

Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família*

Prácticas de cuidado para enfermedades no transmisibles en la Estrategia Salud de la Familia

Care practices for non-communicable diseases in the Family Health Strategy

* Este artigo é derivado da dissertação de mestrado "Práticas de cuidado na Estratégia de Saúde da Família: análise dos avanços, desafios e perspectivas frente a indivíduos com hipertensão e diabetes".

Como citar: Oliveira CN; Soares DA; Amorim WWCC; Louzado JA; CortesML; Mistro S; Oliveira MGGO. Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. *Av Enferm.* 2021;39(2):255-263. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.85762>

1 Carolinny Nunes Oliveira

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2338-1734>
Correio eletrônico: carolinnynunesoliveira@gmail.com
Contribuição: planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, redação e revisão final do artigo.

2 Daniela Arruda Soares

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4801-1011>
Correio eletrônico: dandani23@yahoo.com.br
Contribuição: planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, redação e revisão final do artigo.

3 Welma Wides Cunha Coelho Amorim

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6964-892X>
Correio eletrônico: welmawildes@hotmail.com
Contribuição: redação e revisão final do artigo.

4 José Andrade Louzado

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4446-7051>
Correio eletrônico: louzado1@hotmail.com
Contribuição: redação e revisão final do artigo.

5 Matheus Lopes Cortes

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7804-7787>
Correio eletrônico: matheuscortes@hotmail.com
Contribuição: redação e revisão final do artigo.

6 Sostenes Mistro

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5840-820X>
Correio eletrônico: smistro@gmail.com
Contribuição: redação e revisão final do artigo.

7 Márcio Galvão Guimarães de Oliveira

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5281-7889>
Correio eletrônico: mgalvaoliveira@gmail.com
Contribuição: redação e revisão final do artigo.

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.85762>

Recibido: 18/03/2020 Aceptado: 01/03/2021

ISSN (impreso): 0121-4500
ISSN (en línea): 2346-0261



Resumo

Objetivo: realizar uma reflexão crítica e analítica acerca das práticas de cuidado em saúde no Brasil voltadas para as doenças não transmissíveis no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Síntese do conteúdo: as reflexões sobre as práticas de cuidado revelaram importantes avanços materializados pela instituição de referências legais no âmbito político-normativo e assistencial, refletindo em melhor controle das doenças crônicas por longo período. Contudo, o cenário de crise global impôs sérias restrições orçamentárias com implicações político-econômicas e técnico-assistenciais, constituindo, portanto, uma ameaça ao controle das doenças crônicas e um prejuízo para a qualidade de vida da população brasileira.

Conclusões: maior sinergia de esforços entre distintos atores sociais será necessária para garantir a defesa da universalidade, a resolutividade, a equidade e a gratuidade das práticas de cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família com foco nas doenças crônicas.

Descritores: Doenças não Transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde Pública (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: realizar una reflexión crítica y analítica sobre las prácticas de atención en salud dirigidas a las enfermedades no transmisibles a partir del contexto de la Estrategia Salud de la Familia en Brasil.

Síntesis de contenido: las reflexiones sobre las prácticas de cuidado revelaron importantes avances materializados por la institución de referencias legales en el ámbito político-normativo y asistencial, los cuales dan cuenta de un mejor control de las enfermedades crónicas durante un mayor período. No obstante, el escenario de crisis global impuso graves restricciones presupuestarias con implicaciones político-económicas y de asistencia técnica, constituyendo una amenaza para el control de las enfermedades crónicas y un perjuicio para la calidad de vida de la población brasileña.

Conclusiones: una mayor sinergia entre los diferentes actores sociales será necesaria para garantizar la defensa de la universalidad, resolutión, equidad y las prácticas gratuitas de atención en salud promovidas por la Estrategia Salud de la Familia con enfoque en las enfermedades crónicas.

Descriptores: Enfermedades no Transmisibles; Atención Primaria de Salud; Estrategia Salud Familiar; Salud Pública (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To provide a critical and analytical reflection on health care practices in Brazil aimed at non-communicable diseases in the context of the Family Health Strategy.

Content synthesis: the reflections on the care practices revealed important advances materialized by the institution of legal references in the political-normative and assistance scope, reflecting in a better control of chronic diseases for a long period. However, the global crisis scenario imposed serious budgetary restrictions with political-economic and technical-assistance implications, thus constituting a threat to the control of chronic diseases and a detriment to the quality of life of the Brazilian population.

