



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO
NORDESTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante

**O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES**

**Natal
2023**

TALLITA MAYARA FERNANDES DE BRITO CAVALCANTE

O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da
Rede Nordeste de Formação em Saúde
da Família, Universidade Federal do Rio
Grande do Norte.

Orientador: Prof. Dr. José Adailton da
Silva.

Coorientador: Prof^a. Heleni Aires
Clemente.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do
cuidado em saúde.

Natal

2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Cavalcante, Tallita Mayara Fernandes de Brito.

O acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19: limites e possibilidades / Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante. - 2023.

6lf.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2023.

Orientador: José Adailton da Silva.

Coorientadora: Heleni Aires Clemente.

1. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. 2. Covid-19 - Dissertação. 3. Diabetes Mellitus - Dissertação. 4. Hipertensão Arterial - Dissertação. I. Silva, José Adailton da. II. Clemente, Heleni Aires. III. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614

Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante

O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19: LIMITES E POSSIBILIDADES

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

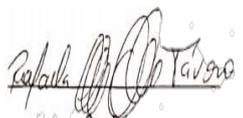
Banca Examinadora:



Prof. Dr. José Adailton da Silva (Presidente/Orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Profa Dra. Heleni Aires Clemente (Coorientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Profa Dra. Rafaela Carolini de Oliveira Tavora (Examinadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Profa Dra. Talita Helena Monteiro de Moura (Examinadora)
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Data da Aprovação: 29 de março de 2023, Natal/RN.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade e por ter sido minha força nos momentos de dificuldade.

Aos meus pais, pelo apoio em todos os desafios que surgem em minha vida.

Ao meu esposo e ao meu filho, pela compreensão durante as minhas ausências.

Às minhas irmãs e ao meu irmão, por sempre estarem na torcida por minhas conquistas.

Aos professores José Adailton da Silva e Heleni Aires Clemente, pela paciência e grande contribuição neste trabalho.

À Secretária Municipal de Saúde de Natal/RN, pela autorização para realização desta pesquisa.

Aos profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Natal/RN, agradeço-os pela disponibilidade em participar deste estudo, sem a participação de vocês, nada disto seria possível.

RESUMO

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, com potencial de gravidade, de alta transmissibilidade e de distribuição global. Dados sobre a doença indicam que idosos e pessoas com condições clínicas pré-existentes, como diabetes mellitus e hipertensão arterial apresentam risco elevado de evoluir para a forma grave da doença. Diante dessa emergência sanitária, recomendações para a prevenção do contágio por COVID-19 foram adotadas, dentre elas o distanciamento social e o reforço das medidas de higiene. A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental no cuidado às pessoas com doenças crônicas enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, especialmente, no contexto da pandemia. Com algumas restrições impostas pela pandemia, o número de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus que frequentaram os serviços da Atenção Primária à Saúde no município de Natal/RN, em 2020 teve uma redução de 34% quando comparado ao ano de 2019. Com o objetivo de analisar como ocorreu o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes pelas equipes de Estratégia Saúde da Família no município de Natal no contexto da pandemia de COVID-19 e identificar os desafios e as experiências das equipes para o adequado acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus no contexto de uma pandemia, realizou-se um estudo exploratório descritivo do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. Este estudo se utilizou da técnica de grupo focal com profissionais de saúde e gestores vinculados à duas Unidades de Saúde da Família do município de Natal, capital do Rio Grande do Norte/Brasil. Sob a análise de conteúdo produziram-se duas categorias temáticas: o processo de trabalho das equipes no acompanhamento às pessoas com hipertensão e diabetes no contexto da pandemia e os desafios e experiências das equipes para o adequado acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em situações de crise sanitária. Os resultados da pesquisa mostram que ocorreu prejuízo no acompanhamento e no acesso das pessoas com hipertensão e diabetes nas Unidades Básicas de Saúde, ocasionando a quebra da continuidade do cuidado e a consequente descompensação das pessoas com tais condições clínicas. O contexto da pandemia requereu das equipes uma readequação do processo de trabalho em busca da garantia da continuidade do cuidado e maior empoderamento dos usuários e familiares no cuidado às condições crônicas.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Covid-19 is an acute respiratory infection caused by the SARS-CoV-2 coronavirus, with the potential for seriousness, high transmissibility and global distribution. Data on the disease indicate that the elderly and people with pre-existing clinical conditions, such as diabetes mellitus and arterial hypertension, are at high risk of developing the severe form of the disease. Faced with this health emergency, recommendations for the prevention of contagion by COVID-19 were adopted, among them social distancing and the reinforcement of hygiene measures. Primary Health Care plays a fundamental role in caring for people with chronic diseases as it coordinates care and organizes Health Care Networks, especially in the context of the pandemic. With some restrictions imposed by the pandemic, the number of people with arterial hypertension and diabetes mellitus who attended Primary Health Care services in 2020 had a 34% reduction when compared to 2019. To identify the challenges and experiences of the teams for the adequate follow-up of people with arterial hypertension and diabetes by the Family Health Strategy teams in the city of Natal in the context of the COVID-19 pandemic and to identify the challenges and experiences of the teams for the adequate follow-up of people with arterial hypertension and/or diabetes mellitus in the context of a pandemic, a descriptive exploratory study of the case study type was carried out, with a qualitative approach. This study used the focus group technique with health professionals and managers linked to two Family Health Units in the city of Natal, capital of Rio Grande do Norte/Brazil. Under the content analysis, two thematic categories were produced: the work process of the teams in monitoring people with hypertension and diabetes in the context of the pandemic and the challenges and experiences of the teams for the adequate monitoring of people with high blood pressure and/or diabetes mellitus in health crisis situations. The research results show that there was a loss in the monitoring and access of people with hypertension and diabetes to the Basic Health Units, causing a break in the continuity of care and the consequent decompensation of people with such clinical conditions. The context of the pandemic required the teams to readjust the work process in order to guarantee the continuity of care and greater empowerment of users and family members in the care of chronic conditions.

Keywords: Primary Health Care. Covid-19. Diabetes Mellitus. Arterial hypertension.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
EAP	Equipe de Atenção Primária
EAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
ECR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
HA	Hipertensão Arterial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MCC	Modelo de Cuidado Crônicos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
PCMH	Patient Centered Medical Home
PIB	Produto Interno Bruto
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SG	Síndrome Gripal
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	A atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde	14
3.2	O cuidado às pessoas com doenças crônicas no contexto da pandemia da COVID-19	17
4	MÉTODO	19
4.1	Tipo de estudo	19
4.2	Campo do estudo	20
4.3	Participantes/população/amostra/amostragem	21
4.4	Método de coleta e análise de dados	22
4.5	Considerações éticas	23
5	RESULTADOS	25
5.1	Artigo: Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas equipes de saúde da família no contexto da pandemia da COVID-19	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	51
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
	APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU REGISTRO DE IMAGENS	56
	APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA	58
	APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO INÍCIO DA PESQUISA	59
	APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	60
	60ROTEIRO DE GRUPO FOCAL	61

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pelo Coronavírus (SARS-CoV 2), o agente causador da doença COVID-19, foram relatados em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China. No dia 30 janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi considerada pandemia (SYED, 2021).

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves até quadros moderados, graves e críticos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico e que requeiram a hospitalização do paciente (BRASIL, 2021).

Os dados sobre a pandemia de COVID-19 indicam que o risco de evolução para quadro grave e morte aumenta com a idade, bem como com a presença de condições preexistentes, como hipertensão, diabetes e obesidade (OPAS, 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre, principalmente, através de contato próximo, por meio de pequenas partículas líquidas (gotículas ou aerossóis) expelidas durante a fala, tosse ou espirro (BRASIL, 2022).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2023), globalmente, em 23 de fevereiro de 2023, já haviam sido notificados 758.390.564 casos confirmados de COVID-19 e 6.859.093 mortes no mundo notificados à OMS. No Brasil foram notificados 37.024.417 casos confirmados de COVID-19 e 698.947 mortes por COVID-19 no mesmo período.

No estado do Rio Grande do Norte, conforme o último boletim epidemiológico (nº 692), de 17 de janeiro de 2023, foram notificados 583.975 casos confirmados de COVID-19, com 8.698 óbitos causados pela doença registrados no mesmo período. O mesmo boletim apresenta os dados epidemiológicos do município de Natal, que registrou 155.120 casos confirmados de COVID-19, com 3.062 óbitos por COVID-19 confirmados (RIO GRANDE DO NORTE, 2023).

Dos óbitos registrados no estado do Rio Grande do Norte (8.172) até 28 de abril de 2022, 1.825 pessoas tinham como comorbidade doença cardiovascular crônica, o que corresponde a 22% do total de óbitos por COVID-19 e 1.519 pessoas tinham como comorbidade Diabetes Mellitus (DM), dado este que representa 19% do total de óbitos (UFRN, 2022).

No município de Natal, dados do boletim epidemiológico de 25 de julho de 2022 informam que, dos 2.995 óbitos por COVID-19, 22,14% tinham como condição preexistente cardiopatia crônica, seguido de diabetes mellitus com 14,42%, do total de óbitos por COVID-19 (NATAL, 2022).

Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm maiores chances de evoluírem para a forma grave da doença, o que pode requerer hospitalização, cuidados intensivos e uso de ventiladores mecânicos (MALTA, 2020).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) estão entre os principais fatores de risco para COVID-19. Somado a isso, algumas medidas restritivas, como o distanciamento social, podem ter afetado, especificamente, às pessoas com essas condições crônicas, limitando sua atividade e acesso aos serviços de saúde (KLUGE, 2020).

A interação entre diferentes condições de saúde, como, as condições agudas como a COVID-19 e condições crônicas como diabetes e hipertensão, aumentam as possibilidades de resultados sanitários desfavoráveis pelas exacerbações dessas condições de saúde (MENDES, 2020).

Os dados de atendimento individual às pessoas com hipertensão e diabetes nas Unidades Saúde da Família (USF) do município de Natal, disponíveis no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), mostram que o ano de 2020 apresentou uma redução de mais de 34% do número de atendimentos para condição avaliada hipertensão/diabetes quando comparado ao ano anterior. Assim, evidenciando a descontinuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente no início da pandemia, quando houve a recomendação de suspensão de serviços considerados eletivos, com o objetivo de reduzir o número de usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (NATAL, 2021).

