

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

NAKITA MARIA KOMORI

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS: VIVÊNCIAS DE  
ENFERMEIROS/ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

UBERABA

2024

NAKITA MARIA KOMORI

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS: VIVÊNCIAS DE  
ENFERMEIROS/ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação *Stricto Sensu* de Atenção em Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção de título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Bethania Ferreira Goulart

UBERABA

2024

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

K85a Komori, Nakita Maria  
Assistência às pessoas com doenças crônicas: vivências de  
enfermeiros/enfermeiras da atenção primária / Nakita Maria Komori.  
-- 2024.  
98 f.: il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024  
Orientadora: Dra. Bethania Ferreira Goulart

1. Doença crônica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Enfermeiras  
e enfermeiros. 4. Assistência ao paciente. I. Goulart, Bethania Fer-  
reira. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39

NAKITA MARIA KOMORI

**ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS: VIVÊNCIAS DE  
ENFERMEIROS/ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

Uberaba, 29 de maio de 2024.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente  
 **BETHANIA FERREIRA GOULART**  
Data: 20/06/2024 17:49:25-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Bethania Ferreira Goulart (Orientadora)

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente  
 **LEINER RESENDE RODRIGUES**  
Data: 21/06/2024 15:54:34-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leiner Resende Rodrigues

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente  
 **FLAVIO ADRIANO BORGES MELO**  
Data: 21/06/2024 15:08:20-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo

Universidade Federal de São Carlos

Dedico essa dissertação à minha querida Mami, **Tânia**, pelo seu enorme amor, carinho e ensinamentos! Ao meu papai, **Edson**, por me tornar um ser humano cada dia melhor e uma profissional de excelência. À irmã, **Pâmela**, por sempre estar ao meu lado, me incentivando. Ao meu namorado, **Pablo**, por sempre escutar meus desabaços e angústias! E ao meu **Budindin**, que é a alegria dos meus dias.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por estar sempre guiando, por tudo que Ele colocou no meu caminho, pelos ensinamentos de amor e caridade que nos tornam pessoas cada vez melhores e por me permitir realizar este sonho.

A minha base, meus pais Edson e Tânia, que são meus exemplos de seres humanos. Obrigada por me criarem tão bem, me dando o maior amor, carinho, apoio, cuidados e ensinamentos dos verdadeiros valores da vida.

A minha “Irmã” que mesmo longe, sempre esteve presente e fazendo de tudo para me “por pra cima” nos momentos em que eu mais desacreditava de mim.

Ao meu namorado, Pablo, por compartilhar a vida comigo, entender meus dias difíceis, de estresses e ansiedades, e me fazer ficar calma e me mostrar que tudo passa e não precisa ter pressa.

Ao meu “cunha”, Hyago, por ser essa pessoa especial e se tornou um irmão pra mim, que me acolhe, apoio e com sua autoestima me ajuda a superar os momentos difíceis, e agradeço ele por cuidar tão bem da minha irmãzinha.

A minha orientadora Professora Dra. Bethania, que mesmo com muitos obstáculos durante o percurso, esteve sempre presente me incentivando, dando todo apoio necessário, e um exemplo de ser humano. Meu muito obrigada!

A minha família, meus tios e meus primos, que sempre foram um exemplo de união, de companheirismo, demonstrando o que é realmente uma família.

Ao meu neném, Murilo, que chegou no momento certo, me dando forças pra continuar a vida com alegria.

A minha avó, dona Luzia, a Tia Maria, a Vanessa e a Tia Regilene que mesmo não estando nesse plano espiritual, estão presentes no meu coração e me tornando uma pessoa mais forte. Saudades!

As minhas grandes amigas Sophia e Sara que desde a escola estão me apoiando, obrigada por me entender, justamente quando nem eu me entendo, por me ajudar quando eu preciso, me dar conselhos e por puxar minha orelha quando precisa.

As minhas amigas de faculdade e mestrado Drieli e Jessica, obrigada por me ajudarem tanto e entenderem como é essa loucura de vida acadêmica.

À minha médica, Dra. Elisabete, que desde os 5 anos cuida de mim, me inspira e me ensina sobre a importância do tratamento e empatia com o paciente diabético.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, pelo apoio e ensinamentos.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela excelência, incentivo à pesquisa e compromisso com o processo de aprendizagem dos alunos.

E a todos aqueles que contribuíram de forma direta e indireta para a realização desta pesquisa, minha gratidão.

*“O verdadeiro homem de bem é aquele que pratica a lei de justiça, de amor e de caridade na sua maior pureza. Se ele interroga sua consciência sobre os atos realizados, ele se pergunta se não violou essa lei, se não fez o mal, se fez todo o bem que podia, se ninguém tem nada a se lamentar dele, enfim, se ele fez a outrem tudo aquilo que queria que os outros lhe fizessem.”*

**Allan Kardec**



KOMORI, N. K. **Assistência às pessoas com doenças crônicas: vivências de enfermeiros/enfermeiras da atenção primária.** 2024. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2024.

## RESUMO

No Brasil, com o objetivo de promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde para a população, foram instituídas, em 2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Atualmente, no Brasil, as doenças crônicas representam a maioria das causas de morte e essas doenças geram uma elevada carga de morbidades associadas, resultando em um aumento no número de internações e uma queda na qualidade de vida. Com isso, instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC), com intuito de haver um atendimento contínuo para essas pessoas. Considerando a significativa transição epidemiológica, em que as principais causas de morte são decorrentes de doenças crônicas, evidenciam-se lacunas na produção científica sobre as RASPDC sob a perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). Diante disso, este estudo teve por objetivo analisar a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, da ESF. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um município do Triângulo Mineiro, com 22 enfermeiros/enfermeiras. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro validado, gravados em áudio e transcritos na íntegra. As perguntas buscaram identificar os Incidentes Críticos, utilizando essa técnica para coleta de dados primários. A análise de dados foi baseada na análise de conteúdo. O projeto foi desenvolvido assegurando-se os preceitos da Resolução 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Das entrevistas, emergiram 29 situações, das quais 16 (55,2%) tiveram referências negativas e 13 (44,8%) positivas; 274 comportamentos, sendo 199 (72,6%) positivos e 75 (27,4%) negativos; além de 93 consequências, das quais 69 (74,2%) foram positivas e 24 (25,8%) negativas. Destaca-se que as referências positivas indicam aspectos que facilitam a comunicação em saúde e as negativas, aqueles que dificultam. Foram considerados facilitadores os achados referentes a situações, comportamentos e consequências que facilitam a assistência às pessoas com doenças crônicas, sendo mais frequentes no que diz respeito às relações de vínculo e confiança entre os profissionais de saúde e essas pessoas, a necessidade do apoio dos pontos de atenção da RASPDC, da equipe de saúde e dos familiares para alcançar o sucesso na assistência. OS resultados referentes a situações negativas dificultaram a assistência às pessoas com doenças crônicas, devido à falta de conhecimento das pessoas sobre o cuidado com essas doenças; dificuldade em realizar, seguir ou aderir ao tratamento; fragilidade na comunicação entre os envolvidos na assistência e obstáculos na assistência em diferentes pontos da RASPDC. A partir dos comportamentos positivos revelados, destaca-se que os enfermeiros da ESF transcendem o atendimento técnico e processual em seu trabalho. Eles valorizam e buscam promover o empoderamento de pessoas com doenças crônicas para que possam cuidar das mesmas e alcançar maior autonomia, o que pode ter um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida e da condição de saúde dessas pessoas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; doença crônica; enfermeiras e enfermeiros; assistência ao paciente.

KOMORI, N. K. **Care for people with chronic diseases: experiences of primary care nurses.** 2024. 98f. Dissertation (Master degree in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2024.