Conclusions: Greater synergy between different social actors and their efforts will be necessary to guarantee the defense of universality, resolution, equity, and free health care practices in the Family Health Strategy with a focus on chronic diseases.

Descriptors: Noncommunicable Diseases; Primary Health Care; Family Health Strategy; Public Health (source: DeCS, BIREME).

Introdução

As práticas de cuidado em saúde podem ser entendidas como práticas sociais que envolvem saberes e ações aplicadas em uma gama de contextos. Essas práticas transcorrem em múltiplas dimensões como a relacional, a organizacional, a política e a técnica, e sua mutabilidade ao longo do tempo reflete a potência instituinte da ação humana no contexto do desenvolvimento societal (1).

O estudo das práticas de cuidado em saúde no contexto brasileiro merece destaque, notadamente aquelas que são desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), pois, além de esta constituir um dos maiores modelos de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde do mundo (2), tem possibilitado a ampliação do uso de seus serviços e o acesso a eles, bem como melhores resultados em saúde e equidade (3, 4). Para o fortalecimento das práticas de cuidado na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) figura como a principal tática e política de saúde com ênfase nos cuidados de primeiro nível, pautada em elementos estruturantes como equipe multiprofissional, porta de entrada, vínculo e responsabilização, centralidade na família/comunidade, adscrição da clientela, longitudinalidade e coordenação do cuidado (5, 6).

Em razão disso, tais práticas carecem ser compreendidas a partir da conjuntura histórica e social, a fim de contextualizar avanços e desafios, e possíveis conexões com elementos políticos, econômicos, demográficos e epidemiológicos em face das peculiaridades do momento atual. A contradição da prerrogativa legal que prevê a saúde como direito constitucional e a deslegitimação dela em razão da precarização do orçamento para as políticas públicas de saúde delineiam o fio condutor que leva à compreensão dos efeitos nocivos no controle das doenças crônicas no Brasil.

Na perspectiva político-econômica, destaca-se que o movimento corrente de apoio às medidas de austeridade fiscal traz graves repercussões para as práticas de saúde e para a população brasileira, porque limita o investimento em políticas sociais (7). Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, a realidade guarda nuances análogas ao cenário internacional, tornando alarmante a emergência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (8-10) e desafiando os serviços na oferta de cuidados contínuos e resolutivos.

A conjuntura histórico-social aponta a necessidade de uma sinergia de esforços, a fim de garantir o enfrentamento das DCNT, a partir de uma APS robusta. Entretanto, a realidade desvela uma agenda ainda incompleta para a efetivação desse enfrentamento, visto serem as práticas de saúde ainda fortalecedoras de um modelo biomédico, individualista, tecnicista, com subfinanciamento e frágil articulação entre distintos níveis de atenção à saúde (11, 12).

Desse modo, estudos recentes desenvolvidos no Brasil e no mundo apontam que as práticas de cuidado na APS estão longe de serem adequadas, com ampla variação entre países, regiões e municípios de um mesmo país, em razão dos modelos de proteção social e de APS adotados, e do contexto de crises e reformas (13-15). Como resultado, "a carga crescente de doenças não transmissíveis (DNTs) apresenta um novo desafio" (10, p. 760), o que exigirá esforços direcionados dos formuladores de políticas, dos profissionais de saúde e de toda a população para o seu enfrentamento.

Ante o exposto, o objetivo deste estudo é realizar uma reflexão crítica e analítica sobre as práticas de cuidado em saúde no Brasil voltadas para as DCNT no contexto da ESF.

Apontamentos acerca dos avanços das práticas de cuidado ante as DCNT na ESF

Importantes referências legais no âmbito político-normativo e assistencial foram edificadas em prol das práticas de cuidado em saúde ante as DCNT após o longo período de ditadura no país, como a instauração do Sistema Único de Saúde na década de 1980, fundamentando-se na concepção ampliada de saúde, e esta, como direito de cidadania. Como desdobramentos, os cuidados primários ganharam centralidade e a responsabilidade de reorientar modelos assistenciais restritivos (14). Merece destaque a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da ESF na década de 1990.

Tais marcos surgiram em um contexto de crescimento econômico e urbano, de aumento da expectativa de vida e da população idosa, e de redução das taxas de fecundidade e mortalidade. Essas mudanças implicaram novas formas de organização da sociedade, dos padrões de adoecimento e, por conseguinte, das práticas de cuidado em saúde (10).