O impacto das medidas de resposta à COVID-19 nas DCNT é multifacetado. O distanciamento físico ou o isolamento podem levar a uma má gestão de fatores de risco comportamentais de DCNT que aliado ao acesso restrito aos serviços de saúde, ocasionou o adiamento de consultas e exames médicos de rotina, interrompendo a continuidade de cuidados às pessoas com DCNT (KLUGE, 2020).

Por isso, Ministério da Saúde, com o objetivo de orientar a retomada do acompanhamento da população com DCNT, com regularidade adequada, estabilidade clínica e redução das chances de desfechos desfavoráveis durante o

período de pandemia, publicou em 2020 o Manual - como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia (BRASIL, 2020).

Considerando os elementos descritos e as consequências que a falta de um acompanhamento adequado pode provocar, pode-se evidenciar o surgimento de outra pandemia, não só a da COVID-19, mas também a silenciosa das DCNT (GUERRA *et al.*, 2021).

O acesso restrito aos serviços de saúde, especialmente aos da Atenção Primária, com redução na oferta de ações preventivas e de promoção à saúde no controle das DCNT, elevam o risco de aumentar a morbidade, a incapacidade e a mortalidade evitável ao longo do tempo em pacientes com DCNT (KLUGE, 2020).

Por isso, medidas precisam ser tomadas para adaptar a resposta a doenças emergentes, como a COVID-19, abrangendo a prevenção e a gestão do cuidado às DCNT, com as adequações necessárias diante da dinâmica dos cenários epidemiológicos, para a estabilização clínica e desfechos sanitários favoráveis.

Diante do exposto, questiona-se: como estava organizado o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) para o acompanhamento das pessoas com HAS e DM, no ano de 2020, com a pandemia da COVID-19? Quais os desafios e aprendizados no contexto da pandemia de COVID-19? Como garantir um acompanhamento adequado em um contexto de crise sanitária global?

Assim sendo, o presente estudo busca fazer uma análise do processo de trabalho das ESF sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes do município de Natal no contexto da pandemia da COVID-19.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar como ocorreu o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes pelas equipes da ESF do município de Natal no contexto da pandemia da COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de trabalho das equipes no acompanhamento às pessoas com hipertensão e diabetes no contexto da pandemia;
- Identificar os desafios e as experiências das equipes para o adequado acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus no contexto de uma pandemia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde

O Brasil vive, nesse início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, carga importante de causas externas e a presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012).

As DCNT constituem sete das dez principais causas de morte no mundo, segundo as Estimativas Globais de Saúde de 2019 publicadas pela OMS (OMS, 2020). Diante de sua magnitude, as DCNT são importantes problemas de saúde pública, especialmente por atingir populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e baixa escolaridade (BRASIL, 2020).

O total de mortes prematuras (30 a 69 anos) por doenças crônicas no Brasil, em 2021, foi de 313.353 óbitos, 1,8% a mais que no ano de 2020, com ocorrência de 307.675 óbitos. No estado do Rio Grande do Norte ocorreram 4.558 óbitos prematuros por doenças crônicas, apresentando redução de 1% quando comparado ao ano de 2020 (4.618). Em 2021, ocorreram 1.129 óbitos por doenças crônicas em pessoas na faixa etária entre 30 e 69 anos no município de Natal, apresentando uma redução de 5,9% quando comparado ao ano de 2020 (1.196) (BRASIL, 2022).

A doença cardíaca permanece a principal causa de morte em todo o mundo nos últimos 20 anos. No entanto, agora está matando mais pessoas do que nunca. O número de mortes por doenças cardíacas aumentou em mais de 2 milhões desde o ano 2000 para quase 9 milhões, em 2019. Essa enfermidade agora representa 16% do total de mortes por todas as causas (OMS, 2020).

As mortes por diabetes aumentaram 70% globalmente entre 2000 e 2019, com um aumento de 80% das mortes entre homens. No Mediterrâneo Oriental, as mortes por diabetes mais do que dobraram e representam o maior aumento percentual de todas as regiões da OMS (OMS, 2020).

A HAS e a DM são consideradas DCNT e possuem notável custo financeiro e de mão de obra para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de serem de difícil enfrentamento e cuidado para a família e para o indivíduo afetado (MATIAS, 2021).

Assim, evidencia-se a necessidade de maior conhecimento dos custos das DCNT, com vistas a um melhor investimento na APS, objetivando a priorização das políticas integradas e intersetoriais de prevenção, enfrentamento e controle da hipertensão e do diabetes, visto que um tratamento preventivo traria maiores benefícios para o paciente e diminuiria os custos do SUS (MATIAS, 2021).

Em países de baixa e média renda, estima-se que 32% das mortes por DCNT possam ser evitadas ao longo de 10 anos, com uma política de controle do tabagismo, redução de sal e fornecimento de terapia multidrogas para indivíduos com alto risco cardiovascular (BRASIL, 2011).

As estimativas revelam a necessidade de um foco global intensificado na prevenção e no controle de doenças cardiovasculares e outras DCNT em todas as regiões do mundo, assim como a necessidade de investimentos na APS para o combate às doenças crônicas (OMS, 2020).

Atualmente, ainda existe uma incompatibilidade entre os problemas de saúde mais prevalentes e a organização do sistemas de saúde, com predominância de um sistema hospitalocêntrico, reativo e fragmentado, o qual prioriza a atenção às condições agudas (OPAS, 2015).

As condições crônicas necessitam de intervenções proativas, contínuas e integradas pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e usuários para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (TRUMÉ, 2021).

As pessoas com doenças crônicas necessitam de cuidados contínuos a longo prazo, com educação e apoio para gerenciar sua condição. A APS possui atributos (atenção no primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) que, ao serem operacionalizados, permitem um cuidado longitudinal com estratégias que possibilitam um diagnóstico precoce, a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o autocuidado apoiado (LUCIANI, 2022).

Países desenvolvidos implementam o cuidado às pessoas com doenças crônicas com base no Modelo de Cuidado Crônicos (CCM), enquanto nos países de baixa e média renda ainda não há consenso sobre o modelo para implementar o cuidado às pessoas com DCNT (HARRISON, 2022).

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se um modelo conhecido como Patient Centered Medical Home (PCMH) para oferecer atenção primária abrangente (OPAS, 2015).

Segundo o plano da PCMH, os profissionais devem: estar acessíveis aos pacientes por meio de horários ampliados e agendas abertas; ser capazes de realizar consultas por *e-mail* e telefone; manter registros eletrônicos atualizados de saúde; realizar controles periódicos com os pacientes; aconselhar os pacientes sobre atenção preventiva; ajudar os pacientes a tomar decisões saudáveis relativas ao estilo de vida; e, coordenar a atenção, assegurando que os procedimentos sejam pertinentes, necessários e realizados com eficiência (OPAS, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio de um esforço coletivo, em sintonia com a agenda dos objetivos do desenvolvimento sustentável, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), com o objetivo de 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 seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2022).

Com o objetivo de garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde às pessoas com doenças crônicas e estabelece as diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014).

A organização das RAS objetiva superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, fortalecendo a coordenação do cuidado pela APS, com ênfase no cuidado multiprofissional e continuidade do cuidado com participação ativa dos usuários, fundamental para o êxito no tratamento (THUMÉ, 2021).

Para a implementação das RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes, estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato (BRASIL, 2013).

Desse modo, as equipes multiprofissionais da APS, atuando de forma coordenada, orientando e apoiando as pessoas a lidar com suas condições de saúde (autocuidado apoiado), com intervenções individuais e coletivas, estratificação

das pessoas segundo o risco e vulnerabilidade e implementação de ações de prevenção, com incentivo à hábitos saudáveis de vida e ações intersetoriais, são capazes de alcançar melhores resultados na atenção às pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2014).

3.2 O cuidado às pessoas com doenças crônicas no contexto da pandemia da COVID-19

A COVID-19 apresenta uma alta capacidade de transmissão respiratória, importante taxa de letalidade (2,8%) e acomete mais idosos e pessoas com alguma comorbidade (SANTOS, 2021).

Desde o início da pandemia, os casos que apresentam a forma mais grave da doença estão associados a idosos e pessoas com comorbidade. A associação entre o vírus da COVID-19 e as DCNT vêm ocasionando elevadas taxas de morbimortalidade. Pessoas com doenças cardíacas como condição pré-existente representam 22,1% do total de óbitos por COVID-19 no estado do Rio Grande do Norte (em 31 de outubro de 2021) e 22% do total de óbitos por COVID-19 no município de Natal/RN (em 25 de julho de 2022) (UFRN, 2021).

Nesse sentido, a COVID-19 representa, portanto, um grave problema de saúde pública, responsável por impactos socioeconômicos, afetando diretamente a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, o que requer ações imediatas e eficazes com o intuito de evitar a disseminação da doença e o agravamento dos casos diante da associação com outras doenças, especialmente, para aquelas pessoas com comorbidade descompensada (NUNES, 2021).

A pandemia de COVID-19 gerou consequências sociais, econômicas, emocionais e culturais na vida das pessoas. É possível afirmar que, uma dessas consequências é o impacto no cuidado de pessoas com DCNT, ocasionado, sobretudo, pelo distanciamento social, utilizado como medida de controle da disseminação da infecção pelo SARS-CoV-2, assim como a diminuição da oferta de determinados serviços na APS, com o objetivo de atender a demanda de usuários com sintomas de Síndrome Gripal (SG) e pelo medo generalizado da população em buscar serviços de saúde (BORGES, 2020).

Um estudo sobre as DCNT no contexto da pandemia na Bahia, aponta para uma maior probabilidade de ocorrência de óbitos entre indivíduos com comorbidades,

demonstrando a importância da formulação e implementação de ações coordenadas e integradas de proteção, promoção da saúde, prevenção dos riscos de adoecimento, diagnóstico precoce e tratamento ininterrupto (NUNES, 2021).

Dito isso, é de fundamental importância que estratégias sejam implementadas para garantir o acompanhamento sistemático das pessoas com DCNT, assegurando, assim, as consultas, o uso regular dos medicamentos e encaminhamentos para outros níveis de complexidade do SUS, bem como as ações de promoção da saúde e apoio ao autocuidado (NUNES, 2021).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa em que foi utilizada a técnica grupo focal.