### **ABSTRACT**

In Brazil, with the aim of promoting the systemic integration of health actions and services for the population, the Health Care Network (RAS) was established in 2010. Currently, in Brazil, chronic diseases represent the majority of causes of death and these diseases generate a high burden of associated morbidities, resulting in an increase in the number of hospitalizations and a drop in quality of life. As a result, the Health Care Network for People with Chronic Diseases (RASPDC) was set up with the aim of providing continuous care for these people. Considering the significant epidemiological transition, in which the main causes of death are due to chronic diseases, there are gaps in scientific production on the RASPDC from the perspective of Family Health Strategy (FHS) nurses. In view of this, the aim of this study was to analyze health care for people with chronic illnesses, from the perspective of FHS nurses. This was a descriptive study, with a qualitative approach, carried out in a municipality in the Triângulo Mineiro, with 22 nurses. For data collection, semi-structured interviews were carried out, guided by a validated script, audio-recorded and transcribed in full. The questions sought to identify Critical Incidents, using this technique to collect primary data. Data analysis was based on content analysis. The project was developed in compliance with the precepts of Resolution 510/2016 on research involving human beings. From the interviews, 29 situations emerged, of which 16 (55.2%) had negative references and 13 (44.8%) positive; 274 behaviors, of which 199 (72.6%) were positive and 75 (27.4%) negative; as well as 93 consequences, of which 69 (74.2%) were positive and 24 (25.8%) negative. It should be noted that the positive references indicate aspects that facilitate health communication and the negative ones those that hinder it. The findings referring to situations, behaviors and consequences that facilitate care for people with chronic illnesses were considered facilitators, and were more frequent with regard to the relationships of bonding and trust between health professionals and these people, the need for support from the RASPDC points of care, the health team and family members in order to achieve successful care. The results relating to negative situations hindered care for people with chronic illnesses, due to people's lack of knowledge about caring for these illnesses; difficulty in carrying out, following or adhering to treatment; fragile communication between those involved in care and obstacles to care at different points in the RASPDC. Based on the positive behaviors revealed, it stands out that ESF nurses transcend technical and procedural care in their work. They value and seek to promote the empowerment of people with chronic illnesses so that they can take care of themselves and achieve greater autonomy, which can have a positive impact on improving their quality of life and health status.

Keywords: primary health care; chronic disease; nurses; patient care

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sumarização das situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas categorias, obtidos junto aos enfermeiros/enfermeiras das ESF, em um município no Triângulo Mineiro, 2024 .....	59
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional de enfermeiros/enfermeiras (n=22) da ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024 .....	35
Tabela 2 – Distribuição das categorias de situações positivas e negativas, referentes à assistência dos enfermeiros/enfermeiras às pessoas com doenças crônicas, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024 .....	38
Tabela 3 – Distribuição das subcategorias de situações positivas e negativas, referentes à “Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas”, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024 .....	39
Tabela 4 – Distribuição das categorias de comportamentos positivos e negativos, referentes à assistência dos enfermeiros/enfermeiras às pessoas com doenças crônicas, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024 .....	45
Tabela 5 – Distribuição das subcategorias de comportamentos positivos e negativos, referentes à “Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas”, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024 .....	46
Tabela 6 – Distribuição das categorias de consequências positivas e negativas, referentes à assistência de enfermeiros/enfermeiras às pessoas com doenças crônicas, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024 .....	55

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

IC - Incidente crítico

MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PIB - Produto Interno Bruto

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RASPDC - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC - Técnica do Incidente Crítico

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UMS - Unidade Matricial de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
2.1	CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA .....	17
2.2	APS E A ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO/ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS .....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS .....</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
5.1	OBJETIVO GERAL .....	26
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
<b>6</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>27</b>
6.1	TIPO DE ESTUDO .....	27
6.2	LOCAL DE ESTUDO .....	27
6.3	CENÁRIO DO ESTUDO .....	28
6.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	28
6.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	29
6.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS .....	31
6.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	33
<b>7</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	34
7.2	IDENTIFICAÇÃO DOS IC .....	36
7.3	IDENTIFICAÇÃO DAS SITUAÇÕES .....	37
<b>7.3.1</b>	<b>Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas .....</b>	<b>38</b>
7.3.1.1	<i>Adesão ao tratamento .....</i>	<i>39</i>
7.3.1.2	<i>Relações terapêuticas .....</i>	<i>41</i>
<b>7.3.2</b>	<b>Sinergia entre os diferentes pontos da RASPDC .....</b>	<b>42</b>
7.4	IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS .....	44
<b>7.4.1</b>	<b>Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas .....</b>	<b>45</b>
7.4.1.1	<i>Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas .....</i>	<i>46</i>

7.4.1.2	<i>Realizar o tratamento de forma autônoma</i> .....	48
7.4.1.3	<i>Envolver familiares na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas</i> .....	50
7.4.2	<b>Relacionar-se com a equipe de saúde na assistência às pessoas com doenças crônicas</b> .....	51
7.4.3	<b>Realizar a assistência nos pontos da RASPDC</b> .....	53
7.5	<b>IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS</b> .....	54
7.5.1	<b>Desfecho para as pessoas com doenças crônicas</b> .....	55
7.5.2	<b>Desfecho para o profissional/equipe de saúde</b> .....	58
8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	60
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
	<b>APÊNDICES</b> .....	88
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA</b> .....	88
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VALIDADORES)</b> .....	90
	<b>APÊNDICE C - OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS</b> .....	93
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)</b> .....	97

## 1 APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, me formei durante a pandemia de Covid-19, no primeiro semestre de 2021, em uma situação muito conturbada. Sou diabética e durante a referida pandemia fui afastada dos meus estágios na graduação, devido ao risco de contaminação e possíveis complicações. Todos da minha turma haviam voltado para concluir o curso e diante da minha doença eu não pude concluir no tempo certo, o que me causou grande revolta. Sempre me cuidei muito bem e nunca tive complicações decorrentes do diabetes, e decidi fazer o curso de enfermagem justamente para poder cuidar de outros com a mesma condição que eu, para que o outro não tivesse complicações, assim como eu. Mas naquele momento me senti impotente, pois diante daquela doença (Covid-19), eu era grupo de risco, e eu não poderia fazer/realizar aquilo que eu escolhi, que era a assistência. Por fim, após muitas solicitações, consegui finalizar minha graduação. A minha condição crônica sempre foi um questionamento meu e o que me leva a tomar algumas decisões.

Ao longo da vida, ao ir a unidades básicas e farmácias populares, pegar meus medicamentos, sempre me deparei com algumas situações de outros pacientes, questão de falta de entendimento, vulnerabilidade e a assistência inadequada dos profissionais. Quando comecei meus estágios, na graduação, me deparei ainda mais com essas situações, o que me deixava mais desconfortável.

O interesse pela Atenção Primária à Saúde (APS) vem desde a graduação, inclusive, dos meus projetos de extensão, “espaço” onde sempre achei que era o melhor lugar para cuidar do paciente e possibilitar autonomia a ele. Observar como as pessoas com doenças crônicas eram assistidas pelos profissionais de saúde no contexto da APS foi interessante, pois em outros cenários essa assistência era muito distinta, por se tratar, na APS, de um cuidado contínuo na maioria das vezes o paciente não instruído para a realização da continuidade do tratamento e procuravam a assistência apenas quando tinham alterações.

Em meu trabalho de conclusão de curso, inclusive publicado, realizei uma pesquisa sobre educação em saúde na zona rural, e evidenciou-se que as referidas ações eram realizadas, em sua maioria, no grupo de Hipertensão (Hipertenso e Diabético).



Realizei Pós-graduação *Lato sensu* em Saúde Coletiva com Enfoque em Gerenciamento de Serviços, especializando-me mais a respeito dos serviços da APS e sua importância para o SUS.

Com tudo isso, as dificuldades na assistência à pessoa com doenças crônicas foi observada e me despertou o interesse em estudá-la, inquietando-me. Juntamente com isso, havia o meu interesse em fazer mestrado, pois tinha ainda minha paixão pela docência. Foi então que escrevi meu projeto e perguntei se a professora Bethania gostaria de me orientar nesse novo desafio da minha vida.

Ao longo desse caminho de mestrado comecei a ser professora em um curso técnico em enfermagem, no qual a minha disciplina era Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva, o que me levou para mais próximo da minha temática e aflorou ainda mais minha paixão por essa assistência.

