

ARTIGO ORIGINAL



Abordagem aos usuários com hipertensão e diabetes sob a ótica dos gestores da saúde*

Approaches to users with hypertension and diabetes under the opinion of health managers

Francisco Kelton Pereira Neves¹, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque², Roberta Magda Martins Moreira³, Amanda Maria Braga Vasconcelos⁴, Géssika Dias Pereira de Oliveira⁵, Joao Vitor Teixeira de Sousa⁶, Heryca Laiz Linhares Balica⁷, Marcos Aguiar Ribeiro⁸.

*Extraído da dissertação de mestrado "Atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral – CE. Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, 2018, Sobral, CE, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

1 Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Discente Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, Brasil. **4** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **5** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **6** Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **7** Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **8** Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Secretaria de Saúde. Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to identify the approaches implemented to users with hypertension and/or diabetes in the context of the Family Health Strategy. **Methods:** it is a qualitative descriptive study. Data collection was based on semi-structured interviews conducted with health managers from a municipality of Ceará, in 2017. The discourses were analyzed with support of the software NVivo11. **Results:** several approaches have been taken, from an individual perspective to a more collective approach. Some units are organized into diary schedules, others use flexible schedules, or perform diluted attention on spontaneous demand or in groups. **Conclusion:** it is important that the forms of attention to these users be rethought, prioritizing the approaches that allow the analysis of the various dimensions involved in the care of the chronic conditions, making possible an assistance that invest in educational actions in the individual and collective scope with a view to the incentive in the process of self-care and autonomy of the users.

Descriptors: Qualitative Analysis. Primary Health Care. Chronic Disease.

Resumo

Objetivo: identificar as abordagens implementadas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo descritivo. A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores da saúde de um município cearense, em 2017. Os discursos foram analisados com suporte do software NVivo11. **Resultados:** verificaram-se abordagens diversas, desde uma perspectiva individual a uma abordagem mais coletiva. Algumas unidades se organizam em agendas engessadas, outras utilizam agendas flexíveis ou realizam uma atenção diluída na demanda espontânea ou em grupos. **Conclusões:** diante dos achados, é relevante que sejam repensadas as formas de atenção a esses usuários, priorizando as abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas no cuidado às condições crônicas, possibilitando uma assistência que invista em ações educativas no âmbito individual e coletivo com vistas ao incentivo no processo de autocuidado e autonomia dos usuários.

Descritores: Análise Qualitativa. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas.

Autor Correspondente
Francisco Kelton Pereira Neves. E-mail: kelton.neves94@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
20/07/2018
Aprovação
30/12/2018

Como citar: Neves FKP, Albuquerque IMN, Moreira RMM, Vasconcelos AMB, Oliveira GDP, Sousa JVT *et al.* Abordagem aos usuários com hipertensão e diabetes sob a ótica dos gestores da saúde. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):17-23. Disponível em:

Introdução

No Brasil, vive-se uma transição epidemiológica singular, expressa por uma 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. Com isso, a situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas.⁽¹⁾

Além disso, verifica-se uma transição demográfica acelerada, onde a população, apesar de baixas taxas de fecundidade, continua crescendo⁽¹⁾, assim reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida.⁽²⁾ Esse aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Essas doenças têm capacidade de gerar inúmeras complicações ou até levar ao óbito. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT enfatiza que essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes.⁽³⁾

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.⁽⁴⁾

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.⁽⁵⁾ Por sua vez, a DM é considerada uma condição heterogênea de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação ou produção da insulina de insulina.⁽⁶⁾

No Brasil, HAS e DM figuram entre as principais causas de hospitalizações e morbimortalidade no SUS.⁽⁷⁾

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁽⁸⁾, 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, e em relação ao DM, 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.

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.⁽⁹⁾ Tal situação tem suscitado reflexões acerca da necessidade de ressignificar o modelo de atenção à saúde de forma a considerar o predomínio das condições crônicas.

Diante disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) 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 responsabilização dos usuários.

Portanto, o estudo objetivou descrever como ocorre o atendimento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, para a qual se aplicou a adaptação de uma matriz de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis empregado na América Latina, proposta por De Salazar⁽¹⁰⁾, e utilizada no Brasil por Moysés S. T., Silveira Filho e Moysés S. J.⁽¹¹⁾

Neste recorte, têm-se como enfoque a sistematização da experiência de atenção às condições crônicas a partir das narrativas de gerentes e tutores do Sistema de Saúde de um município do interior cearense.

Neste sentido, foram considerados critérios de inclusão para os gestores: 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. Como critérios de exclusão: estar de férias, licença médica ou em afastamento por qualquer natureza no período da coleta de dados. Os gestores foram identificados pela letra "G", seguida de um numeral.

A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores da saúde (tutores do sistema de saúde e gerentes da Estratégia Saúde da Família, em um total de 4 e 18 respectivamente) de um município do interior do estado do Ceará, no ano de 2017. Os discursos foram registrados por um gravador de voz e em seguida transcritos e analisados a partir de uma análise textual descritiva e discursiva, onde foram descritos os achados e os sentidos possíveis com vistas à ampliação das compreensões relacionadas à atenção às condições crônicas⁽¹²⁾, com suporte do software N Vivo 11.