Nesse aspecto, o estudo de caso pode ser definido com um estudo exaustivo, profundo e extenso de uma ou de poucas unidades, empiricamente verificáveis, de maneira que permita seu conhecimento amplo e detalhado (MENDONÇA, 2014).

No que concerne ao campo da pesquisa qualitativa, esse se constitui de diversas possibilidades metodológicas, as quais permitem um processo dinâmico de aderência às novas formas de coleta e de análise de dados. Dentre essas possibilidades, o grupo focal representa uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico (BACKES, 2011).

Diante disso, o grupo focal representa uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções, seja pela análise e problematização de uma ideia em profundidade (BACKES, 2011).

O grupo facilita o aprender a pensar, transformando dilemas em pensamentos mais ajustados à realidade, logo, é um instrumento de mediação e transformação da realidade individual e grupal (GONÇALVES, 2004). Tal técnica vem sendo utilizada para explorar as concepções e experiências dos participantes, podendo ser usada para examinar não somente o que as pessoas pensam, mas como elas pensam e por que pensam assim (BACKES, 2011).

No mais, a escolha do grupo focal como método de coleta de dados foi motivada, de modo especial, pelo fato das discussões em grupo possibilitarem a transformação da realidade (GONÇALVES, 2004).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o estudo foi guiado pelo *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, utilizando-se dos três domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados (COREQ) (SOUZA *et al.*, 2021).

4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado no município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte (RN), que possui população estimada para o ano de 2021 de 896.708 habitantes, com um Produto Interno Bruto (PIB) per capita (2019) de R\$28.113,21 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (2010) de 0,763 (IBGE, 2020).

Em 2020, a renda per capita no município era de três salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 34,8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições dois de 167 em relação à proporção de pessoas ocupadas. Considerando ainda o mesmo ano, Natal tinha 35,7% da população por domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, o que o colocava na 166ª posição das 167 cidades do estado (IBGE, 2020).

Em Natal, 61,8% dos domicílios têm esgotamento sanitário adequado, sendo 44,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

Quanto à saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade no ano de 2020 foi de 9,52 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido à diarreia (2016) são de 0,2 para cada 1.000 habitantes, comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 81 de 167 e 116 de 167, respectivamente (IBGE, 2020).

A capital do Rio Grande do Norte possui 174 estabelecimentos de saúde de natureza jurídica pública, sob gestão municipal, distribuídos nas quatro regiões administrativas (distrito sanitários norte, sul, leste e oeste). Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), desses, 60 ofertam serviços de APS sendo 13 UBS – sem Estratégia Saúde da Família (ESF) –, 45 USF e 02 Unidades Mistas.

Com 149 ESF, sete Equipes de Atenção Primária (EAP), três Equipes de Consultório na Rua (ECR) e uma Equipe de Atenção Primária Prisional (EAPP) possui uma cobertura de APS de 63%, considerando a estimativa populacional de 2021 do IBGE (BRASIL, 2021).

O presente estudo foi realizado em duas USF: USF Vale Dourado (Distrito Sanitário Norte II) e USF Brasília Teimosa (Distrito Sanitário Leste). A escolha por essas Unidades se deu por conveniência.

A USF Vale Dourado fica localizada na zona norte do município de Natal, em Nossa Senhora da Apresentação, bairro mais populoso do município com 96.936 habitantes (estimativa 2020). Trata-se de uma USF porte quatro com cinco ESF, com um total de 18.508 pessoas cadastradas do SISAB em dezembro de 2022.

A USF Brasília Teimosa fica localizada na zona leste de Natal, bairro Praia do Meio, com população estimada para 2020 de 5.295 habitantes, contando com quatro ESF, com potencial de cadastro de 16 mil pessoas. Até dezembro de 2022, dados do SISAB revelam que as equipes da USF Brasília Teimosa acompanham em média 10.359 pessoas (BRASIL, 2022).

4.3 Participantes/população/amostra/amostragem

Para participar do estudo foram convidados dois representantes de cada categoria profissional integrantes das equipes mínimas das ESF da USF Vale Dourado e da ESF da USF Brasília Teimosa – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) – além de um representante da gestão e um representante ou líder comunitário do distrito sanitário de cada USF. Assim, foram convidados quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, quatro ACS, dois representantes da gestão e dois representantes da comunidade, totalizando 20 profissionais ao todo.

Considerando Backes (2011), é recomendado que o número de participantes de um grupo focal, esteja situado em um intervalo entre seis e quinze, por isso, optou-se por realizar dois grupos focais, sendo um grupo por USF. Quando se deseja gerar tantas ideias quanto possível, é mais enriquecedor optar por um grupo maior, ao passo que se o que se pretende é alcançar a profundidade de expressão de cada participante, um grupo pequeno seria mais indicado (BACKES, 2011).

A escolha dos profissionais foi definida por meio dos seguintes critérios de inclusão e exclusão: critérios de inclusão – ser membro de uma ESF da USF estudada, há pelo menos seis meses e estar em pleno exercício profissional, enquanto integrante de uma ESF; critérios de exclusão – estar de férias ou de licença no período da coleta.

4.4 Método de coleta e análise de dados

Em cada USF foi desenvolvido um grupo focal e os participantes foram convidados através do WhatsApp, por meio de um convite em formato digital, cujos contatos telefônicos dos participantes foram disponibilizados pelo gerente da USF. No contato inicial com os participantes foi enfatizado o caráter voluntário da participação, os objetivos gerais da pesquisa e do grupo focal, dia, hora, local da realização e estimativa de tempo de duração.

O grupo focal aconteceu nos espaços de cada USF, com o propósito de facilitar a adesão dos profissionais. O ambiente do encontro era ser acolhedor e assegurava a privacidade para facilitar o debate e aprofundar as discussões, as cadeiras foram organizadas em círculo de forma a promover a interação dos participantes.

Os grupos contaram com um coordenador que ficou responsável por planejar, avaliar e redirecionar o encontro conforme o desenvolvimento grupal. O coordenador realizou os esclarecimentos sobre a dinâmica das discussões e aspectos éticos vinculados ao estudo. Além do coordenador, teve também a participação de um observador que ajudou o coordenador com o controle do tempo e monitoramento do equipamento de gravação. O equipamento utilizado para a gravação foi o próprio aparelho celular do pesquisador. Ambos os responsáveis, coordenador e observador, possuíam aproximação com o método a ser conduzido.

A média de duração dos encontros dos grupos foi de 41 minutos. As discussões dos grupos foram gravadas em áudio.

A dinâmica do grupo seguiu um roteiro de perguntas norteadoras das discussões, que abordou questões sobre o processo de trabalho para o cuidado com as pessoas com doenças crônicas pela APS no contexto da pandemia da Covid-19, conforme anexado no Apêndice F.

Foi solicitado aos participantes a permissão para a gravação das discussões do grupo, mediante assinatura do termo de autorização para gravação de voz, segundo pode ser observado no Apêndice B. Com a realização do grupo focal foi possível proporcionar um momento crítico-reflexivo sobre o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes do território de abrangência das equipes. Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A análise do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande

disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, as comunicações (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) é realizada em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; e, interpretação.

Na fase de pré-análise a gravação da discussão do grupo focal foi transcrita pelo próprio pesquisador, mediante uma planilha no Excel. Após a transcrição ocorreu a primeira fase do processo de análise de conteúdo, com leitura flutuante de todo o material com o objetivo de apreender de forma global as ideias principais que surgiram nos grupos. Nesta etapa foi construído o *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência das falas.

Após a leitura flutuante foram selecionadas as unidades de registro para análise temática (fase de exploração do material), ou seja, foram selecionados temas que surgiram no grupo que estão relacionados aos objetivos da pesquisa e posterior processo de categorização e codificação das categorias (BARDIN, 2011).

As categorias são grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que podem, atendendo a sua análise, exprimir significados e elaborações importantes que cumpram os objetivos do estudo e criem conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (CAMPOS, 2004).

Por fim, após a categorização e codificação das categorias, foi realizada a terceira fase da análise, tratamento e dos resultados e interpretação por meio da inferência.

4.5 Considerações éticas

O estudo foi realizado com base nos princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e pela resolução 580/2018, com os encontros acontecendo de forma a não prejudicar a rotina dos serviços e não causar prejuízos aos profissionais e à população. Ademais, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN).

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos, justificativas e metodologia da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme demonstrado no Apêndice A. De modo que ficaram

livres para se recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, bem como foi solicitado a gravação do grupo focal aos participantes. Entre os possíveis riscos estavam a invasão de privacidade, a tomada de tempo do participante e o medo de repercussões eventuais pela evidenciação dos processos de trabalho.

Como medidas para minimizar os possíveis riscos, o próprio pesquisador foi o coordenador do grupo focal, um observador auxiliou na coordenação do grupo e no controle de tempo, os participantes foram informados sobre a possibilidade de acesso a transcrição da gravação e ao resultado do estudo a qualquer tempo e a identidade dos participantes foi tratada conforme a resolução 466/12 do conselho nacional de saúde, assegurando o sigilo dos participantes.

Todos os sujeitos, após esclarecidos e de forma voluntária, receberam o TCLE impresso e o assinaram. Mediante o exposto, os documentos ficarão arquivados por cinco anos sob responsabilidade do pesquisador.

Posto isso, o estudo foi aprovado pelo CEP do HUOL/UFRN, com parecer nº 5.223.785 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53900421.7.0000.5292.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram organizados em formato de artigo científico e submetido na revista Interface Botucatu.

Além do artigo, espera-se que os resultados sejam difundidos entre os profissionais da gestão e ESF do município de Natal para planejamento e reorganização das ações para essa população específica.

A partir da análise dos dados obtidos com os grupos focais, pretende-se construir uma agenda propositiva como estratégia de planejamento dos cuidados a esses grupos específicos. A agenda propositiva será elaborada em uma matriz e deverá conter as potencialidades e fragilidades identificadas, metas/objetivos, a estratégia de intervenção, o plano de ação, prazos, responsáveis e avaliação dos resultados.

5.1 Artigo: Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas equipes de saúde da família no contexto da pandemia da COVID-19

Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas equipes de saúde da família no contexto da pandemia da COVID-19

Monitoring of people with hypertension and/or diabetes by family health teams in the context of the COVID-19 pandemic

Seguimiento de las personas con hipertensión y/o diabetes por parte de los equipos de salud de la familia en el contexto de la pandemia de la COVID-19

Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante⁽¹⁾

Heleni Aires Clemente⁽²⁾

José Adailton da Silva⁽³⁾

¹⁰ Pós-graduanda no curso de Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2033-6073>

²⁰ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2180-6754>

³⁰ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6037-7649>.