Essa temática é de extrema relevância para melhorar a assistência para as pessoas com doenças crônicas, desvelando seus facilitadores e os desafios encontrados, o que me motivou, desejando ir a fundo nesse projeto e concluir minha pesquisa. Com isso, me tornar uma enfermeira melhor, realizar meus objetivos de vida que é cuidar das pessoas da forma que eu gostaria de ser cuidada e compartilhar com meus alunos e colegas da equipe de saúde a melhor forma de olhar para quem necessita de ajuda.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

O Sistema Único de Saúde (SUS), em seus princípios e diretrizes, revela-se mais do que um modelo assistencial com ênfase na doença. Traz em seu bojo o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a redução de riscos e de outros agravos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação do indivíduo e da comunidade (Paim, 2018; Sawin; O'Connor, 2019).

No contexto do SUS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS caracteriza-se por desenvolver ações de promoção/proteção da saúde, e de prevenção de agravos. Preconiza-se, no referido nível de atenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a diminuição de danos e a conservação da saúde visando desenvolver uma atenção integral que repercuta na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes/condicionantes de saúde coletivos (Gil, 2006).

Nesta perspectiva, o profissional de saúde tem a responsabilidade de proporcionar a integralidade do cuidado centrado na multicausalidade. Para isto, fundamental desconstruir o modelo biomédico, de assistência individual, positivista, curativista, hospitalocêntrica, biologicista e fragmentada, predominante nos serviços de saúde, para que se concretizem ações voltadas às condições crônicas e a um tratamento contínuo (Pettres; Ros, 2018; Raimundo; Silva, 2020).

No Brasil, visando promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde à população, instituíram-se, em 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais integradas por meio de um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, com uma organização contemplando serviços de distintas densidades tecnológicas, buscam assegurar a integralidade e a qualidade do cuidado ao usuário (Brasil, 2010).

As RAS representam uma possibilidade para enfrentamento da fragmentação e descontinuidade da atenção. Tal arranjo organizativo resgata a responsabilidade de articulação dos serviços federais, estaduais, municipais e privados, baseada em uma comunicação fluida, por meio de uma gestão única. Com isso, evidencia-se uma proposta para melhoria dos resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011; Damasceno *et al.*, 2020).

As RAS consideram a APS como coordenadora da rede, representando o centro de comunicação entre os pontos de atenção, devido a sua atribuição e à gerência dos cuidados primários em saúde, dos problemas de saúde individual e coletiva. A APS compreende as dimensões da promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, sendo definida como a porta de entrada para o SUS (Macinko; Mendonça, 2018).

O modelo de atenção à saúde norteia as RAS e a forma de organização e gerenciamento do serviço, utilizado nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Tal modelo fundamenta-se na combinação de técnicas e tecnologias para solucionar problemas de saúde e necessidades individuais/coletivas, considerando-se as situações demográfica e epidemiológica, bem como os determinantes sociais da saúde, em determinado tempo e em dada sociedade (Paim, 2017; Brehmer; Ramos, 2016).

No Brasil, considerando-se a mudança no perfil epidemiológico e demográfico, foi necessário que as RAS se adaptassem às reais necessidades e demandas da população, as quais têm ocorrido de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. Nesta perspectiva, foi pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (2011 e 2012), a criação de redes temáticas, dentre elas, destaca-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPC) (Brasil, 2014; Raupp *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2017).

O envelhecimento da população e o crescimento do número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão associados à transição demográfica e epidemiológica. Com a mudança no panorama demográfico e comportamental da população, queda na fecundidade acompanhada pela redução dos níveis de mortalidade e, conseqüentemente, aumento da expectativa de vida, o foco deixa de ser o das doenças infecciosas e parasitárias passando para um cenário de doenças crônicas e degenerativas (Oliveira, 2019).

As DCNT apresentam início gradual, progressão lenta e têm duração longa ou incerta, podendo ou não serem sintomáticas. Por serem doenças que apresentam múltiplas causas, o tratamento envolver mudanças de estilo de vida e um processo de cuidado constante, a rede de atenção deve elaborar estratégias para fortalecer o cuidado às pessoas com doenças crônicas, de forma integral e contínua. Além disso, precisa incluir ferramentas para prevenção e controle focalizando seus fatores de risco (Chueiri *et al.*, 2014; Sato *et al.*, 2017).

Atualmente, as DCNT representam a maior causa de morte e incapacidade no mundo. Diante disso, requerem ações com ênfase no tratamento integral, considerando-se os aspectos sociais, econômicos e culturais. Para que as RASPDPC concretizem, efetivamente, a proposta do cuidado à pessoa com doença crônica, necessitam da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem se consolidado como eixo reestruturante da APS (Silocchi; Junges, 2017) na implementação das ações.

Na APS, o(a) enfermeiro/enfermeira configura-se como figura central, sendo responsável pela continuidade da assistência, buscando constituir relações horizontais com os demais profissionais e oferecer serviços de promoção, prevenção, acompanhamento/assistência e reabilitação. Logo, entende-se que pela APS ser o centro coordenador e de comunicação das RAS, compete ao referido profissional, a partir da identificação e conhecimento das necessidades de saúde da população, conhecer e fortalecer as redes supracitadas (Moll *et al.*, 2018).

## 2.2 APS E A ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO/ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Conforme a população envelhece, o número de pessoas com DCNT também cresce e, conseqüentemente, a procura por atendimento em saúde se torna mais frequente. Os(as) enfermeiros/enfermeiras da ESF/APS desempenham um papel central na assistência às pessoas com doenças crônicas, realizando atividades essenciais de promoção de saúde e avaliação geral do indivíduo (Poitras *et al.*, 2018).

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, na dimensão individual e coletiva, com o objetivo de promover um cuidado integral. Funciona como organizadora do fluxo dos serviços nas redes, dos mais simples aos mais complexos (Tasca *et al.*, 2020). Caracteriza-se por desenvolver ações que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (Mendes, 2015; Mendonça *et al.*, 2018).

Neste contexto, o(a) enfermeiro/enfermeira deve desempenhar ações de promoção da saúde, as quais proporcionem um olhar sobre a doença, mas não reduzam o indivíduo a ela. Evitem complicações e melhorem a qualidade de vida das pessoas, bem como das famílias. Ressalta-se que o referido profissional está cada

vez mais presente na APS, com vistas a desenvolver uma prática acolhedora, integral e com valorização dos determinantes sociais da saúde (Becker *et al.*, 2018).

Ressalta-se ainda que o(a) enfermeiro/enfermeira possui uma função essencial, no nível de atenção supracitado, sendo responsável por conduzir atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde prestando assistência tanto ao indivíduo, quanto à família e à comunidade, colaborando para implementação e consolidação do SUS (Ferreira; Périgo; Dias, 2018).

Na APS, destaca-se a ESF, como um novo modelo de assistência, direcionado para a família e a comunidade, preconizando uma visão humanizada no processo de intervenção junto aos usuários, possibilitando o cuidado integral, na lógica preventivamente (Borges; Santos; Fischer, 2019).

O trabalho do(a) enfermeiro/enfermeira, na ESF, contempla duas grandes dimensões: a assistencial, voltada para produção do cuidado; e a gerencial, na qual desenvolve a gestão do processo terapêutico e das atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (Ferreira; Périgo; Dias, 2018). Realiza uma assistência voltada para o perfil da população atendida, desenvolvendo processos de trabalho e gerenciamento para o aperfeiçoamento da equipe, técnicas e procedimentos, além do acolhimento ao usuário, com vistas ao cuidado mais eficiente (Lopes *et al.*, 2020) e justo.

Quanto às ações do(a) enfermeiro/enfermeira frente à pessoa com DCNT, destaca-se que são voltadas para o controle dessas doenças, uma vez que não têm cura. No cotidiano do profissional em foco, evidenciam-se, dentre diversas ações e atribuições, o envolvimento e a realização de atividades de educação em saúde e monitoramento da doença, individual e coletivamente, por meio do HiperDia (Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes), criado em 2001. Ressalta-se que o HiperDia Plano prevê o cadastramento de usuários no sistema informatizado, realizando o monitoramento dessas pessoas com tais comorbidades, investigação de fatores de risco para complicações e fornecimento de medicamentos (quando necessário), visitas domiciliares, consultas de enfermagem e telemonitoramento (Draeger *et al.*, 2022; Bueno; Silveira; Rezende, 2018; Carvalho *et al.*, 2012).