O estudo seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável do Comitê de Ética sob nº 2.054.329.

Resultados

A partir da análise dos discursos de gerentes e tutores, verificou-se que no âmbito da 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 as UAPS, de modo que há uma considerável diversidade de modos de organização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM.

(...) nós temos um dia de referência, que é sexta feira, para estar com esses pacientes, (...) 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 hiperglicemia, nós temos uma agenda flexível para encaixar esses pacientes (G3).

Neste cenário de diversidade de *modi operandi* do atendimento ao usuário, identificou-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 têm 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 as demandas espontânea e agendadas, como por exemplo, consulta aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, realização de pré-natal, puericultura e atendimento à demanda espontânea, como podemos verificar no discurso que segue.

A atenção leva em conta, primeiro, a questão da flexibilidade na agenda do profissional para atender àquela demanda, então não existe um dia fixo para isso, existe o dia de atendimento aos hipertensos e diabéticos, mas existe também, dentro da agenda flexível, o atendimento diário (G2).

Essa flexibilidade na agenda busca romper com uma concepção programática ainda existente na dinâmica de algumas UAPS, onde os turnos de atendimento são fixos e organizados por programas, de forma a existirem o "dia do Hiperdia", o "dia da hanseníase e tuberculose", o "dia da gestante", o "dia da realização do exame citopatológico", dentre outros.

Tal modo de organização do serviço ainda é influenciado 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.⁽¹³⁾

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, pois a 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 têm mais dificuldade de acesso, apresento impacto limitado um cuidado que seja descontínuo e parcelar, pois o que se quer e se precisa é um o serviço coletivo de qualidade, com equidade e de forma integral.⁽¹⁴⁾

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, conforme a seguinte 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 ao paciente e o paciente passa seis meses só vindo pegar medicação (G10).

No entanto, o que se observa é que mesmo com a organização desta agenda de atendimentos, grande número de usuários deseja atendimento por demanda espontânea, atendimento este marcado por renovação de receitas compulsórias e sem acompanhamento efetivo dos pacientes.⁽¹⁵⁾

O Caderno de Atenção Básica n. 28 reflete sobre essa situação, bem como traz orientações importantes para o desenvolvimento do acolhimento à 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.⁽¹⁶⁾

Contudo, além de um acolhimento a demanda espontânea eficaz, é necessário o acompanhamento desse usuário em seu ambiente domiciliar:

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 (G4).

O ambiente onde vive o usuário é entendido pela Saúde Pública como algo externo, de singular importância, onde se encontram potenciais fatores de risco à saúde como físicos, químicos, biológicos, nutricionais, econômicos, culturais, psicossociais e ecológicos, sendo necessário que os profissionais conheçam e planejem, em conjunto com a comunidade, ações proativas capazes de interferir positivamente nesses fatores contributivos para o incremento de doenças crônicas degenerativas e das causas externas (acidentes e violências).⁽¹⁷⁾

Desta forma, a visita domiciliar (VD) constitui um importante instrumento na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Ela deve ser conduzida no bojo de um processo racional, orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário.^(18,19)

Assim, torna-se 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 socioafetivas entre os vários membros da família.⁽²⁰⁾ Essas ações constituem o cerne da Atenção Básica, portanto a prevenção das DCNT e a promoção da saúde a estes usuários. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.^(21,22)

Quanto a abordagem coletiva, pode ser citada a abordagem aos usuários que aguardam o início do grupo "Hiperdia". Por meio da educação em saúde, os profissionais trabalham temas relativos a mudança de comportamento e promoção da saúde, configurando uma importante tecnologia de cuidado a esses usuários.

Assim, verifica-se na fala que segue, que a abordagem na sala de espera representa um momento importante na produção da saúde das UAPS.

(...) em unidades que fazem atendimento individual, no momento em que existe um público aguardando o atendimento, as equipes fazem abordagens na sala de espera com essa temática [hipertensão e diabetes]. Quando, na unidade, trabalham abordagens coletivas, também se aborda essa temática (G1).

Neste sentido, fazem-se necessárias tais 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.⁽²³⁾

Esta compreensão de educação em saúde está expressa 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, [perceber] que tem dificuldade de fazer a mudança, mas que ela pode conseguir se ela tem um apoio (G11).

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.⁽²⁴⁾ Neste sentido, o enfoque da educação em saúde 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.

Além das salas de espera, as abordagens grupais configuram-se como importantes possibilidades de cuidado aos usuários com HAS e/ou DM, como apresentado no seguinte discurso:

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 (G1).

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 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.⁽²⁵⁾

No entanto, ainda é perceptível que alguns grupos têm 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 que "só ganha o remédio aqueles que participam do grupo".⁽¹⁵⁾

Assim, é importante que a abordagem seja centrada na pessoa e não somente na doença. Esta compreensão ampliada está expressa no discurso de segue.