Resumo: Objetiva analisar o processo de trabalho das equipes de saúde da família sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes no município de Natal no contexto da pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo estudo de caso, qualitativo, que utiliza a técnica de grupo focal com profissionais de saúde e gestores vinculados a duas Unidades de Saúde da Família em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Os resultados mostraram que ocorreu prejuízo no acompanhamento e no acesso das pessoas com hipertensão e diabetes nas Unidades Básicas de Saúde, ocasionando a quebra da continuidade do cuidado. O contexto da pandemia requereu das equipes uma readequação do processo de trabalho em busca da garantia da continuidade do cuidado e maior empoderamento dos usuários e familiares no cuidado às condições crônicas.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Coronavírus. Doenças crônicas.

Abstract: It aims to analyze the work process of family health teams on monitoring people with hypertension and diabetes in the city of Natal in the context of the COVID-19 pandemic. This is a descriptive exploratory study of the qualitative case study type, which uses the focus group technique with health professionals and managers linked to two Family Health Units in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. The results showed that there was a loss in the monitoring and access of people with hypertension and diabetes to the Basic Health Units, causing a break in the continuity of care. The context of the pandemic required the teams to readjust the work process in order to guarantee the continuity of care and greater empowerment of users and family members in the care of chronic conditions.

Keywords: Primary Health Care. Coronavirus. Chronic diseases.

Resumen: Tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia en el acompañamiento de personas con hipertensión arterial y diabetes en la ciudad de Natal en el contexto de la pandemia de COVID-19. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio del tipo estudio de caso cualitativo, que utiliza la técnica de grupo focal con profesionales y gestores de salud vinculados a dos

Unidades de Salud de la Familia en Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Los resultados mostraron que hubo una pérdida en el seguimiento y acceso de las personas con hipertensión y diabetes a las Unidades Básicas de Salud, provocando una ruptura en la continuidad de la atención. El contexto de la pandemia exigió a los equipos reajustar el proceso de trabajo para garantizar la continuidad de la atención y un mayor empoderamiento de los usuarios y familiares en la atención de las condiciones crónicas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Coronavirus. Enfermedades crónicas.

Introdução

Os dados sobre a pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus (SARS-CoV 2)¹ indicam que o risco de evolução para quadro grave e morte pela COVID-19 aumenta com a idade e a presença de condições preexistentes, como hipertensão e diabetes².

Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm maiores chances de evoluírem para forma grave da doença, que pode requerer hospitalização, cuidados intensivos e uso de ventiladores mecânicos².

Os dados de atendimento individual às pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas Unidades Saúde da Família (USF) do município de Natal, disponíveis no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), mostram que o ano de 2020 apresentou uma redução de mais de 34% do número de atendimentos para condição avaliada hipertensão/diabetes quando comparado ao ano anterior. Evidenciando a descontinuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente no início da pandemia, quando houve a recomendação de suspensão de serviços considerados eletivos, com o objetivo de reduzir o número de usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)³.

O distanciamento social pode levar a uma má gestão de fatores de risco comportamentais de DCNT, que aliado ao acesso restrito aos serviços de saúde ocasionou o adiamento de consultas e exames médicos de rotina, descontinuando os cuidados às pessoas com DCNT⁴. Assim, medidas precisam ser tomadas para adaptar a resposta a emergências sanitárias, abrangendo a prevenção e gestão do cuidado às DCNT.

O presente estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho na equipes de ESF sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes do município de Natal no contexto da pandemia de COVID-19.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa em que foi utilizada a técnica grupo focal. Realizado em Natal/RN, com os profissionais das equipes da USF Vale Dourado (Distrito Sanitário Norte II) e da USF Brasília Teimosa (Distrito Sanitário Leste).

A USF Vale Dourado fica localizada na zona norte do município de Natal, bairro Nossa Senhora da Apresentação, o mais populoso do município, com 96.936 habitantes (estimativa 2020). Trata-se de uma USF porte quatro com cinco ESF, com um total de 18.508 pessoas cadastradas no SISAB em dezembro de 2022. A USF Brasília Teimosa fica localizada na zona leste de Natal, bairro Praia do Meio, com população estimada para 2020 de 5.295 habitantes, cuja conta com quatro ESF, com potencial de cadastro de 16 mil pessoas³.

Para participar do estudo foram convidados dois representantes de cada categoria profissional integrantes das equipes da USF Vale Dourado e da USF Brasília Teimosa, além de um representante da gestão e um representante ou líder comunitário do distrito sanitário de cada USF. Sendo assim, convidou-se quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de Saúde (ACS), dois representantes da gestão e dois representantes da comunidade, totalizando 20 participantes.

As USF foram escolhidas por conveniência e a seleção dos profissionais foi definida através dos critérios de inclusão: ser membro de uma ESF da USF estudada, há pelo menos seis meses; e, estar em pleno exercício profissional, enquanto integrante de uma ESF. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença no período da coleta.

Aos participantes foi enfatizado o caráter voluntário da participação, os objetivos gerais da pesquisa e do grupo focal, dia, hora e local da realização do grupo focal e estimativa de tempo de duração do grupo focal.

O grupo focal aconteceu nos espaços de cada USF. O encontro foi coordenado pelo pesquisador responsável, com a participação de uma observadora.

A média de duração dos encontros dos grupos foi de 41 minutos. As discussões dos grupos foram gravadas em áudio.

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin⁵. Na fase de pré-análise a gravação da discussão do grupo focal foi transcrita pelo próprio pesquisador, através de uma planilha no Excel. Posteriormente, ocorreu a primeira fase do processo de análise de conteúdo, com leitura flutuante de todo o material. Em seguida foram selecionadas as unidades de registro para análise temática (fase de exploração do material). Na terceira fase da análise foi realizada a categorização, codificação, tratamento dos resultados e interpretação por meio da inferência.

Os nomes dos sujeitos foram substituídos por pseudônimos de cidades da China, pelo fato da COVID-19 ter sido descoberta em uma província do referido País.

O estudo foi realizado com base nos princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e pela resolução 580/2018, e submetido ao comitê de ética e pesquisa – CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Foram respeitados os princípios da privacidade e confidencialidade dos sujeitos.

O estudo foi aprovado pelo CEP/HUOL/UFRN, com parecer nº 5.223.785 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 53900421.7.0000.5292.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 14 pessoas (70% dos profissionais convidados), sendo três médicos, três ACS e dois gestores. Dos profissionais que participaram da pesquisa, 78% (10) eram do sexo feminino e 22% (04) do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de 37 anos com um Desvio Padrão (DP) de 8,9. A média do tempo de atuação na ESF foi de 7 anos com um DP de 8,7.

A dinâmica do grupo seguiu um roteiro de perguntas norteadoras, que abordou questões sobre o processo de trabalho para o cuidado com as pessoas com doenças crônicas pela APS no contexto da pandemia da COVID-19.

A partir do *corpus* dos dois grupos focais foram identificadas duas categorias temáticas, as quais se encontram subdivididas a seguir.

O processo de trabalho das equipes no acompanhamento às pessoas com hipertensão e diabetes no contexto da pandemia.

Nesta categoria estão representadas as falas que destacam as transformações que foram importantes durante a pandemia da COVID-19 para atender as recomendações de distanciamento social e ao mesmo tempo garantir o acesso e a continuidade do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes na ESF.

No início da pandemia foi indispensável reorganizar as atividades na ESF, quando a prioridade foi ofertar serviços curativos (atendimento aos usuários com sintomas de síndrome gripal) em detrimento das atividades preventivas e de promoção à saúde.

Contudo, o confinamento ocasionado pela COVID-19 dificultou também a prestação de serviços médicos gerais e especializados, pois os pacientes foram orientados a ficar em casa, considerando a necessidade epidemiológica do momento no intuito de minimizar a transmissão da doença, deixando-os, muitas vezes sem acompanhamento regular⁶.

No Brasil a adoção de medidas mais rigorosas de distanciamento social foi determinante para minimizar o colapso iminente dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que restringiu o acesso da população aos serviços de saúde⁷.

Tal restrição ficou clara na fala de alguns profissionais, que participaram deste estudo, de uma das equipes de saúde analisadas, que enfatizou a descontinuidade de atividades de prevenção, como as atividades coletivas e as visitas domiciliares.

“Por causa da necessidade de distanciamento, isolamento social, os grupos de pessoas com hipertensão e diabetes pararam de acontecer [...] também tivemos limitações para fazer visita domiciliar” (Catão).

“Deixar de fazer visita domiciliar foi muito difícil para mim [...] porque eu não conseguia entrar no domicílio, não conseguia ver como os pacientes com hipertensão e diabetes estavam, eles ficaram muito restritos e se sentiam muito sozinhos” (Zibo).

“A impossibilidade de fazer as atividades em grupo dificultou o acompanhamento desses pacientes e também as visitas domiciliares [...] pacientes restritos ao leito que não tivemos como fazer esse acompanhamento” (Pequim).

A APS deve assumir seu protagonismo em situações de crise sanitária, pois é esse o nível de atenção capaz de garantir as ações de prevenção necessária. A proximidade com os territórios, possibilitando o conhecimento sobre as situações de risco e vulnerabilidade da comunidade, o desenvolvimento de ações de educação em saúde, a vigilância dos territórios e o acompanhamento e monitoramento das pessoas do grupo de risco são algumas das importantes ações desenvolvidas pela APS.

No Brasil e em diversos países do mundo, a resposta sanitária para a pandemia de COVID-19 ficou centrada nos serviços hospitalares. Sem retirar a importância da adequada estruturação da atenção especializada voltada aos casos mais graves da COVID-19, é preciso alertar que, no âmbito da APS, muito pode ser feito⁸.

Além da recomendação de suspensão de consultas eletivas, muitos usuários optaram por não comparecer às UBS para não correr o risco de contaminação. O sentimento de medo foi algo muito forte e presente na pandemia, não só pelos usuários, mas, principalmente, pelos profissionais de saúde.

“[...] teve paciente que passou até mais de um ano sem vim na UBS [...] até hoje ainda tem paciente que diz que vai dar mais um tempo” (Wuxi).