Considerando-se o atendimento dos(as) enfermeiros/enfermeiras à pessoa com DCNT, realizam visitas domiciliares, atendimento individual e coletivo como principais, sendo ações que deverão ser pautadas na perspectiva acolhedora, integral

e que valorizem os determinantes sociais da saúde. Entretanto, constata-se ainda a prática de educação em saúde em atendimentos clínicos por demanda espontânea, fundamentada em orientações para alterações no estilo de vida, práticas grupais com metodologias pouco participativas, norteadas por procedimentos técnicos e a designação de alguns rótulos na assistência às pessoas com DCNT (Becker *et al.*, 2018).

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Atualmente, no Brasil, as doenças crônicas constituem 72% das causas de morte. Além disso, também apresentam forte carga de morbidades relacionadas, provocando um aumento no número de internações e queda na qualidade de vida. Diante disto, em 2011, foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, tendo como objetivo a prevenção, o controle e o cuidado das pessoas com os referidos agravos (Brasil, 2013).

O plano supracitado fundamenta-se em três eixos estratégicos: Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; Promoção da saúde e o Cuidado integral. O terceiro eixo do plano contempla a implementação das RASPDC, tendo como principal objetivo realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas em todos os pontos de atenção do SUS (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde); e estimular a mudança no modelo de atenção à saúde (Brasil, 2014).

A RASPDC é redefinida pela Portaria 483, de 1º de abril de 2014, estabelecendo-se diretrizes para a organização do cuidado às pessoas com doenças crônicas, com intuito de implementar a atenção integral a elas em todos os pontos de atenção à saúde. Preconiza também a mudança no modelo de atenção, ampliando as estratégias para promoção da saúde (Brasil, 2014).

A referida rede foi estruturada e ancorada nos seguintes componentes: Atenção Básica (AB); Atenção Especializada; e Sistemas de Apoio, os quais trabalham de forma integrada para garantir uma abordagem abrangente e eficaz no cuidado das pessoas com doenças crônicas, promovendo uma assistência mais acessível, contínua e de qualidade (Oliveira *et al.*, 2017).

A AB é o eixo de comunicação das redes, constituindo-se como a porta de entrada do sistema de saúde, sendo a responsável pelo cuidado integral e contínuo da população, oferecendo serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Brasil, 2014).

Já a atenção especializada reúne os serviços de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas. Nesse ponto da rede as pessoas/os usuários têm acesso a serviços mais complexos

e especializados, quando necessário, complementando o cuidado oferecido na AB (Brasil, 2014).

Por fim, os Sistemas de Apoio contemplam sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Incluem laboratórios, serviços de imagem, centros de reabilitação, dentre outros recursos que fornecem suporte para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das condições de saúde das pessoas/dos usuários (Brasil, 2014).

Segundo as diretrizes da RASPDC, consideram-se como objetivos específicos:

- I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;
- II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- III - propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;
- IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;
- V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;
- VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e
- VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas (Brasil, 2014, cap.I, art.5).

Diante da necessidade de reorganizar a atenção à saúde da pessoa com DCNT, foi proposto então, por meio da RASPDC, uma maneira de melhorar o acesso e o acolhimento a essas pessoas, de forma humanizada, respeitando-se as diversidades. Isto possibilitará o desenvolvimento da autonomia delas, com sua participação e controle social, buscando uma forma de monitorar e avaliar a qualidade do serviço, com vistas a assegurar uma melhor equidade e integralidade do cuidado (Brasil, 2013).

Nesta perspectiva, oportuno destacar que as RAS possibilitam ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, por meio da organização poliárquica do conjunto de serviços de saúde, na qual todos os pontos de atenção são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Representa uma potente estratégia para superar a fragmentação e a descontinuidade do sistema de saúde. São sistematizadas para entender as condições específicas de saúde, trazendo à tona a importância da implementação da RASPDC (Brasil, 2010; Mendes, 2011).

Por fim, destacam-se as modificações necessárias no processo de trabalho, com a implementação das RAS, que devem acontecer em todos os pontos de cuidado.



As mudanças precisam ocorrer no Acolhimento; na Atenção Centrada na Pessoa e na Família; no Cuidado Continuado/Atenção Programada; na Atenção Multiprofissional; no Projeto Terapêutico Singular; na Regulação da Rede de Atenção; no Apoio Matricial; no Acompanhamento Não Presencial; no Atendimento Coletivo; no Autocuidado; nas Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas; na Estratificação de Risco; e na Educação Permanente (Brasil, 2014a).

As mudanças ocorridas em todos esses pontos da rede, geram melhoria do sistema, pois a assistência será prestada em um ambiente adequado à determinada situação, na qual o usuário se encontra. Sendo assim, ele será transferido ou encaminhado, quando necessário para outro ponto de atenção, o que é fundamental para prestar atenção à saúde integral da pessoa com DCNT (Brasil, 2013).

## 4 JUSTIFICATIVA

A APS é a coordenadora das RAS, considerada o centro da rede. Deve contemplar uma organização singular do sistema, com vistas a satisfazer, de maneira coerente, às demandas e aos anseios dos usuários e da população.

Entretanto, constata-se que, na prática, não há discussões e reorientações efetivas do modelo de atenção instituído. O fazer em saúde ainda segue a perspectiva fragmentada, parcelar e reativa. E considerando-se o contexto das DCNT, pertinente ressaltar o modelo de atenção vigente não tem sido suficiente e adequado para responder, satisfatoriamente, às necessidades das pessoas com doenças crônicas.

Nesse sentido, destaca-se que o(a) enfermeiro/enfermeira que atua na ESF, no contexto da APS, tem o papel de implementar as RASPDC em seu cotidiano de trabalho, devendo realizar o rastreamento dos principais problemas da sua comunidade, monitoramento dos casos, prevenção das doenças e das suas complicações e encaminhamento para os outros pontos de atenção à saúde, da RAS, sendo este profissional, o coordenador do cuidado da pessoa com doenças crônicas.

Desta forma, as vivências de enfermeiros/enfermeiras a respeito da RASPDC, no cotidiano da ESF, podem se revelar como potente ferramenta para consolidação da proposta da RASPDC, representando um disparador para uma reflexão com vistas à integração dos serviços de saúde, oportunizando uma condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado, resultando no fortalecimento da rede supracitada. Isto repercutirá na melhoria da qualidade da assistência prestada às pessoas com doenças crônicas.

Considerando-se a importante transição epidemiológica, na qual as principais causas de morte decorrem de doenças crônicas, evidenciam-se lacunas na produção científica com ênfase na temática das RASPDC, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras da ESF.

Diante do exposto, indaga-se: Como é a assistência às pessoas com doenças crônicas, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras da ESF? Quais os fatores facilitadores e dificultadores para a realização da assistência às pessoas com doenças crônicas, à luz da RASPDC, na vivência de enfermeiros/enfermeiras da ESF?

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, da Estratégia Saúde da Família.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Caracterizar enfermeiros/enfermeiras, da Estratégia Saúde da Família, segundo dados sociodemográficos e profissionais;
- b) Investigar aspectos facilitadores e dificultadores para prestação do cuidado às pessoas com doenças crônicas, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, na Estratégia Saúde da Família.

## 6 MATERIAL E MÉTODO

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva fundamenta-se na descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade, exigindo do pesquisador estratégias para pesquisar as informações que deseja (Gil, 2019).

A pesquisa qualitativa procura analisar, caracterizar e registrar fatos de uma determinada circunstância. Preocupa-se com a compreensão do fenômeno, por meio da experiência de quem já o vivenciou, sendo assim, uma realidade não quantificável. Considera e valoriza significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2015; Castleberry; Nolen, 2018). Diante do exposto, a pesquisa qualitativa explora a complexidade do fenômeno em questão e seus aspectos correlatos.

### 6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um município do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, com população estimada, no ano de 2022, de 337.836 pessoas. Com Produto Interno Bruto (PIB) aproximado de 15 bilhões, sua economia baseia-se na indústria, administração pública e agropecuária (Índice Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2023).