Desse modo, o governo brasileiro precisou lançar mão de medidas para conter o quadro epidêmico das DCNTs em franca expansão no Brasil e para o fortalecimento da APS, a partir da ESF. Pactos entre entidades governamentais, como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização das Nações Unidas, também foram estabelecidos com o intuito de fomentar metas importantes no combate às DCNT, como reduzir a mortalidade prematura em um terço até 2030, em consonância com o terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS) (9).

No contexto nacional, o Ministério da Saúde por meio de diversas iniciativas demarcou o direcionamento das práticas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas, como o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, o Programa Farmácia Popular do Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Manual de Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral das DCNT e os protocolos assistenciais contidos nos *Cadernos de Atenção Básica* (9).

Com relação ao Plano de Ações Estratégicas, destaca-se que o compromisso do país com ações e investimentos em quatro doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes, câncer) e seus fatores de risco, a partir de três eixos estratégicos — I. vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II. promoção da saúde; III. cuidado integral —, conseguiram reduzir as taxas de mortalidade prematura padronizada até o ano de 2016 (9).

No que diz respeito ao eixo I, importantes inquéritos foram realizados de forma sistemática no país, a exemplo da Pesquisa Nacional de Saúde e da Pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, permitindo a mensuração da magnitude e distribuição das DCNT e fatores de risco correlatos, assim como orientando a implementação das políticas públicas em todo o país relacionado às DCNT.

Em alusão aos últimos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde referentes ao controle de doenças crônicas mais comuns (hipertensão e diabetes), destaca-se que as prevalências de assistência médica nos últimos 12 meses foram altas. O percentual de atendimento nas unidades de saúde foi superior a 45 % (16), o que demonstra a atuação da APS no manejo de condições sensíveis a ela.

Relativo ao cuidado integral, um dos elementos que se sobressaíram foi a constituição da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com DCNT, ao dispor de ações

e serviços que consideram os arranjos territoriais e regionais (17), para garantir equidade no acesso e integralidade do cuidado às pessoas com DCNT (9). Uma importante estratégia na estruturação dessa rede temática é a definição de linhas de cuidado direcionadas às doenças crônicas, facultando ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, a partir de necessidades de saúde individuais ou coletivas e das condições de vida (18).

Vale ressaltar que indivíduos com DCNT transitam com frequência por distintos níveis de atenção que compõem uma rede (17, 19, 20), seja porque carecem de avaliações periódicas das condições de saúde, seja porque podem apresentar complicações agudas e crônicas e lesões em órgãos-alvo, requerendo acompanhamento sistemático. Outro aspecto que merece destaque se refere ao acesso gratuito a medicamentos. Silva, Barreto, Arruda e Marcon (21) apontam que um dos motivos para que os indivíduos com DCNT procurem a rede de serviços de saúde é justamente a aquisição de medicamentos de forma gratuita, o que diminui seus custos com o tratamento.

Não obstante, a implantação do Programa Mais Médicos no âmbito da APS, o qual favorece a alocação de médicos em áreas mais vulneráveis e remotas (22), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que visa suprir carências estruturais das unidades de saúde da família, e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual incrementa o acesso e a qualidade da APS mediante parâmetros mínimos para todo o país (13), demonstra uma sinergia de investimentos para favorecer práticas mais integrais e melhorar o nível de saúde da população em geral e daquela que apresenta DCNT em particular. Para além dos avanços nas práticas de cuidado em saúde a partir da análise desses aspectos macroestruturais, quando o foco é na micropolítica (23), a qual representa trabalhadores e usuários, guiados por interesses e autogovernos direcionadores da organização de suas práticas e ações na saúde, elementos como acolhimento, vínculo, interculturalidade e autonomização do usuário podem ser tomados como aspectos a serem considerados.

Estudos apontam resultados positivos quando considerados tais elementos micropolíticos integrantes das práticas de cuidado em saúde (3, 24) e especificamente aquelas voltadas para as DCNT (25, 26). A operacionalização desses elementos pode desencadear efeitos benéficos nas práticas de cuidado, como favorecer a ampliação do acesso e do trabalho multiprofissional e intersetorial, possibilitar maior humanização e respeito das diversidades, além de promover maior

corresponsabilização de usuários com DCNT, com o plano terapêutico e com a autonomia no autocuidado (27-29).