“Eu não conseguia entrar nas residências, eu não conseguia ver como estavam [...] minha área [referindo-se ao seu território de atuação] é muito vulnerável e foi muito difícil, eu tinha medo de pegar a doença de quem estava lá dentro e eles tinham medo de pegar a doença de mim” (Zibo).

Foi possível perceber através dos discursos, que mesmo após dois anos de pandemia, as equipes não conseguiram retomar às atividades próprias da APS, especialmente as visitas domiciliares.

Semelhantemente, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) mostra que dois em cada três participantes associam a queda na frequência às

atividades da UBS ao medo da COVID-19⁹.

A visita domiciliar pode se constituir como um dispositivo forte para a criação de vínculos, com potencial para a compreensão da realidade, permitindo expressar condições de vida e trabalho dos sujeitos, subsidiar o planejamento das ações para atender, de forma adequada, às necessidades de saúde da população¹⁰.

Na pandemia de COVID-19, a informação correta para a população sobre as medidas de prevenção do contágio do coronavírus foi uma das principais atividades realizadas pelos ACS. Para orientar o trabalho dos ACS o Ministério da Saúde (MS) emitiu um guia de recomendações para as adequações dos agentes comunitários de saúde frente a situação de COVID-19¹¹. O documento orienta a visita domiciliar pelo ACS de forma limitada (não realizar atividades dentro domicílio, apenas na área peri domiciliar).

Entretanto, percebe-se que por diversos motivos, como o déficit de profissionais por afastamento e adoecimento, o medo por parte dos pacientes e dos profissionais e a condição de risco de alguns ACS, as visitas foram suspensas e os ACS em sua grande maioria passaram a desenvolver atividades dentro da UBS.

Dados do SISAB apresentam uma redução de 44% das visitas domiciliares realizadas pelo ACS em 2020 (248.093) quando comparamos o ano de 2019 (446.616), em 2021 (297.781) mantemos uma redução de 33% em relação a 2019 e em 2022 (369.960) uma redução de 17%, o que demonstra que somente no ano de 2022 estamos conseguindo retomar a oferta desse serviço³.

Em relação às atividades coletivas realizadas para pessoas com doenças crônicas, quando comparamos o número de atendimentos realizados no ano de 2020 (431), comparando com o ano de 2019 (941), ano anterior à pandemia, temos uma redução de 54%. Nos anos de 2021 e 2022, o atendimento em grupo começa a ser retomado, ainda com redução de 18% em 2021 quando comparado a 2019. Em 2022 (943) foi identificado o registro de um número discretamente maior em relação a 2019³.

Além da recomendação da suspensão de consultas eletivas, outra medida tomada para reduzir o número de pessoas nos serviços de saúde foi a publicação da lei nº 14.028, em julho de 2020, alterando a Lei nº 13.979, para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos a prescrição e de uso contínuo tivessem a validade ampliada até pelo menos enquanto fossem necessárias as medidas de isolamento para contenção do surto da COVID-19. Tal

medida foi percebida pelos participantes do estudo como uma ação que trouxe prejuízo ao acompanhamento das pessoas com DCNT, uma vez que ficaram por um período muito prolongado fazendo apenas a dispensação de medicamentos, sem realizar o adequado acompanhamento dos pacientes.

“Outra coisa que prejudicou o acompanhamento foi a mudança do tempo de validade da receita, que antes era a cada seis meses e passou a ser um ano [...] e por ter essa questão de facilidade no sentido de receber a receita alguns pacientes continuam nesse hábito e acabam querendo que o ACS resolva no lugar de vim a unidade” (Jinan).

“[...] a própria comunidade, paciente com hipertensão e diabetes, acham mais cômodo simplesmente chegar e renovar a receita como se não houvesse necessidade de uma avaliação periódica, como sabemos que realmente precisa” (Taiyuan).

“Quando a gente viu que a coisa foi se prolongando e a gente viu que tinha pacientes que não dava para ficar só renovando receita e aí a gente tinha que fazer a busca ativa e o resgate desses pacientes” (Cantão).

“Os pacientes acham mais cômodo simplesmente chegar e renovar a receita como se não houvesse necessidade de uma avaliação periódica como sabemos que realmente precisa, então, essa portaria ainda em vigor fica meio que condicionado a vir renovar a receita como se isso fosse suficiente” (Taiyuan).

Os profissionais não devem admitir que as ESF sirvam apenas para renovar receitas. A medicalização é sim parte de extrema importância no tratamento das doenças crônicas, entretanto, não pode ser a única forma de tratamento¹².

A prática de renovação de receita para pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos é frequente nos serviços de saúde e pelo fato de gerar uma demanda muito grande para atendimento desencadeia situações conflituosas, pois envolve questões relacionadas à ética médica e, quando a renovação ocorre repetidas vezes, sem que ocorra uma avaliação da eficácia do tratamento medicamentoso, pode causar prejuízos aos pacientes.

Com a suspensão de serviços eletivos e outras medidas que acabaram dificultando o acesso e a continuidade das pessoas com hipertensão e diabetes na APS, as equipes modificaram o padrão de acompanhamento anteriormente existente na ESF, ampliando as consultas por demanda espontânea e utilização de outras ferramentas de informação e comunicação para facilitar o acesso.

“A gente não podia fazer as visitas domiciliares, mas conseguimos superar, porque a gente ligava e se comunicava com os pacientes por telefone” (Wuxi).

“O acesso das pessoas com doenças crônicas acontecia por demanda espontânea, todos que procuravam a gente atendia” (Chuzhou).

“Quando a gente viu que a pandemia foi se prolongando, a gente viu a necessidade de realizar busca ativa. Os ACS identificavam as demandas que precisavam ser atendidas de acordo com a necessidade dos pacientes... eu mesmo enquanto enfermeiro sempre estava disponível, até para resolver as coisas por telefone mesmo” (Cantão).

Dentre as mudanças necessárias para garantir o acesso e acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes, a busca ativa pelo ACS, o telemonitoramento e o atendimento por demanda espontânea foram os mais citados.

Em maio de 2020, o MS lançou uma Nota Técnica que orientava os profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas com doenças crônicas na APS, diante da situação de pandemia de COVID-19. A nota, dentre outras orientações, recomenda a adoção de medidas que reduzissem a presença desnecessária dos usuários nos serviços de saúde, como o uso da telemedicina para o acompanhamento regular e à distância das pessoas com doenças crônicas¹³. Diversos estudos destacaram o uso de tecnologias e da telemedicina para manter o acompanhamento das pessoas do grupo de risco¹⁴. Contudo, a disponibilidade de tecnologias de informação e comunicação, ainda é um grande desafio para o SUS.

Quanto a regulamentação do telessaúde no Brasil, em 2 de junho de 2022, o Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº 1.348, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar o emprego das tecnologias de informação e comunicação na assistência remota, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e

promoção de saúde do cidadão.

Os ACS são importantes aliados no enfrentamento de epidemias, especialmente no que diz respeito à conscientização da população, difundindo informações corretas sobre a prevenção de COVID-19, e apoiando as atividades educativas no território¹⁵. O conjunto ampliado de práticas dos ACS coloca este profissional como um relevante ator para promover cuidados, facilitar o acesso da população à rede de atenção à saúde¹⁵.

A pandemia da COVID-19 demandou adequação dos sistemas de saúde e reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais, entretanto, essa reorganização da APS não pode significar descontinuidade de outras demandas prevalentes no território¹⁶.

A ESF é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde¹⁷.

Apesar de um sistema de saúde fragilizado e da necessidade de adequar os serviços às medidas de prevenção da COVID-19, a APS lançou estratégias para facilitar o acesso dos usuários aos serviços (telemonitoramento, ampliação das consultas por demanda espontânea e estratégias de comunicação através dos ACS). Porém, percebe-se que a suspensão de consultas eletivas, atividades em grupo e visitas domiciliares acabaram impactando de forma negativa na continuidade das atividades da APS e que, mesmo após dois anos de pandemia, o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes continua prejudicado.

Os desafios e experiências das equipes para o adequado acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em situações de crise sanitária

Nesta categoria estão reunidos as experiências e os desafios que serviram de aprendizado para o enfrentamento a novas emergências em saúde pública.

Os profissionais da APS remodelaram os processos de trabalho e perceberam que muitas das inovações implantadas de forma emergencial para responder à pandemia de COVID-19 vieram para ficar¹⁸.

Em contextos de emergência sanitária, a APS continua sendo a principal porta de entrada para o sistema de saúde, e são em momentos como este, de enfrentamento de uma pandemia, que trazem à tona realidades antes pouco evidentes¹⁹.

A pandemia de COVID-19 acentuou e expôs as fragilidades do sistema de saúde, que precisa ser reorganizado, fortalecido e repensado para enfrentar de forma abrangente os desafios das crises sanitárias¹⁹. O enfrentamento à pandemia exige uma adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho²⁰.

“A pandemia trouxe o aprendizado do uso do EPI [...] a gente sabia que era para usar, mas não usava [...] a gente deixava muita coisa de lado” (Cantão).

A pandemia colocou em destaque a importância de os(as) profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros(as) e demais profissionais da enfermagem que prestam cuidados, reconhecerem a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados para minimizar a disseminação do vírus, adoecimento e afastamento das suas atividades laborais²⁰.

Os profissionais da equipe de enfermagem que atuam na APS, nem sempre usam os EPI; ou até utilizam quando se sabe previamente do diagnóstico de uma doença infectocontagiosa em um determinado paciente²¹. Apesar do conhecimento quanto às normas de biossegurança em saúde, os profissionais da APS participantes do estudo relataram que não tinham o hábito de utilizar EPI.

Com a pandemia de COVID-19 e a recomendação de utilização da máscara para prevenção do contágio por COVID-19, os profissionais passaram a reconhecer a importância do EPI, inclusive para a prevenção de outras doenças com transmissão por vias respiratórias.

A APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos municípios, estabelecendo fluxos, para aprimorar a qualidade das ações²². A definição de fluxos diferenciados para evitar o cruzamento de usuários com sintomas respiratórios daqueles sem sintomas gripais foi necessária como medida de prevenção do contágio, assim como a implantação de Salas de Priorização de Atendimento (SPA), que eram espaços exclusivos para o atendimento às pessoas com sintomas gripais.

As equipes da ESF do estudo adotaram as medidas de prevenção recomendadas pelo MS para prevenção do contágio dentro da UBS, com definição de fluxo diferenciado e marcação de uma sala exclusiva para o atendimento de pessoas com síndrome gripal.

