salazar, onde serão investigadas as seguintes dimensões: Sistematização da Experiência de atenção às condições crônicas, Análise de Contexto, Análise de Estrutura, Análise de Processo e Análise de Resultados. O campo de investigação será o município de Sobral cujo locus para o desenvolvimento será representado pelos territórios da sede do município. Os participantes do estudo serão as pessoas com Hipertensão e Diabetes assistidas pela Estratégia Saúde da Família, profissionais da saúde e gestores da saúde. Para o desenvolvimento desta pesquisa será utilizada a triangulação de diferentes fontes de informação e de métodos de coleta e análise de dados. Dessa forma, para coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, aplicados questionários validados com profissionais da saúde e usuários com hipertensão e diabetes e realizado consultas a fontes documentais. Para análise dos dados qualitativos será realizada análise temática proposta por Minayo e para análise dos dados quantitativos serão utilizadas técnicas estatísticas descritivas, mapeamento e análise espacial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios encontram-se adequados: Carta de Anuência, Instrumento de Coleta de Dados, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de compromisso para utilização de dados em documentos.

Recomendações:

Recomenda-se a devolutiva dos resultados da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UVA) por meio do envio do Relatório Final de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atentar para as recomendações e considerações registradas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150			
Bairro: Derby		CEP: 62.041-040	
UF: CE	Município: SOBRAL		
Telefone: (88)3677-4255	Fax: (88)3677-4242	E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com	



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 2.054.329

para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_910866.pdf	27/04/2017 20:00:53		Aceito
TICLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ticle.docx	27/04/2017 19:56:05	Marcos Agular Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	27/04/2017 19:54:08	Marcos Agular Ribeiro	Aceito
Outros	Parecer.pdf	27/04/2017 19:52:45	Marcos Agular Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/04/2017 19:50:50	Marcos Agular Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com