Reconhecimento de fragilidades nas práticas de cuidado ante os indivíduos com DCNT no âmbito da ESF

A despeito dos avanços assinalados, a implementação de práticas abrangentes voltadas aos indivíduos com DCNT na ESF ainda é um desafio, considerando dificuldades como o controle de fatores de risco, a ausência do diagnóstico precoce, a dificuldade de manutenção do tratamento, a insuficiência de ações de promoção da saúde e prevenção das enfermidades, a fragmentação dos cuidados dentro da própria APS e nos demais níveis de atenção à saúde, o subfinanciamento do SUS e a focalização de ações e serviços que restringem a oferta e o acesso (18, 21, 30, 31). Estudos internacionais apontam que essas dificuldades são evidenciadas com maior amplitude em países de média e baixa renda, nos quais as práticas de cuidado tendem a ser voltadas para eventos agudos ou para a agudização das condições crônicas (19, 28, 29, 32).

Em se tratando de fragilidades, ressalta-se que, quanto ao financiamento, o Brasil atravessa uma profunda crise político-econômica, a qual resulta no solapamento das políticas de proteção social. Alguns elementos se encontram materializados, entre outros aspectos na Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, que impôs por 20 anos restrições financeiras à saúde; as terceirizações e as flexibilizações de vínculos trabalhistas; a extinção do Programa Mais Médicos, que provia médicos para municípios vulneráveis e em áreas de difícil acesso; a institucionalização dos Planos Populares em Saúde sem regulamentação clara de cobertura; a reedição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que impacta a prioridade do modelo assistencial da ESF na reorientação da atenção saúde (7, 9, 21).

Em consonância com o contexto supracitado, encontra-se em voga o Programa Previne Brasil, promulgado pela portaria 2.979 de 12 novembro de 2019, o qual estabelece um “novo” modelo de financiamento para a atenção básica, cujo investimento previsto se assenta no cadastro individual, sobretudo dos mais pobres e vulneráveis, e no pagamento por desempenho, diferentemente do que se propunha antes com o PMAQ. A efetivação desse programa resulta em uma

focalização da assistência, em razão do seu propalado discurso de eficiência, o qual visa ao controle do trabalhador pela lógica de mercado (33).

Considerando os impactos da crise no desempenho do setor saúde e nas condições de vida da população, estudo aponta a tendência à estabilização na mortalidade por DCNT e o aumento nos fatores de risco modificáveis (9). Quando se analisa a diabetes, por exemplo, a sua crescente prevalência nos últimos tempos pode ser justificada pelas desigualdades no acesso aos serviços de saúde no que concerne às práticas preventivas, promocionais e assistenciais, associadas ao aumento da pobreza decorrente da crise econômica (34). Quanto às doenças cardiovasculares (DCV), ao analisar a mortalidade precoce por essa causa simulando cenários hipotéticos, inclusive de cortes de fundos federais, Castro *et al.* identificaram probabilidades de impacto negativo no controle da mortalidade por DCV (11) e de ameaças ao cumprimento dos ODS para a saúde até o ano de 2030 (2).

Alinhadas ao projeto de desoneração estatal no provimento das políticas públicas, as propostas da cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage*) e da carteira de serviços para a APS ganham fôlego, e resvalam em consequências nefastas para as práticas de cuidado voltadas para os indivíduos com DCNT, sobretudo em relação ao acesso e ao tipo de serviço oferecido pela APS. Enquanto a cobertura universal se opõe ao direito à saúde e à justiça social, por favorecer a cobertura financeira por seguro, sem que isso represente “garantia de acesso e uso quando necessário” (35, p. 1.765), a carteira de serviços de atenção básica, aludindo aos padrões mínimos de assistência exarados na PNAB de 2017, representa a focalização e a seletividade, ressuscitadas por pacotes restritivos, cujo mote é a atenção procedimental e individual (14).

No âmbito micropolítico, a assistência às doenças crônicas na APS se retroalimenta com as fragilidades acima citadas e esbarram em outros entraves. Entre eles, pode-se citar a assistência centrada no médico com dificuldades para o desenvolvimento do trabalho colaborativo, a baixa utilização de diretrizes norteadoras do cuidado, as falhas na execução do cuidado coordenado, longitudinal e intercultural, a pouca flexibilidade das ações programáticas para necessidades que transcendam os atendimentos protocolares, a priorização de ações técnicas favorecedoras de um papel mais instrumental para se atingir metas de cobertura e exíguo planejamento das ações, considerando indicadores e sistemas de informação (19, 24, 31, 36).