“A gente sentiu necessidade de fazer algumas articulações [...] mudança no fluxo interno do usuário dentro da unidade [...] criação das SPA [...] teleconsulta [...] monitoramento” (Cantão).

Além de ser um espaço que tinha como objetivo a prevenção do contágio por COVID-19 dentro da UBS, a SPA foi importante na realização da identificação de pacientes do grupo de risco que estavam necessitando de acompanhamento para suas condições de saúde.

“A gente via a descompensação dos pacientes da área às vezes quando eram atendidos na SPA, quando vinham com suspeita de COVID” (Xangai).

Nas SPA o paciente era atendido, para isso, os diversos profissionais se revezam para atendê-lo sem necessidade de fluxo intenso do paciente dentro da UBS/USF²². A estratégia de definição de fluxos diferenciados de acesso e de SPA, além de experiência importante, configura-se como um grande desafio, diante da realidade da estrutura física das unidades, muitas vezes funcionando em locais improvisados, com apenas um porta, para entrada e saída dos usuários.

Assim como a estratégia da SPA para prevenção do contágio dentro da UBS, o uso da tecnologia passou a ser indispensável para possibilitar o atendimento à recomendação de isolamento social e redução de fluxo de pessoas nos serviços de saúde.

Estratégias para garantir o cuidado continuado para pessoas com doenças crônicas durante a pandemia incluíram o uso de modalidades de atendimento como telessaúde, garantindo o fornecimento de medicamentos e outros produtos essenciais, valorizando a proteção dos profissionais de saúde com EPI¹⁸.

A experiência do telemonitoramento merece ser incorporada aos serviços para a melhoria do acesso à APS. Os profissionais envolvidos no estudo citam a estratégia do telemonitoramento, como importante ferramenta para acompanhar

pessoas com doenças crônicas do território:

“Mais uma estratégia que podemos utilizar, é o telemonitoramento, a maioria que monitoramos eram doentes crônicos, fizemos planilhas online com dados dos pacientes, resultados dos exames e uma equipe que ficava ligando a cada 48h para esses pacientes” (Cantão).

“Foi muito difícil não poder mais fazer as visitas, mas a gente superou, a gente ligava para os pacientes, se comunicava” (Wuxi).

O telemonitoramento realizado pelas equipes da APS durante a pandemia, foi utilizado não só para monitorar os casos suspeitos e confirmados de COVID-19, mas também para identificar pessoas do grupo de risco que estavam necessitando de consulta presencial e para manter a população informada sobre as medidas de prevenção da COVID-19.

A busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes em situação de risco foi descrita pelos participantes do grupo como uma importante estratégia para garantir a continuidade do cuidado no contexto da pandemia. A ampliação da ação de busca ativa, que antes da pandemia era considerada uma atividade própria dos ACS, passou a ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe, sendo realizada não só por telefone.

“A gente teve que fazer a busca ativa e o resgate desses pacientes mesmo, através da teleconsulta” (Cantão).

“A gente realizava a busca ativa quando o paciente procurava atendimento na SPA. A gente identificava aquele paciente que estava sumido [...] o momento da vacinação também se transformou numa forma de busca ativa, porque o paciente não vem na unidade para nada, mas vem para tomar a vacina” (Xangai).

A APS possui diretrizes e dentre elas está a diretriz da territorialização e adstrição, que permitem o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades²³.

No cenário de pandemia do coronavírus, dentre as ações das equipes está o suporte e monitoramento de grupos vulneráveis e de risco ao coronavírus, com o objetivo de prevenir complicações da doença¹⁷. No caso das pessoas com hipertensão e diabetes, o sucesso do tratamento depende muito do desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e da participação de seus familiares, e é nesse cenário que a APS está fortemente envolvida, desenvolvendo o autocuidado apoiado a partir da identificação de pessoas em situação de risco.

A autonomia das pessoas com hipertensão e diabetes e um maior envolvimento das famílias no processo de cuidado foi uma das percepções de mudanças identificadas pelos participantes do estudo, como resposta ao isolamento social da pandemia de COVID-19. Eles observaram que as pessoas, por saberem que estavam entre os grupos de risco para COVID-19 passaram a se cuidar mais.

“Quando a COVID veio, a própria pessoa passou a se cuidar, começou a ter uma preocupação maior por saber que eram do grupo de risco, preocupação de não deixar acabar o medicamento e questões de exames também de rotina” (Xinyang).

“Hoje em dia a gente vê que a maioria agora vem acompanhado dos familiares [...] a família se inteirou mais da situação dos pacientes [...] muita gente não se cuidava, quando a COVID veio a própria pessoa passou a se cuidar” (Wuxi).

Em divergência, um estudo na Tailândia revelou baixos níveis de comportamento de autocuidado na população idosa durante a pandemia de COVID-19²⁸.

Dentre as experiências vivenciadas pelos participantes dos grupos, a ampliação no horário de atendimento das unidades, configurou-se como uma experiência importante, que ampliou o acesso à UBS. O atendimento em horário estendido diminui o risco de fragmentação do cuidado, pois evita que os usuários procurem serviços de emergência, que desconhece o paciente ou não tem acesso ao seu prontuário²⁴.

“Às vezes o paciente vinha marcar consulta, mas a quantidade de profissionais não era suficiente para a demanda do bairro [...] melhorou o tempo de espera quando ampliou o horário de funcionamento da unidade” (Jinan).

“A quantidade de médico se mantém, mas com a extensão do horário melhorou, a estrutura não acomoda mais profissionais, o bairro é muito populoso, com diversas dificuldades, mas com a ampliação do horário melhorou” (Taiyuan).

A ampliação do horário de funcionamento da APS foi uma importante estratégia de melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, reduzindo a demanda de usuários nos serviços de urgência e emergência. No contexto da pandemia, tal iniciativa torna-se ainda mais relevante, quando tivemos um elevado número de pessoas que buscavam os serviços de urgência e emergência.

Dentre os relatos do grupo, emergiu a situação de sobrecarga de trabalho dos profissionais, ocasionado pela elevada demanda de usuários com sintomas de gripe nos serviços de saúde e pelo elevado número de profissionais afastados, tanto pelo fato de pertencerem aos grupos de risco para COVID-19 quanto por adoecimento. A sobrecarga de trabalho para os profissionais da APS, ocasionada pela pandemia de COVID-19 foi identificada como um desafio.

“A pandemia ocasionou uma sobrecarga de trabalho, o próprio contexto que desfavoreceu, muitos profissionais afastados, tudo isso impactou de alguma forma” (Cantão).

Em todo o mundo, os profissionais da saúde se adaptaram aos desafios apresentados pela pandemia, mas as fraquezas sistêmicas, incluindo a escassez de EPI, a capacidade de diagnóstico reduzida e a escassez de força de trabalho, muitas vezes prejudicaram as respostas eficazes à crise sanitária¹⁸.

Com a pandemia de COVID-19 e a necessidade de adequação dos serviços de APS para o atendimento aos pacientes com síndrome gripal, fragilidades anteriores à pandemia ficaram em evidência e com isso a necessidade de incorporar ao processo de trabalho das equipes as adequações realizadas para atender às necessidades impostas pela pandemia.

Apesar dos esforços das equipes em adequar os serviços para a garantia do acesso, da integralidade e da continuidade do cuidado às pessoas mais vulneráveis e dos grupos de risco, fica evidente a necessidade de maiores investimentos financeiros na APS, pois sem estrutura física adequada, disponibilidade de

ferramentas de tecnologia de informação e comunicação, disponibilidade de insumos e recursos humanos, as equipes de ESF não tem condições de responder a situações de crise sanitária adequadamente e em tempo oportuno.

Dentre os desafios identificados nas discussões dos grupos focais relacionados à estrutura física das UBS/USF, disponibilidades de insumos/equipamentos e sobrecarga de trabalho, os participantes trouxeram também importantes desafios que são anteriores a pandemia de COVID-19, que devem servir de base para a organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas dos territórios.

“[...] um grande desafio para garantir o acompanhamento é o acesso às especialidades, é muito difícil cardiologia, endocrinologia, oftalmologista, ortopedia, tudo demora muito, nutricionista não existe” (Zibo).

“O acesso aos especialistas tanto para os descompensados ou não, temos dificuldade pelo sistema, a categoria de especialista não atende a necessidade da UBS, a falta de nutricionista e de educador físico também interfere bastante, para a retomada dos grupos, psicólogo também” (Taiyuan).

“O nível de escolaridade, idade, pelo fato de o perfil da área ser de senilidade, faz com que a maioria, tenha dificuldade de entender o porquê de tomar a medicação, precisava às vezes descompensar, uma úlcera não cicatrizar, alguma coisa assim mais alarmante para o paciente entender a gravidade” (Xangai).

Dentre os relatos dos participantes do estudo com relação aos desafios para o acompanhamento das pessoas com HAS e DM, teve destaque as questões relacionadas ao cuidado multiprofissional, a garantia de uma atenção integral à saúde e a dificuldade de adesão ao tratamento relacionada à fatores socioeconômicos da população.

Na prevenção e no controle das DCNT é necessário priorizar o reconhecimento do perfil socioeconômico da população atendida, assim como a APS precisa atuar na prevenção e controle a partir da identificação dos determinantes presentes na vida dos usuários²⁵.

Os determinantes sociais influenciam na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de DCNT. Para reduzir a mortalidade por DCNT é preciso combater a desigualdade e a pobreza através de ações intersetoriais. A abordagem das DCNT precisa considerar os fatores de risco para DCNT²⁷.

Por isso, a necessidade de ações intersetoriais, além das ações multidisciplinares de apoio ao autocuidado. O papel de educador do ACS nesse contexto também é extremamente relevante, empoderar os usuários e suas famílias sobre suas condições de saúde é primordial para o controle das DCNT.

No Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, a elevada taxa de prevalência das DCNT revela que esses agravos afetam de forma mais intensa grupos vulneráveis ligados à baixa escolaridade, pobreza e raça negra²⁶.

Visto isso, para melhorar a qualidade da atenção às pessoas com doenças crônicas, a gestão precisa garantir uma atenção integral por meio da articulação em redes, com acesso aos outros níveis de atenção.