O município, em foco, conta com uma área urbanizada de 98,72km<sup>2</sup>; 97,2% de esgotamento sanitário adequado e com uma arborização de vias públicas de 90,7% (IBGE, 2023).

Considerada uma cidade universitária, contempla duas universidades públicas e cinco faculdades particulares. Possui ainda uma rede de saúde com diversos hospitais, dos quais um hospital escola, um hospital regional, um hospital do câncer e quatro hospitais particulares, além de duas unidades de pronto atendimento (UPA) e uma UPA da criança (Uberaba, 2021).

Além disto, a referida cidade, foi incluída, em 2024, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) na Rede Mundial de Geoparques. O geoparque é um espaço geográfico demarcado que abriga um valioso patrimônio geológico reconhecido internacionalmente. A administração desse

território visa salvaguardar os recursos naturais, históricos e culturais presentes, enquanto também estimula a educação, o turismo e o crescimento sustentável (Agência Minas, 2024).

No que tange à APS do referido município, foco do presente estudo, contempla três Distritos Sanitários (I, II e III), contando com 20 Unidades de Saúde da Família (USF), nove Unidades Matriciais de Saúde (UMS) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Existem também sete Pontos de Apoio das ESF localizados na zona rural, os quais representam a porta de entrada para o sistema de saúde. Quanto à ESF, o município possui 53 equipes de ESF, das quais 49 são da zona urbana e quatro da zona rural (Uberaba, 2021).

### 6.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na APS do município supracitado, junto aos enfermeiros/enfermeiras das equipes da ESF, da zona urbana. Contava com 53 equipes da ESF, à época da coleta de dados, das quais 49 estavam localizadas na zona urbana e quatro na zona rural. As ESF estavam distribuídas em 18 USF, nove UMS e uma UBS. Nestes locais, os usuários contavam com os seguintes profissionais: médicos (clínico geral ou especialista em saúde da família, pediatra e ginecologista), enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, psicólogos e agentes comunitários de saúde (Uberaba, 2021).

### 6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Todos os 49 enfermeiros/enfermeiras que integravam as equipes da ESF, da área urbana, do município supracitado, à época da coleta de dados, foram convidados a participar da investigação.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros/enfermeiras que atuassem nas equipes de ESF, da zona urbana, há, no mínimo, um ano. A participação na pesquisa, associada ao tempo de experiência na equipe, baseia-se na maior vivência e familiaridade com o trabalho, um princípio valorizado pela abordagem qualitativa (Turato, 2005).

Os critérios de exclusão foram: enfermeiros/enfermeiras que estivessem afastados do trabalho, à época da coleta de dados, e os não localizados após três tentativas para agendamento da entrevista.

## 6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos, com vista a analisar a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, da ESF, foi utilizada a Técnica do Incidente Crítico (TIC).

A TIC consiste em um conjunto de procedimentos para a observação do comportamento humano (Flanagan, 1973). É uma metodologia de coleta e análise de relatos de fatos emitidos/ocorridos em diferentes situações, a qual permite compreender e analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas para aquele determinado trabalho. Representa um método indireto de análise de trabalho, de observação e avaliação sistematizada, permitindo o registro de comportamentos específicos (Nogueira *et al.*, 1993).

A referida técnica é caracterizada por um processo de coleta de informações flexíveis, baseada em dois princípios: os relatos devem ser apenas aqueles comportamentos que contribuem para uma determinada atividade e o relato de dados relacionados ao comportamento é preferível à coleta de interpretações, avaliações e opiniões baseadas nas impressões gerais. Com isso, evita-se coletar informações que reflitam opiniões, palpites, impressões gerais e estimativas, concentrando-se em comportamentos específicos (Flanagan, 1973), reais, concretos.

Os Incidentes Críticos (IC), ao serem relatados, devem conter, necessariamente, as situações, observadas ou vivenciadas pelos profissionais, os comportamentos e suas consequências geradas, sejam elas positivas ou negativas, segundo a ótica de quem relata o acontecimento (Dela Coleta, 1972).

No Brasil, a introdução da TIC ocorreu em 1970, sendo preconizados sete etapas, as quais foram seguidas para realização dessa pesquisa:

- a) determinação dos objetivos da atividade que se deseja estudar;
- b) elaboração das questões a serem apresentadas aos sujeitos que deverão fornecer os IC da atividade em estudo;
- c) delimitação da população ou amostra dos sujeitos a serem entrevistados;
- d) coleta dos IC;

- e) análise do conteúdo dos incidentes coletados, buscando isolar os comportamentos críticos emitidos;
- f) agrupamento dos comportamentos críticos em categorias mais abrangentes;
- g) levantamento de frequências dos comportamentos positivos e/ou negativos (Dela Coleta, 1972).

Nos relatos pode-se identificar referências positivas e negativas, levando em consideração o julgamento/atribuição do próprio entrevistado. Ao analisar o conteúdo, busca-se isolar os comportamentos apresentados pelos sujeitos e reuni-los em categorias mais abrangentes, como alternativa de um diagnóstico das situações e ao estudo dos campos de trabalho (Dela Coleta, 1972).

Para levantar os IC, como técnica de coleta de dados primários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro (APÊNDICE A).

Pertinente destacar que as entrevistas são as técnicas mais usadas na pesquisa qualitativa, por serem consideradas uma técnica de qualidade, coletando dados objetivos e subjetivos. Além disso, permitem uma interação entre entrevistador e entrevistado e, pela sua flexibilidade, abrangem diversos campos. A entrevista semiestruturada possibilita contemplar uma combinação de perguntas fechadas e abertas, conferindo ao entrevistador a liberdade para não se prender/limitar às questões formuladas (Batista; Matos; Nascimento, 2017).

O roteiro da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) foi submetido à validação aparente e de conteúdo por três doutores na temática e/ou na metodologia de pesquisa, os quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (para validadores) (APÊNDICE B). Posteriormente, foi realizado um teste-piloto de modo a testar em condições reais os procedimentos de coleta de dados, contando com participantes que não fizeram parte do estudo definitivo. O referido teste foi aplicado, pela própria pesquisadora/entrevistadora, na UBS/UMS, com enfermeiros/enfermeiras que trabalhavam na APS, mas não integravam a ESF. Um TCLE (para participantes) (APÊNDICE C) foi utilizado com os enfermeiros/enfermeiras que participaram do teste supracitado.

Para a coleta de dados definitiva, os participantes foram contactados, pessoalmente, via telefone e/ou *WhatsApp*, aos quais foram apresentados os objetivos e oferecidas as informações pertinentes para concordarem ou não com a participação. A partir de então, foi agendada a entrevista conforme disponibilidade do participante. A entrevista foi desenvolvida pela própria pesquisadora/entrevistadora,

face a face, gravada em meio digital, em dia e local previamente marcados, em comum acordo entre os participantes e pesquisadora/entrevistadora. Sendo realizada em sala que assegurou a privacidade dentro da própria USF/UBS/UMS que o participante trabalhava. Permaneceram na sala, durante a entrevista, somente entrevistado e pesquisadora/entrevistadora. Para resguardar o sigilo e o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra E (entrevistado) seguida de um numeral, conforme ordem de realização das entrevistas sendo E1, E2, E3, ... até E22.

Para iniciar o processo de coleta de dados, apresentou-se a cada indivíduo a ser entrevistado, a cópia de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP), de uma Universidade Federal, localizada no Triângulo Mineiro, procedendo-se à assinatura do TCLE (para participantes) (APÊNDICE D).

A coleta foi realizada no período de agosto a dezembro de 2023, e a duração das entrevistas foi entre dois minutos e 56 segundos e 15 minutos e quatro segundos.

## 6.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Os áudios gravados nas entrevistas foram transcritos para um computador, na íntegra, pela própria pesquisadora/entrevistadora, e submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, dos IC. Isto possibilitou, por meio dos depoimentos dos participantes, identificar o que foi observado ou vivenciado, comportamentos específicos que subsidiarão informações importantes. Isso transcende a coleta de informações ou situações vagas, uma vez que essa ferramenta de análise visa reunir fatos relevantes, positivos e negativos, de uma situação específica real (Flanagan, 1973).