Merece mais discussão o aspecto programático das ações de saúde. Quando as Equipes de Saúde da Família focam suas ações estritamente em uma ou duas DCNT, como extensão a todas as demais, tendem a desconsiderar o indivíduo e o caráter de multimorbidades subjacentes, seja porque complicações podem advir gerando novas doenças, seja porque compartilham características semelhantes na determinação social do processo-saúde-doença com outras doenças crônicas, seja porque esse quadro é bem comum na senilidade. Notadamente para o grupo de idosos, essa restrição tende a ser pouco custo-efetiva, ou seja, não produz benefício clínico justificável para seu custo, pois, além das demais doenças serem mantidas, os recursos tendem a ser utilizados inadequadamente (37).

Considerando o exposto, vê-se que os processos de trabalho tendem a se reorganizar a partir de uma reestruturação produtiva que muda a forma de realizar as práticas de saúde, remetendo a ideia da atenção gerenciada (managed care), caracterizada pelo controle decisório dos trabalhadores por meio de mecanismos gerenciais e que foi difundida nos Estados Unidos para conter os custos crescentes com assistência à saúde (1). Também ratifica a produção em série de práticas de cuidado atinentes ao aumento da produtividade e aos interesses do capital, além de concorrer para subsumir o saber leigo fundamentado em seu universo sociocultural, em razão do exercício colonizador do biopoder.

Propostas para as práticas de cuidado em saúde e o enfrentamento das DCNT

Por várias décadas, as DCNTs são fortemente responsáveis pelas maiores cargas de doenças no Brasil (38). Desse modo, qualquer medida que vise impactá-las precisa estar comprometida com a saúde enquanto direito, com a geração de melhores condições de vida para a população e com a redução das desigualdades sociais (9). Por isso mesmo, propõem-se apontamentos que possam concorrer para a qualidade e a resoluibilidade dessas práticas. No tocante ao SUS, a defesa de seus princípios e diretrizes e a garantia de um financiamento adequado e sistemático carecerão ser forçados, a fim de garantir a sustentabilidade e a universalidade das práticas de cuidado a todos os cidadãos brasileiros (11), e equitativamente aqueles que mais necessitam de atenção à saúde, como é o caso das pessoas com DCNT.

O percurso do indivíduo com doenças crônicas precisa estar bem estabelecido não só no âmbito da APS, mas também no interior de uma rede integrada e fortalecida, com recursos humanos bem-preparados e valorizados, e oferecendo um escopo ampliado de práticas de cuidado (11, 17). Dentro desse escopo de práticas, têm proeminência as de promoção da saúde, aliadas à garantia de assistência aos previamente doentes. Isso porque, considerando que a utilização de serviços de saúde é maior entre os indivíduos com DCNT (39), reflexo de piores condições de vida e da baixa resolutividade dos serviços de saúde no controle dos fatores de risco e tratamento das doenças (38), bem como do envelhecimento populacional, os sistemas de saúde não lograrão êxito e não terão sustentabilidade se essas práticas não forem implementadas.

Os mecanismos de controle social também representam um caminho que possibilite aos cidadãos a expressão e a defesa de suas necessidades de saúde, e a participação nas decisões que interferem no cotidiano, no sentido de melhorar a aplicação das políticas públicas direcionadas a indivíduos/famílias/coletividades com doenças crônicas (40). Somado a isso, vislumbra-se o fortalecimento de ações intersectoriais, incluindo mecanismos de articulação com parceiros governamentais e não governamentais (41), com vistas a potencializar ações mais integrais e resolutivas no enfrentamento das DCNT, considerando sua complexa determinação social.

Também se destaca a relevância do trabalho colaborativo a partir da interação e da pactuação de atribuições das equipes para a potencialização de ações, a fim de estimular a autonomia dos sujeitos e possibilitar melhor utilização dos serviços (41). Merece ressaltar o protagonismo nacional e internacional de enfermeiros, os quais têm se constituído referências no manejo das doenças crônicas na APS (42-47).