Portanto, desafios anteriores à pandemia (cuidado integral, atenção multiprofissional e condições sociais da população) potencializaram as dificuldades em desenvolver o adequado acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes na APS. Todavia, os desafios que surgiram com a pandemia trouxeram aprendizados que podem ser incorporados à rotina de serviços, como o telemonitoramento, o uso de EPI e a ampliação do horário de atendimento das unidades.

Considerações finais

A realização dos grupos focais permitiu perceber que o processo de trabalho das equipes sofreu alterações na perspectiva da garantia do acesso e da continuidade do cuidado.

Evidenciou-se que, como intervenções necessárias para o atendimento às recomendações de distanciamento social, as equipes suspenderam as atividades em grupo e as consultas eletivas e restringiram as visitas domiciliares. O medo por parte de usuários e profissionais de saúde e a ampliação no tempo de validade de receituários médicos para pacientes em uso de medicamento contínuo ocasionou uma redução de usuários nos serviços.

Certas adaptações foram implementadas para garantir o acesso e a continuidade do cuidado, como a ampliação da oferta de atendimento por demanda espontânea, mudança de fluxo dos usuários dentro da UBS, uso de ferramentas de informação e comunicação e busca ativa realizada por toda a equipe de saúde.

Observou-se ainda que a valorização do uso de EPI, o telemonitoramento e o apoio ao autocuidado proporcionaram na equipe o reconhecimento da necessidade de aprimorar essas vivências na rotina dos serviços.

O estudo conclui que a APS deve assumir seu protagonismo em emergências sanitárias. Ações de enfrentamento à pandemia devem ser implementadas, mas as demandas do território, que são de responsabilidade da APS, devem continuar acontecendo.

Outrossim, entre as limitações do estudo, percebeu-se que as discussões dos grupos que envolviam o acesso à telessaúde, à disponibilidade de EPI e à estrutura física das unidades de saúde poderiam ter sido mais exploradas nas discussões do grupo. Por fim, sugere-se a continuação de novas pesquisas nesta temática.

Referências

1. Syed MA, Nuaimi ASA, Qotba HA, Nasrallah GK, Althani AA, Yassine HM, et al. Epidemiology of SARSCoV2 in Qatar's primary care population aged 10 years and above. *BMC Infect Dis.* 2021; 21(1):645-649. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06251-z>
2. Malta DC, Gomes CS, Silva AG, Cardoso LSM, Barros MBA, Lima MG, et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(7):2833-2842. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00602021>
3. Natal (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação para a Atenção Básica em saúde. Natal: Secretaria Municipal de Saúde; 2021.
4. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet.* 2020; 395(10238):1678-1680. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31067-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31067-9)
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
6. Aquino ELM, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais

impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(1):2423-2446.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>

7. Giovanella L, Veja R, Silva HT, Ramiriz NA, Lezcano MP, Ríos G, et al. A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de COVID-19 na América Latina? *Trab. Educ. Saúde.* 2020; 19:1-28. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

8. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(8):1-5. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

9. Costa NR, Belas H, Silva PRF, Carvalho PVR, Uhr D, Vieira C, et al. Insegurança e medo na atenção primária: os agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil. *In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, editores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Observatório COVID-19 Fiocruz, Editora Fiocruz; 2022. p. 297-308. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0020>

10. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(44):61-73. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>

11. Brasil (País). Ministério da Saúde. Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente a atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

12. Brito RFN. Abordagem sobre renovação automática de receitas para medicamentos de uso contínuo em pacientes da Equipe de Saúde da Família Irineu Kienen, no município de Indaial, Santa Catarina [Monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.

13. Brasil (País). Ministério da Saúde. Nota técnica: atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de Covid-19 (coronavírus), 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

14. Tinoco RS, Viridiana TS. La imperiosa necesidad de telemedicina um la atención de diabetes durante la pandemia de COVID-19: um estudio de abordaje integral. *Gac. Méd. Méx.* 2021; 157(3):323-326. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000674>

15. Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(2):45185-4195. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>

16. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Rev Saúde Pública.* 2022; 56(94):1-15. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>

17. Yadav UN, Mistry SK, Ghimire S, Schneider CH, Rawal LB, Acharya SP, et al. Recognizing the roles of primary health care in addressing non-communicable diseases in low- and middle-income countries: lesson from COVID-19, implications for the future. *J Glob Health*. 2021; 11(13):1-10. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03120>
18. Parkinson A, Sethunya M, Desborough J, Dykgraaf SH, Ball L, Wright M, et al. The impact of COVID-19 on chronic disease management in primary care: lessons for Australia from the international experience. *Med. Jour. of Australia*. 2022; 256(9):245-248. <https://doi.org/10.5694/mja2.51497>
19. Sarti TD, Lazarini WS, Fortenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*. 2020; 29(2):1-5. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
20. Cardoso FS, Sória DAC, Vernágua TVC. O uso do equipamento de proteção individual em tempos de COVID-19: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*. 2021; 10(2):1-14. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12772>
21. Vieira AN, Lima DWC, Silva FT, Oliveira GWS. Uso dos equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 2015; 9(10):1376-1383. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i10a10848p1376-3183-2015>
22. Brasil (País). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Procedimento Operacional Padronizado. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
23. Brasil (País). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
24. Trumé E, Facchini LA. Atenção às condições crônicas de saúde na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. 2021; 1-29.
25. OPAS, Organização Panamericana da Saúde. Cuidados Inovadores para as condições crônicas. 2021.
26. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *The BMJ*, 2019; 364(251):1-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.l251>
27. Neves-Júnior TT, Queiroz AAR, Carvalho EA, Silva CJA, Elías TMN, Menezes RMP. Perfil clínico y sociodemográfico de usuarios con enfermedades crónicas en atención primaria de salud. *Enferm. glob*. 2023; 22(69):245-257. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.512211>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado fazem da APS o nível de atenção à saúde estratégico para o controle das DCNT. Ações de promoção a hábitos saudáveis de vida, apoio ao autocuidado com participação ativa dos usuários e suas famílias, estratificação de risco e vulnerabilidade, acompanhamento multiprofissional e ações intersetoriais são fundamentais para reduzir a morbidade e mortalidade evitável em pessoas com DCNT.

Na pandemia de COVID-19 as pessoas com hipertensão e diabetes tiveram o acesso e a continuidade do cuidado prejudicados, bem como as equipes precisaram adequar o processo de trabalho com medidas que garantissem minimamente o controle das doenças crônicas, evitando que um elevado número de usuários ficasse descompensados por falta de cuidado.

Esse estudo possibilitou compreender a forma como as equipes de ESF da APS do município de Natal organizaram seus processos de trabalho durante a pandemia de COVID-19 para garantir o acesso e a continuidade do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, assim como a identificação de experiências e desafios que podem ser discutidos entre os gestores e trabalhadores da saúde, para aprimoramento e incorporação na rotina dos serviços e nas situações de crise sanitária.

Os resultados desse estudo de caso podem contribuir para a construção de agendas das equipes de APS com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, além de contribuir na elaboração de planos de ação para enfrentamento de pandemias, como a da COVID-19.

Nesse Viés, percebe-se que a fragilidade no acompanhamento às pessoas com doenças crônicas pela APS foi acentuada pela pandemia de COVID-19. Analisar como estava organizado o processo de trabalho para o acompanhamento das pessoas com DCNT no contexto da APS é uma estratégia importante para identificar ações exitosas para o enfrentamento às emergências sanitárias.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise . Acesso em: 24 jul 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Ltda. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.14244/%2519827199291>. Acesso em: 24 jul 2021.

BORGES, O. R. C. et al. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago**, v. 6, n. 3, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129415/o-impacto-da-pandemia-decovid-19-em-individuos-com-doencas-cronicas.pdf>. Acesso em: 09 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-COVID-19/view>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual - como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf/view. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigilancia-epidemiologica-da-covid-19-15.03-2021.pdf>. Acesso em: 03 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf. Acesso em: 15 maio 2022.

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

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no brasil 2011-2022**. 1ª edição – 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 24 jul 2021.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?lang=pt>. Acesso em: 09 nov 2021.

GONÇALVES, V. L. M. A pesquisa-ação como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. **Cogitare enferm**, v. 9, n. 1, p. 50-59, 2004. Disponível em: <file:///home/chronos/u6c9bf68c655b0612fdcf200bc04264417b2eda12/MyFiles/Downloads/1705-3550-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 jul 2021.

GUERRA, J. V. S.; et al. Multifactorial Basis and Therapeutic Strategies in Metabolism-Related Diseases. **Nutrients**, v. 13, n. 8, p. 28-30. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13082830>. Acesso em: 16 set 2021.

HARRISON, S. R.; JORDAN, A. M. Chronic disease care integration into primary care services in sub-Saharan Africa: a 'best fit' framework synthesis and new conceptual model. **Fam Med Community Health**, v. 10, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001703>. Acesso em: 03 jun 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 dez 2021.

KLUGE, H. H. P.; et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. **The Lancet**, v. 395, n. 10238, p. 1678-1680, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31067-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31067-9). Acesso em: 03 jun 2021.

MALTA, D. C.; et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2833-2842. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00602021>. Acesso em: 23 jul 2021.

MATIAS, M. C. M. et al. Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas. **Rev. Enferm. UFSM** -

REUFMS, Santa Maria, v. 11, n. 22, p. 1-22, 2021. Disponível em: [10.5902/2179769243719](https://doi.org/10.5902/2179769243719). Acesso em: 24 jul 2021.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 08 nov 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS, 2012; 1ª ed. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria. Acesso em: 24 jul 2021.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico nº 70**, 16 dez. 2022. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: <https://coronavirus.natal.rn.gov.br/>. Acesso: 15 maio 2022.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação para a Atenção Básica em saúde**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2022.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação para a Atenção Básica em saúde**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>. Acesso em: 24 jul. 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Reforçando a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19**: adaptando serviços de atenção primária para uma resposta mais efetiva à COVID-19. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52497/OPASWBRACOV1920092_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 jul 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Situação Epidemiológica**. 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 24 jul 2021.

OPAS, **Organização Pan-Americana de Saúde**. 2015. Disponível em: <file:///home/chronos/u-6c9bf68c655b0612fdcf200bc04264417b2eda12/MyFiles/Downloads/ent-cuidados-innovadores-innovateccc-digital-pt.pdf>. Acesso em: 24 jul 2021.