O tratamento dos dados qualitativos foi norteado pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (Minayo, 2015), a qual se fundamenta em buscar os núcleos de sentido para responder o objetivo da pesquisa.

Desse modo foi feita a análise de conteúdo da transcrição das respostas de enfermeiros/enfermeiras, com intuito de identificar situações observadas ou vivenciadas, tanto positivas quanto negativas, buscando os aspectos que facilitaram ou dificultaram a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, na perspectiva dos referidos profissionais, da ESF, quanto aos IC, pautando-se na TIC.



Diante das diversas situações descritas pelos participantes, algumas expressavam opiniões, percepções e julgamentos, enquanto outras eram incompletas, não se caracterizando como IC efetivos. Tais situações foram excluídas da análise, neste estudo. Os IC completos foram identificados como eventos relevantes, experienciados ou observados pelos entrevistados, sendo separados/identificados as situações, os comportamentos e as consequências de cada IC.

Após reunir os relatos pertinentes a cada situação, comportamento e consequência, prosseguiu-se com a análise de conteúdo, modalidade temática, acatando-se as diretrizes delineadas por Minayo (2015) e orientando-se pelas etapas propostas por Dela Coleta (1974). Esta análise foi fundamentada no referencial teórico adotado para esta investigação.

Foram seguidas as três etapas propostas para análise temática: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados e interpretação do material. Esse método de análise é frequentemente empregado em estudos qualitativos devido a sua capacidade de explorar o significado atribuído ao objeto de estudo pelos participantes, por meio de seus discursos (Minayo, 2015).

O processo de análise teve início com a preparação das informações, envolvendo a organização, análise e sistematização das ideias principais. Essa fase representou a transformação das informações em dados. Após a realização das entrevistas e a transcrição integral dos diálogos, procedeu-se à análise e categorização dos dados. Isso foi feito com base no significado atribuído à comunicação em saúde pelos enfermeiros/enfermeiras, bem como nas situações reais vivenciadas e/ou observadas, os comportamentos e suas consequências descritas.

Na segunda fase, denominada exploração do material, os dados brutos foram refinados para refletir a descrição das características do conteúdo. Isso envolveu uma revisão cuidadosa dos materiais para identificar e isolar as unidades de registro, que são elementos individuais de conteúdo como palavras, frases, temas ou documentos, cada um com um significado completo em si mesmo. Em seguida, essas unidades foram classificadas em categorias, agrupando-as com base em critérios previamente definidos.

Durante essa fase, foram adotados critérios específicos, incluindo validade obtida pela extração do significado, exaustividade, homogeneidade, exclusividade (cada elemento pertencendo a apenas uma categoria) e consistência. Esses critérios

foram desenvolvidos ao longo do processo de análise para garantir rigor e confiabilidade na interpretação dos dados.

Por fim, na última etapa, tratamento dos resultados e interpretação do material, foi construído um diálogo entre achados da investigação e teoria, realizando a interpretação do material e tecendo uma conversa com o referencial teórico e os objetivos do estudo.

## 6.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi desenvolvido garantindo-se os preceitos da Resolução 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2016). Inicialmente, foi enviado um ofício para o Secretário Municipal de Saúde, do referido município (APÊNDICE C), comunicando os objetivos e finalidades do estudo e solicitando autorização para a sua execução. De posse da autorização para coleta de dados, o projeto foi encaminhado ao CEP de uma Universidade Federal, no Triângulo Mineiro, via Plataforma Brasil. Após a obtenção da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 68014023.6.0000.5154 e Número do Parecer: 5.963.079, comunicou-se à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por e-mail, informando sobre a aprovação e o início da coleta de dados.

Utilizou-se com os participantes da pesquisa, tanto aqueles que compuseram o teste-piloto quanto os que participaram da coleta de dados definitiva, um TCLE (para participantes) (APÊNDICE D) explicando individualmente, de forma clara e acessível, os objetivos e as finalidades da pesquisa, sendo oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi desenvolvida a entrevista.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 49 enfermeiros/enfermeiras que atuavam na ESF e atenderam aos critérios de inclusão, do município em foco, à época da coleta de dados, participaram do estudo 22 (44,9%) profissionais.

Dos 27 (55,1%) que não quiseram participar, 21 (42,9%) não foram encontrados após três tentativas para agendamento da entrevista, três (6,1%) se recusaram a participar do estudo, alegando desinteresse e/ou disponibilidade e três (6,1%) estavam afastados do trabalho à época da coleta de dados.

É importante ressaltar que a pesquisadora/entrevistadora demonstrou persistência ao comparecer, pessoalmente, às unidades por três vezes conforme agendamento prévio, além de enviar mensagens via *WhatsApp* para aqueles que não responderam ao contato inicial. Tais mensagens solicitavam apenas um "ok" como confirmação de recebimento do comunicado, mesmo que não estivessem interessados ou disponíveis para participar. Esse *feedback* foi solicitado para que a pesquisadora/entrevistadora não continuasse a incomodá-los com mais mensagens.

Constatou-se predomínio de participantes na faixa etária de 30 a 34 anos (27,3%), com idades variando entre 29 e 51 anos. A maioria dos participantes, 20 (90,9%), era do sexo feminino e 15 (68,2%) casadas. Quanto ao tempo de formação, predominou o período de 6 a 10 anos e 11 a 15 anos, ambos com sete participantes (31,8%), enquanto o tempo de atuação como enfermeiro/enfermeira na ESF variou de um a 26 anos, com a maioria (10 - 45,4%) trabalhando entre seis e 10 anos. Quanto à formação complementar, a maioria (14 - 63,6%) tinha concluído uma especialização, enquanto sete (31,8%) possuía doutorado e apenas uma (4,6%) mestrado. As áreas de formação complementar mais comuns foram em Saúde da Família (20 - 46,5%) e Atenção à Saúde (8 - 18,6%) (Tabela 1).

Com relação à realização de curso/treinamento/capacitação para assistência à pessoa com doenças crônicas, a maioria 21 (95,4%) afirmou já ter realizado. Sendo sobre Diabetes 15 (37,5%) e Hipertensão Arterial (HA) 9 (22,5%), os cursos mais realizados (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional de enfermeiros/enfermeiras (n=22) da ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024.

Variáveis	n (total=22)	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	20	90,9
Masculino	2	9,1
<b>Idade (IBGE)</b>		
29 anos	1	4,6
30 – 34 anos	6	27,3
35 – 39 anos	4	18,2
40 – 44 anos	5	22,7
45 – 49 anos	3	13,6
50 – 51 anos	3	13,6
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	3	13,6
Casado	15	68,2
União estável	2	9,1
Divorciado	2	9,1
<b>Tempo de formação como enfermeiro/enfermeira</b>		
06 – 10 anos	7	31,8
11 – 15 anos	7	31,8
16 – 20 anos	5	22,7
21 – 25 anos	1	4,6
26 – 30 anos	2	9,1
<b>Nível de formação complementar concluída</b>		
Especialização	14	63,6
Mestrado	1	4,6
Doutorado	7	31,8
<b>Área de formação complementar concluída*</b>		
Saúde da Família	20	46,5
Atenção à Saúde	8	18,6
Enfermagem do Trabalho	3	7,0

Saúde Pública/Coletiva	4	9,3
UTI	2	4,7
Outras	6	13,9
<b>Tempo de trabalho na equipe de ESF atual</b>		
01 – 05 anos	8	36,4
06 – 10 anos	10	45,4
11 – 15 anos	3	13,6
16 – 20 anos	1	4,6
<b>Realização de curso/treinamento/capacitação para assistência à pessoa com doenças crônicas</b>		
Sim	21	95,4
Não	1	4,6
<b>Curso/treinamento/capacitação para assistência à pessoa com doenças crônicas realizados*</b>		
Diabetes	15	37,5
Hipertensão Arterial	9	22,5
Feridas	2	5,0
“Atualizações em Doenças Crônicas”**	3	7,5
Outras	9	22,5
Não recorda o nome	2	5,0

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

\* O total de resposta foi >22 pois alguns enfermeiros/enfermeiras possuíam mais de uma especialização, curso, treinamento e/ou capacitação.