Salienta-se ainda o fortalecimento de espaços coletivos de atuação profissional e de cogestão na execução de ações de planejamento, acompanhamento e avaliação. Acrescenta-se também o maior uso de tecnologias de comunicação digitais para favorecer a informatização, a interação das equipes e dos demais níveis assistenciais, com vistas ao aumento da acessibilidade às informações terapêutico-assistenciais, da superação da baixa continuidade informacional e do manejo eficaz das DCNT (47).

Por fim, recomendam-se a valorização e a incorporação de tecnologias relacionais expressas por meio do acolhimento, do vínculo, da escuta qualificada,

também da competência cultural e dos cuidados centrados no usuário e no território. A ampliação do uso dessas tecnologias relacionais concorre para o empoderamento dos indivíduos com DCNT para lidarem com as mudanças comportamentais necessárias à aquisição de hábitos mais saudáveis (23).

Conclusões

As reflexões sobre as práticas de cuidado em saúde para DNT na APS revelaram importantes avanços materializados pela instituição de referências no âmbito político-normativo e assistencial, refletindo em melhor controle das DCNT por longo período. Contudo, o cenário de crise global impôs ao SUS e à ESF sérias restrições orçamentárias, estimulando a lógica da mercantilização da saúde, a precarização dos serviços, o agravamento e a emergência de diversos problemas de saúde, constituindo, portanto, uma ameaça ao controle das DCNTs e um prejuízo para a qualidade de vida da população brasileira.

Assim, é inegável que as práticas de cuidado aos indivíduos com DCNT na APS tencionam a necessidade de mudanças: de profissionais e gestores preparados para atuarem no cuidado às doenças crônicas e abertos a romperem com modelos tradicionais de cuidado; de políticas públicas que deem sustentação para a operacionalização desse modelo em todos os âmbitos, de usuários dos serviços de saúde empoderados e corresponsáveis. Para além disso, é crucial a defesa da universalidade, da resolutividade, da equidade e da gratuidade das práticas de cuidado em saúde.

Referências

- (1) Melo E; Matos R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? Em: Mendonça HM; Matta GC; Gondim R; Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. pp. 95-116.
- (2) Rasella D; Hone T; Souza LE; Tasca R; Basu S; Millett C. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: A nation wide microsimulation modelling study in Brazil. *BMC Medicine*. 2019;17:82. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1316-7>
- (3) Tasca R; Massuda A; Carvalho WM; Buchweitz C; Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>
- (4) Andrade MV; Coelho AQ; Neto MX; Carvalho LR; Atun R; Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: Factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). *Health Policy Plan*. 2018;33(3):368-380. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx189>
- (5) Silva LA; Casotti CA; Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(1):221-232. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
- (6) Santos DS; Mishima SM; Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(3):861-870. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
- (7) Santos IS; Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. saúde colet*. 2018; 23(7):2303-2314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>
- (8) Mohan P; Mohan SB; Dutta M. Communicable or noncommunicable diseases? Building strong primary health care systems to address double burden of disease in India. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(2):326-329. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_67_19
- (9) Malta DC; Duncan BB; Barros MBA; Katikireddi SV; Souza FM; Silva AG. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 2018;23(10):3115-3122. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
- (10) GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: A systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10149):760-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2)
- (11) Castro MC; Massuda A; Almeida G; Menezes-Filho NA; Andrade MV; Noronha KVMS *et al.* Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- (12) Menéndez EL. Modelo médico hegemônico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect*. 2020;16:e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- (13) Fachini LA; Tomasi E; Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*. 2018;42(spe 1):208-223. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