RIO GRANDE DO NORTE. Departamento de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico nº 589**, 11 maio. 2022. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=240728&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=ACERVO+DE+MAT%C9RIAS>. Acesso em: 15 maio 2022.

SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **“Principais Elementos.”** Coleção Covid-19, 1ª ed., vol. 1, eDOC Brasil, 2021. p. 338. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em: 08 jun 2021.

SOUZA, V. R. D. S.; et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>. Acesso em: 03 jun 2022.

SYED, M. A.; et al. Epidemiology of SARS CoV2 in Qatar 's primary care population aged 10 years and above. **BMC Infect Dis.**, v. 21, n. 1, p. 645-649, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06251-z>. Acesso em: 03 jun 2021.

TRUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. **Atenção às condições crônicas de saúde na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas.** 2021; 1-29. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Te%CC%81cnica-Atenc%CC%A7a%CC%83o-CC-05112021.pdf>. Acesso em: 03 jun 2022.

UFRN. Laboratório de Inovações Tecnológicas - LAIS. **Coronavírus RN, 2021.** Disponível em: <https://covid.lais.ufrn.br/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES, que tem como pesquisador responsável Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de trabalho sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Primária à Saúde do município de Natal no contexto da pandemia da COVID-19, no ano de 2020.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a fragilidade no acompanhamento às pessoas com hipertensão e diabetes pela atenção primária à saúde, acentuada no contexto da pandemia da COVID-19

Caso decida participar, a coleta de dados da pesquisa será realizada através de um encontro em roda de conversa com outros profissionais da equipe saúde da família, um representante da gestão e um representante da comunidade, formando um grupo focal com 10 participantes. Para nortear as discussões do grupo, será utilizado um roteiro de perguntas. O encontro deverá acontecer no ambiente da própria unidade básica de saúde, facilitando o acesso aos participantes, em ambiente confortável e ventilado, as cadeiras serão organizadas em forma de círculo, respeitando o distanciamento de no mínimo 1 metro entre as cadeiras como forma de prevenção da COVID-19. As discussões do grupo serão gravadas e o encontro deverá durar em torno de 120 minutos.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos como a invasão de privacidade, a tomada de tempo do participante e o medo de repercussões eventuais pela evidenciação dos processos de trabalho, além das questões relacionadas ao contexto atual do contágio por COVID-19. Esses riscos poderão ser minimizados através da utilização de máscara cirúrgica por todos os participantes, distanciamento mínimo de 1 metro entre as cadeiras e disponibilização de álcool à 70%; os participantes receberão a explicação detalhada de todos os procedimentos que serão realizados; a coordenação do grupo será pelo próprio pesquisador; teremos um observador que auxiliará na coordenação do grupo, controle de tempo e medidas preventivas para COVID-19; os resultados da pesquisa estarão à disposição dos participantes; o nome ou o material que indique a participação não será liberado sem a permissão dos participantes; os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que resulte deste estudo; será

garantido local reservado e liberdade para não responder questões que os participantes julgarem constrangedoras.

Os participantes terão acesso a transcrição da gravação e ao resultado do estudo a qualquer tempo e a identidade dos participantes será tratada conforme a resolução 466/12 do conselho nacional de saúde assegurando o sigilo dos participantes.

Como benefícios da pesquisa você participará de um momento de discussão sobre o processo de trabalho da equipe da Atenção Primária à Saúde quanto ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes, que permitirá uma análise sobre as práticas atuais com a perspectiva de implantar estratégias de melhorias no processo de atenção à saúde aos sujeitos com diabetes mellitus e hipertensão arterial na Estratégia da Saúde da Família, auxiliando a identificar lacunas existentes no processo de trabalho e no cuidado com o usuário, podendo contribuir com subsídios que possibilitem orientar a gestão dos serviços de saúde no processo de tomada de decisão para o desenvolvimento de ações de saúde, que busquem a melhoria do processo de cuidado, refletindo, assim, sobre a promoção de um cuidado coordenado, contínuo e integral aos usuários com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados pela ESF.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada pelo tempo que for necessário e pelo serviço adequado de atendimento em saúde.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante no telefone (84) 99121-2088, email: tallitafbrito@hotmail.com.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

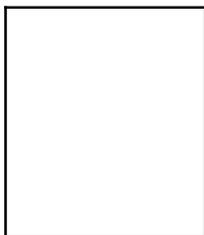
Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone (84) 3342-5003, e-mail

cep_huol@yahoo.com.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h30minh às 12h30 e das 13h30 às 15h00, no Hospital Universitário Onofre Lopes, endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA

SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal/RN, ____ de _____ de 20__.

Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante

CPF: 064.637.794-90

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU REGISTRO DE IMAGENS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU REGISTRO DE IMAGENS (FOTOS E/OU VÍDEOS)

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES, que tem como pesquisador responsável (Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante).

Esta pesquisa pretende analisar o processo de trabalho sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Primária à Saúde do município de Natal no contexto da pandemia de COVID-19, no ano de 2020. O motivo que nos leva a fazer este estudo é a fragilidade no acompanhamento as pessoas com hipertensão e diabetes pela atenção primária à saúde, acentuada no contexto da pandemia da COVID-19. Gostaríamos de solicitar sua autorização para efetuar a gravação de voz e/ou o registro de fotos e/ou vídeos, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos:

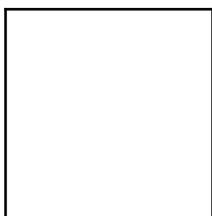
1. Ter acesso às fotos e/ou vídeos e/ou à gravação e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que as fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletadas serão usadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas, utilizando mecanismos para este fim (tarjas, distorção da imagem, distorção da voz, entre outros).
4. Ter as fotos e/ou vídeos e/ou áudios obtidos de forma a resguardar a privacidade e minimizar constrangimentos;
5. Ter liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse das fotos e/ou vídeos.

Você não é obrigado a permitir o uso das suas fotos e/ou vídeos e/ou áudios, porém, caso aceite, será de forma gratuita mesmo que imagens sejam utilizadas em publicações de livros, revistas ou outros documentos científicos.

As fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletados serão: áudio em torno de 120 minutos.

Consentimento de Autorização de Uso de Imagens (fotos e/ou vídeos)

Após ter sido esclarecido sobre as condições para a minha participação no estudo, eu, _____ autorizo o uso de:



- Minhas imagens (fotos e/ou vídeos)
- minha voz
- minhas imagens (fotos e/ou vídeos) e minha voz

Impressão datiloscópica do participante
Natal/RN, __de ____ de 20__.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DE
NATAL

A PRIMA CIDADANIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - DGTES
Setor de Educação Permanente e Articulação Ensino Serviço - SEPAES

CARTA DE ANUÊNCIA

Nº 56

Esclarecimentos

Esta é uma solicitação para realização da pesquisa intitulada O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES a ser realizada no município de Natal/RN, pela pesquisadora Talita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante, que utilizará a seguinte metodologia: estudo exploratório descritivo do tipo estudo de caso múltiplo, de abordagem qualitativa em que será utilizada a técnica grupo focal e objetivos principais de analisar o processo de trabalho sobre o acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Primária à Saúde do município de Natal no contexto da pandemia de covid-19, no ano de 2020 e construir uma agenda propositiva para o acompanhamento deste grupo prioritário na pandemia, necessitando portanto da concordância e autorização institucional para a realização da(s) etapa(s):

- 1 - participação nos encontros dos grupos focais e
- 2 - participação nos encontros com a devolutiva da agenda propositiva para o acompanhamento às pessoas com hipertensão e diabetes.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

1- Destacamos que de acordo com a Resolução 580/2018 no Art. 5º do CAPÍTULO II (Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS), os procedimentos da pesquisa NÃO IRÃO

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO INÍCIO DA PESQUISA

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO INÍCIO DA PESQUISA

Eu, Talita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante, CPF 064.837.794-90, pesquisador(a) responsável da pesquisa intitulada O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES , declaro que a coleta de dados não foi iniciada, e somente ocorrerá após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Natal/RN, 25 de novembro de 2021.

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Talita Mayara F. de B. Cavalcante
Talita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante
CPF: 064.837.794-90

APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo eu, Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante e meu orientador José Adailton da Silva e minha coorientadora Heleni Aires Clemente, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados, os quais serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES, durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão e serão guardados por um período mínimo de 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

Natal/RN, 25 de novembro de 2021.

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Tallita Mayara F. de B. Cavalcante
Tallita Mayara Fernandes de Brito Cavalcante
CPF: 064.637.794-90

José Adailton da Silva
José Adailton da Silva
CPF: 05645385403

Heleni Aires Clemente
Heleni Aires Clemente
CPF: 01180820436

APÊNDICE F – ROTEIRO DE GRUPOS FOCAIS

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

O ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: LIMITES E POSSIBILIDADES

Distrito Sanitário:

USF:

Data:

Local:

Hora Início:

Hora fim:

Nº Profissionais médicos:

Nº Profissionais enfermeiros:

Nº Profissionais Técnico de enfermagem:

Nº Agentes Comunitários de Saúde:

Nº gestores:

Nº representantes da comunidade:

- Esboçar o formato da discussão e apresentar o coordenador e observador do grupo, informando suas atribuições.
- Deve ser dito que a discussão é informal, que deve ter a participação de todos e que divergências de opiniões são bem vindas.
- Os participantes podem se recusar a responder as perguntas.
- Deve ser comunicado que as discussões serão gravadas e que os participantes podem ter acesso a gravação ou a transcrição a qualquer tempo

Perguntas norteadoras:

1. Poderiam descrever com detalhes como a equipe organizava o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes antes da situação de pandemia?
2. Diante da situação de emergência em saúde pública (pandemia da COVID-19) como esse cuidado passou a ser organizado? Quais desafios e experiências exitosas poderiam relatar?
3. Poderiam descrever com detalhes como está organizado o cuidado aos usuários com hipertensão e diabetes do território (identificação, cadastro e estratificação de risco) atualmente?
4. A equipe utiliza algum manual ou protocolo para nortear as ações voltadas para as pessoas com DCNT durante a pandemia da COVID-19? Qual (quais)?
5. Quais os principais desafios para a organização do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes antes da pandemia?
6. Quais os principais desafios para a organização do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes durante a pandemia?
7. Que recomendações seriam indispensáveis para esse grupo prioritário antes da pandemia?
8. Que recomendações seriam indispensáveis para esse grupo prioritário durante a pandemia?