\*\*nome do curso

## 7.2 IDENTIFICAÇÃO DOS IC

Os IC, relatados pelos enfermeiros/enfermeiras participantes, abrangem situações vivenciadas ou testemunhadas/observadas, comportamentos correlatos e as consequências resultantes. Portanto, não foram consideradas narrativas de situações não experimentadas ou observadas, assim como opiniões, relatos genéricos e não relacionados aos IC. Isto visa assegurar a precisão e a relevância dos dados coletados para a pesquisa norteadada pela TIC.

É importante ressaltar que, na presente investigação, os IC referem-se às situações que influenciaram, positiva ou negativamente, a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, realizada por enfermeiros/enfermeiras, da ESF. As referências positivas são consideradas como aspectos facilitadores desse processo, enquanto as referências negativas representam aspectos que dificultam a referida assistência. Esta distinção entre aspectos facilitadores e dificultadores é fundamental para uma compreensão mais aprofundada a respeito dos achados da pesquisa.

Sendo assim, destaca-se que uma situação específica pode resultar em comportamentos e consequências que são avaliados de forma positiva e/ou negativa, dependendo da perspectiva de quem a vivenciou ou observou. Um mesmo comportamento ou consequência pode receber atribuição positiva por um participante e negativa por outro, refletindo as diferentes interpretações individuais. Essa variedade de pontos de vista traz à tona a complexidade das interações e das experiências humanas, evidenciando a importância de considerar múltiplas perspectivas na análise dos resultados.

Foram realizadas 22 entrevistas, das quais emergiram 29 situações identificadas como IC, abrangendo 274 comportamentos e 93 consequências. Os participantes forneceram descrições detalhadas dos IC, o que facilitou a identificação e a análise desses comportamentos e suas respectivas consequências.

### 7.3 IDENTIFICAÇÃO DAS SITUAÇÕES

As 29 situações que emergiram na análise dos IC foram agrupadas em duas categorias, fundamentando-se na afinidade de conteúdo. Cada situação foi caracterizada em relação a sua frequência de ocorrência e porcentagem, levando-se em consideração tanto as referências positivas quanto negativas, as quais foram atribuídas pelos próprios participantes. Esses dados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das categorias de situações positivas e negativas, referentes à assistência dos enfermeiros/enfermeiras às pessoas com doenças crônicas, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024.

CATEGORIAS DE SITUAÇÕES	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas	8	27,6	12	41,4	20	69,0
Sinergia entre os diferentes pontos da RASPDC	5	17,2	4	13,8	9	31,0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>44,8</b>	<b>16</b>	<b>55,2</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

Constata-se o predomínio das situações com referências negativas (55,2%), revelando-se como dificultadores para a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, segundo os participantes. Chama atenção predominarem situações negativas na categoria **Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas** (41,4%).

Mesmo com a maioria das situações descritas tendo sido negativas, destaca-se que na categoria **Sinergia entre os diferentes pontos da RASPDC**, houve praticamente, um equilíbrio, identificando-se uma situação positiva (17,2%) a mais do que as negativas (13,8%), o que reflete que na referida categoria foram vivenciadas/observadas mais situações que facilitaram a assistência às pessoas com doenças crônicas nos diversos pontos de atenção da RASPDC, pelos enfermeiros/enfermeiras.

### 7.3.1 Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas

Nos depoimentos dos enfermeiros/enfermeiras, emergiram situações que trouxeram como essência, temáticas ligadas ao tratamento/falta de compreensão do tratamento, ao vínculo entre profissionais e pessoas com doenças crônicas. Os achados revelam o cuidado centrado no paciente, no caso, na pessoa com doenças crônicas. Nesta categoria de situações, a partir da análise, por meio da afinidade de conteúdo, foram construídas duas subcategorias: **Adesão ao tratamento e Relações**

**terapêuticas.** Chama atenção que ocorreram mais situações vividas ou observadas com referências negativas (55,0%) em detrimento daquelas com referências positivas (45,0%) (Tabela 3). Isto significa que, no cenário da investigação, os participantes vivenciaram mais situações que dificultaram a assistência à pessoa com doenças crônicas.

Tabela 3 – Distribuição das subcategorias de situações positivas e negativas, referentes à “Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas”, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024.

SUBCATEGORIAS GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Adesão ao tratamento	3	15,0	9	45,0	12
Relações terapêuticas	6	30,0	2	10,0	8	40,0
<b>Total</b>	9	45,0	11	55,0	20	100,0

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

#### 7.3.1.1 Adesão ao tratamento

Nesta subcategoria, houve predomínio (60,0%) das situações descritas na categoria. Contempla a adesão ou não ao tratamento pelas pessoas com doenças crônicas. No caso das situações com referências negativas, ou seja, dificultadoras para a assistência a essas pessoas, ocorreram devido à falta de conhecimento sobre o cuidado com a doença, bem como dificuldade dessas pessoas em realizar/seguir seu tratamento, aceitação em aderir às recomendações médicas e seguir o plano de cuidado prescrito à doença crônica que possui. Predominaram situações negativas (45,0%), as quais podem ser expressas nos discursos a seguir:

“(…) então, é uma paciente que começou o tratamento tem pouco tempo, mas é muito difícil. Muito recente aderiu à insulina. Ela não toma insulina. Ela tem que tomar. Porque o remédio não faz mais efeito pra ela”. (E1)



“(...) esse paciente é específico, a gente tem um paciente que tem cinco anos, tem cinco anos [refere-se ao tempo de tratamento] (...). Esse paciente específico, ele não segue (...) a gente manteve a conduta do curativo dele e as orientações (...)”. (E3)

“Agora que você acabou de ver o paciente que tá com a pressão alta. A doutora pediu uma curva, ele começou a curva e ela vendo que não tava, que realmente ele tava com os picos hipertensivos (...). Ela trocou a medicação dele. Ele tomou por dois dias a medicação e já deu uma controlada. Agora ele já falou que não vai tomar mais (...)”. (E10)

“Outro dia veio um paciente aqui (...) porque estava tomando remédio todos os dias e acabar no outro dia e a pressão dele não estava melhorando. Ele tinha que passar em consulta. Aí ele me deu a cartela e falei. Mas essa é a cartela que o senhor estava tomando para pressão? É... Mas, aqui é buscopan. Aí ele até começou a rir. Nossa, por isso que minha pressão não baixava! Eu tomei buscopan o mês inteiro, então não, não tem (...). Eu não sei nem se foi falta de leitura dele, sabe? De saber ler ou se é mesmo uma dificuldade do cuidado em casa”. (E18)

As situações positivas (15,0%) da subcategoria **Adesão ao tratamento** revelam que as pessoas com doenças crônicas seguiram as recomendações médicas, de maneira proativa e engajada. Os depoimentos a seguir ilustram as situações facilitadoras da subcategoria:

“Aqui (...) a gente tem a insulina de caneta. Então isso é algo que facilitou muito (...) apesar de tem alguns são resistentes, mas a maioria adorou a caneta. Então (...) faz o uso mais fácil dela porque ela não precisa ficar na geladeira (...). Essa senhora, ela deixava a insulina em casa, no serviço ela ficava sem a insulina, a regular. Ela fazia uso da regular. Então, com a caneta, como ela pode levar pro serviço a caneta (...) facilitou (...)”. (E9)

“Ah, teve o fulano (...) ele era diabético, de usar insulina e agora ele conseguiu reverter o caso 100% [parou de tomar insulina]. Mas teve a ver com o radicalismo alimentar, ele parou de comer, praticamente, e o medo. Um medo de ficar crônico mesmo, de adoecer, de morrer. E ele é de outro outro lugar, ele é do Haiti. Essa dificuldade cultural aí de entendimento, eu acho que uma das coisas que influenciou e o medo foi o maior motivador dele de mudar”. (E12)

“Tem (...) um paciente nosso que perdeu peso. Que melhorou bastante [pois aderiu ao tratamento corretamente, fez dieta, começou a cuidar]. Então, ele tava com a pressão bem alterada, com a glicemia também alterada, tava com a visão ruim, ficando com a visão ruim já (...)”. (E22)