- (14) Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00029818. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
- (15) Krztoń-Królewiecka A; Oleszczyk M; Schäfer WLA; Boerma WGW; Windak A. Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. *BMC Fam Pract*. 2016;17:151. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0550-8>
- (16) Malta DC; Oliveira TP; Santos MAS; Andrade SSCA; Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016;25(2):373-390. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>
- (17) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- (18) Almeida PF; Medina MG; Fausto MCR; Giovanella L; Bousquat A; Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(spe 1):244-260. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>
- (19) Venâncio SI; Rosa TEC; Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2016;26(1):113-135. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>
- (20) Agudelo EL. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43(1):68-74. <https://bit.ly/3n63gu4>
- (21) Silva RLDT; Barreto MS; Arruda GO; Marcon SS. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):71-78. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690111>
- (22) Moura Netto JJ; Rodrigues ARM; Aragão OC; Goyanna NF; Cavalcante AES; Vasconcelos MAS; Mendes JAR; Mourão AEB. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>
- (23) Merhy EE; Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de financeirização do mercado na saúde. Em: Franco TB; Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. pp. 151-170.
- (24) Langdon EJ; Garnelo L. Articulación entre servicios de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud Colect*. 2017;13(3):457-470. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>
- (25) Rego AS; Radovanovic CAT. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. 2018;71(3):1030-1037. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>
- (26) Paes NA; Silva CS; Figueiredo TMRM; Cardoso MAA; Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(2):87-93. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v36n2/87-93/>
- (27) Garuzi M; Achitti MCO; Sato CA; Rocha SA; Spagnoulo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):144-149. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>
- (28) Campbell DJT; Sargious P; Lewanczuk R; McBrien K; Tonelli M; Hemmelgarn B; Manns B. Use of chronic disease management programs for diabetes. *Can Fam Physician*. 2013;59(2):e86-e92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576962/>
- (29) Rijken M; Bekkema N; Boeckxstaens P; Schellevis FG; De Maeseneer JM; Groenewegen PP. Chronic Disease Management Programmes: An adequate response to patients needs? *Health Expect*. 2014;17(5):608-621. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x>
- (30) Santos CM; Barbieri AR; Gonçalves CCM; Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(5):e00052816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00052816>
- (31) Salci MA; Meirelles BHS; Silva DMGV. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2882. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
- (32) Ku GMV; Kegels G. Adapting chronic care models for diabetes care delivery in low-and-middle-income countries: A review. *World J Diabetes*. 2015;6(4):566-575. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i4.566>
- (33) Mendes A; Carnut L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? *Abrasco* 2019. <https://bit.ly/3xb7i8Z>

- (34) Rasella D; Basu S; Hone T; Paes-Sousa R; Ocké-Reis CO; Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med.* 2018;15(5):e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
- (35) Giovanella L; Mendoza-Ruiz A; Pilar ACA; Rosa MC; Martins GB; Santos IS *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018;23(6):1763-1776. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
- (36) Valaitis RK; O'Mara L; Wong ST; MacDonald M; Murray N; Martin-Misener R; Meagher-Stewart D. Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration: The influence of intrapersonal and interpersonal factors. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(4):378-391. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000895>
- (37) Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(10):1834-1840. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>
- (38) Leite IC; Valente JG; Schramm JMA; Daumas RP; Rodrigues RN; Santos MF *et al.* Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(7):1551-1564. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111614>
- (39) Malta DC; Bernal RTI; Lima MG; Araújo ssc; Silva MMA; Freitas MIF; Barros MBA. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017;51(suppl 1):4s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
- (40) Jimenez Carrillo M; León García M; Vidal N; Bermúdez K; Vos P. Comprehensive primary health care and non-communicable diseases management: A case study of El Salvador. *Int J Equity Health.* 2020;19(50). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1140-x>
- (41) Malta DC; Gosch CS; Buss P; RochaDG; Rezende R; Freitas PC; Akerman M. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(11):4341-4350. <http://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
- (42) Cassiani SHB; Fernandes MNF; Reveiz L; Freire Filho JR; Silva FAM. Combinação de tarefas do enfermeiro e de outros profissionais na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e82. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.82>
- (43) Hämel K; Vössing C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: A comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev.* 2017; 18(5):492-506. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000354>
- (44) Silva ATM; Mantovani MF; Moreira RC; Perez ÁJ; Souza RM. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health.* 2020;43(1):68-78. <https://doi.org/10.1002/nur.21994>
- (45) Heidemann ITSB; Costa MFBNA; Hermida PMV; Marçal ccb; Antonini FO; Cypriano CC. Health promotion practices in primary care groups. *Glob Health Promot.* 2019;26(1):25-32. <https://doi.org/10.1177/1757975918763142>
- (46) Day CB; Bierhals CCBK; Santos NOD; Mocellin D; Predebon ML; Dal Pizzol FLF; Paskulin LMG. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): Study protocol for a randomised trial. *Trials.* 2018;19:96. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2454-5>
- (47) Tomasi E; Cesar MADC; Neves RG; Schmidt PRC; Thumé E; Silveira DS *et al.* Diabetes care in Brazil. Program to improve Primary Care Access and Quality — PMAQ. *J Ambulatory Care Manage.* 2017;40:S12-S23. <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000184>