(...) a gente tenta trabalhar não com patologia. Até porque o processo de educação em saúde está para além dessa caixinha, pois se a gente vai trabalhar com pessoas que tem algumas patologias, trabalhamos na perspectiva da convivência, poder, inclusive, trocar experiência,, e se eu fecho em uma caixinha só, fica só naquilo. [Dessa forma], não é aprendizagem, não é educação em saúde (G12).

Nesta perspectiva, deve ser trabalhado nos grupos temas envolvendo saúde, de maneira a evitar que os encontros sejam sempre relacionados com HAS e DM, e assim, não centralizar apenas na doença, mas principalmente na saúde. Além disso, é fundamental a participação dos usuários na elaboração da proposta do grupo.⁽²⁶⁾

No entanto, 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.⁽¹⁸⁾ Assim, o modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados tendo como foco 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.⁽²⁷⁾

Conclusão

No âmbito da atenção às condições crônicas, é possível identificar a inexistência de um padrão comum entre as UAPS, portanto, há uma pluralidade das formas de abordagens nos atendimentos individual e coletivo aos usuários com HAS e DM. Assim, 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, como grupos de convivência e práticas corporais, representam importantes tecnologias de cuidado, onde são trabalhados temas envolvendo saúde, de maneira a evitar que os encontros sejam sempre relacionados com hipertensão ou diabetes, e assim, não centralizar apenas na doença mas, sobretudo, na saúde.

Dessa forma, ressalta-se a importância de abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas no cuidado às condições crônicas hipertensão e diabetes, possibilitando ampliar a visão para uma assistência não somente prescritiva, com foco na doença, mas que invistam em ações educativas no âmbito individual e coletivo que incentivem o processo de autocuidado e autonomia dos usuários.

Espera-se que esse estudo contribua para impulsionar novas formas do cuidado, denotando a necessidade de ampliar a visão para uma atenção centrada na pessoa, em sua singularidade. Além disso, ressalta-se que a escolha de incluir como participantes somente os gestores trouxe limitações ao estudo, de maneira que recomenda-se a incorporação e análise dos discursos dos trabalhadores que prestam cuidados diretos aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no âmbito da ESF.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica. [Internet]. Brasil: IBGE; 2010 [citado 2018 nov. 20]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022). [internet]. Brasília, (DF): MS; 2011 [citado 2018 set. 27]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
4. World Health Organization (WHO) Diabetes. Nota descritiva [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 2018 ago. 5]; Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
5. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Crdiol. 2016;107(3):104. DOI 10.5935/abc.20160151
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. [internet]. Brasília: MS; 2013 [citado 2018 nov. 13]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
7. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado hipertensão e diabetes. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuida_do hipertensao_diabetes.pdf
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013). Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidade da Federação. [Internet]. [citado 2018 ago. 30]. Disponível em: <http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS); 2011 [citado 2018 Out 25]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
10. De Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales; 2011.
11. Moisés ST, Silveira Filho AD, Moisés SJ. 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: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS); 2012.

12. Sousa RS, Galiazzi MC, Schmidt EB. Interpretações fenomenológicas e hermenêuticas a partir da análise textual discursiva: a compreensão em pesquisas na educação em ciências. *Ver Pesq Qualitativa* [internet]. 2016 [citado 2018 nov. 21];4(6):311-3. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/39/44>

13. Andrade LOM, Barreto ICHC, Cavalcanti CGCS. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia e Saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: medBook; 2017.

14. Silva FM, Budó MLD, Perlini NMOG, Garcia RP, Sehnem GD, Silva DC. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3): 347-53. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140045>.

15. Cunha AAG. Proposta para fortalecimento do grupo educativo HIPERDIA em uma equipe de saúde da família, Patos de Minas/MG [Monografia 2014; Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imag/em/6138.pdf>

16. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. 1ª ed. Brasília, (DF): MS; 2011.

17. Machado ATGM. Saúde humana e ambiente [Internet]. 2005 [citado 2018 nov. 23]. Disponível em: www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml

18. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MAA. Contribuição do enfermeiro no contexto de promoção a saúde através da visita domiciliar. *Rev UFG* [Internet]. 2004 [citado 2018 nov. 11];6(esp.). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>

19. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de Atenção Básica brasileira. *Cienc Saude Coletiva*. 2005 [citado 2018 set. 24];10(supl):231-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_abstract&tlng=pt

20. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 [citado 2018 ago. 23];23(1):165-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000100165&script=sci_abstract&tlng=pt

21. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

22. Machado LC. A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de

Aracaju - SE. [dissertação]. 2010 [citado 2018 nov. 25] Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.

23. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KMO, et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev bras educ med*. 2012;36(1):40-50. DOI 10.1590/S0100-55022012000200006.

24. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro ACLL, Godinho LK. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [citado 2018 set. 14];49(2):284-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0284.pdf

25. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. *Rev Bras Enferm*. 2012 [citado 2018 out. 23];65(6):991-9. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>

26. Rodrigues F, Moreira J, Souza PS, Ceretta LB, Tuon L. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*. 2012 [citado 2018 out. 14]; 5(3): 44-62. Disponível em: revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/download/139/174

27. Amarante P. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1996.