### 7.3.1.2 *Relações terapêuticas*

A subcategoria **Relações terapêuticas** refere-se aos vínculos, efetivos ou não, construídos entre pessoas com doenças crônicas/familiares e profissionais de saúde da ESF. As situações revelaram que os familiares representam pessoas importantes no cuidado em domicílio, contribuindo para a continuidade da assistência. Quando os vínculos se concretizam possibilitam um ambiente de confiança, respeito e colaboração durante o processo de cuidado, com vistas a alcançar o sucesso do tratamento. Constatou-se predomínio de situações positivas (30,0%), as quais facilitaram a assistência às pessoas com doenças crônicas, segundo os participantes:

“(...) de uma paciente que (...) iniciou insulina e (...) a gente teve muito apoio. Ela não dava conta de aplicar (...) E acho que ela tinha medo e por mais que a gente aplicasse aqui, mas a noite não tinha (...). Então (...) essa situação específica a gente teve bem a ajuda da família (...)”. (E3)

“Uma senhora tava depressiva, mora sozinha, os filhos, os netos (...) não está dando muita assistência a ela. Então a gente teve que chamar a neta pra táaaaa, que ela tava com infecção urinária, com a pressão, a diabetes estava tudo descontrolado. Então ela veio e a neta (...) pra tá ajudando na medicação, na dieta (...)”. (E4)

“(...) tem um caso. De até do vínculo do agente comunitário de saúde (...) Que agente comunitária começou a perceber que (...) durante as visitas (...) a história da paciente estava um pouco confusa, toda vez que ela chegava, ela perguntava se tomou remedinho, se não tomou e a paciente desconversar. - Ah eu tomei! - Qual que você tomou hoje? - Já tomei aquele rosinha e aquele (...) Aquela situação confusa. E a gente comunitária acabou percebendo que ela [paciente] não sabia ler (...)”. (E10)

“(...) eu tenho paciente que nem pega medicação aqui, que usa (...) medicamentos que, nem disponibiliza pela rede municipal, que ele pega na

(...) farmácia popular que é glifage, ou aradois, mas ele vem fazer o acompanhamento porque ele gosta de acompanhamento. Ele gosta de participar do grupo, ele gosta de ouvir as orientações que a gente dá no grupo, (...) a gente pesa (...). Faz essa avaliação da pressão, a gente dá pra ele o apoio (...). (E19)

As situações negativas (10,0%), que emergiram nos depoimentos, revelaram que os entrevistados consideraram negativas aquelas que traziam em seu bojo uma vulnerabilidade tanto material quanto emocional, e são exemplificadas nos relatos:

“O que esse me marcou (...) a glicemia dele [refere-se ao paciente] deu muito baixo, muito baixa e ele precisava era de comer. Falei pra ele: fulano, o senhor tem que comer, o senhor volta lá na casa do senhor e (..) o senhor come alguma coisa. Aí ele virou pra mim falou assim: minha filha eu não tenho nada pra comer lá em casa. E eu não tinha médico na unidade, não tinha nada na unidade, e eu catei o que eu tinha dentro da bolsa e dei pra ele comer, dei meu lanche pra ele. Porque era o que eu podia fazer, pra ver se a glicemia dele aumentava”. (E11)

“Tem casos que marcam a gente, a gente teve um paciente, por exemplo, aqui, do nosso grupo de (...) hiperdia (...). Diabético, hipertenso e depressivo. (...) E ele sempre falando, ai, eu não tô bem, angústia muito grande, tô triste, tô triste. A gente encaminhou pro psiquiatra, tava tomando medicação, mas não tava tendo melhora (...). (E22)

### **7.3.2 Sinergia entre os diferentes pontos da RASPDC**

Nesta categoria, evidencia-se que o número de situações positivas (17,2%) foi quase igual ao de negativas (13,8%), com apenas uma a menos. Constata-se que os entrevistados relataram os pontos de apoio para um cuidado integral como sendo facilitadores para a assistência às pessoas com doenças crônicas, mas ao mesmo tempo a falta de comunicação entre os envolvidos e a fragilidade na questão da contrarreferência representam dificultadores.

As situações positivas, nas quais os profissionais de saúde da ESF necessitaram de ajuda dos outros pontos de atenção para realização do cuidado, às pessoas com doenças crônicas, e resolução dos problemas não solucionados na APS,

são ilustradas nos depoimentos a seguir, os quais trazem à tona a necessidade de apoio para a resolução de problemas especializados:

“Teve um caso de um senhor, que estava com uma ferida, uma úlcera (...) já assim bem avançada, ele foi lá [refere ao Centro Municipal De Hipertensão De Diabetes], foi atendido, ele passou pelo endócrino e também acompanhado aqui com o médico e a ferida dele tá praticamente quase fechado”. (E14)

“(...) paciente que tem pé diabético, tava com ferida no pé, já tava bem complicado porque ele já tava (...) entrando (...) não, na verdade ele esteve já osteomielite, teve que amputar o pé (...) então a gente estava tentando cuidar do outro pé (...) E aí a gente encaminhou pra lá [refere ao Centro Municipal De Hipertensão De Diabetes]. Lá ele foi, foram feitos curativos, orientações, passou (...) por endocrinologista (...)”. (E15)

“(...) o paciente chegou tava com (...) glicemia [alta], fizemos uma glicemia capilar deu HI (...) foi feito um soro (...) correu-se o seu soro, foi feito, se eu não me engano quatro ou cinco unidades de (...) insulina regular e o paciente foi encaminhado pra UPA”. (E16)

“A gente teve recentemente um caso (...) era diabético que não conseguia controlar. E aí a diabetes a gente tem até um pouco mais de facilidade aqui porque a insulina e soro (...). Então a gente consegue fazer hidratação. E tem essa facilidade, mas tem a dificuldade de fazer o manejo da dose correta do que vai usar contínua (...) como estava tendo dificuldade nesse manejo, de qual seria a dose correta (...) o doutor entrou em contato direto com a doutora Fulana [endocrinologista do serviço de referência] que foi orientando até conseguir normalizar e não precisou encaminhar para lá”. (E18)

Os depoimentos também revelaram que se evidencia falta de articulação entre os pontos da RAS, constatando-se fragilidade na comunicação entre os envolvidos, desencadeando ações negativas para o cuidado junto às pessoas com doenças crônicas, como ilustram as situações negativas (dificultadoras):

“A gente teve um caso recentemente do paciente (...) com a amputação (...) E a gente tem um centro de atendimento. Esse paciente foi encaminhado e colocado na fila. E quando ele chegou lá com o encaminhamento, eles

mandaram devolver ele pra fila novamente porque o encaminhamento não foi de forma adequada (...). (E6)

“(...) já aconteceu comigo uma vez. O paciente (...) com um pé diabético que acompanha lá no centro de atendimento. Esse paciente estava realizando, dessa forma, eu resolvi mais rápido. Estava realizando um acompanhamento com eles, e o uso da ceftriaxona por vinte e oito dias (...). Então o que aconteceu? A receita do paciente venceu, o paciente foi lá, não tinha médico (...). (E6)

“Eu não sei o nome da paciente, mas essa que eu tô te contando de doença renal, ela (...) é renal. (...) a médica encaminhou e a paciente ficou retornando pra unidade (...) não que a gente não tenha que ter controle do paciente, mas assim pra tomar conduta aqui na unidade, falando que não era de questão de especializada (...). (E20)

#### 7.4 IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS

Diante das 29 situações relatadas, foram identificados 274 comportamentos envolvidos, os quais foram agrupados por afinidade de conteúdo, à luz do referencial teórico adotado na pesquisa, os quais contribuíram para a construção de três categorias temáticas: “Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas”, “Relacionar-se com a equipe de saúde na assistência às pessoas com doenças crônicas” e “Realizar a assistência nos pontos da RASPDC (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição das categorias de comportamentos positivos e negativos, referentes à assistência dos enfermeiros/enfermeiras às pessoas com doenças crônicas, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024.

CATEGORIAS DE COMPORTAMENTOS	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas	122	44,5	62	22,6	184	67,1
Relacionar-se com a equipe de saúde na assistência às pessoas com doenças crônicas	47	17,2	8	2,9	55	20,1
Realizar a assistência nos pontos da RASPDC	30	10,9	5	1,9	35	12,8
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>72,6</b>	<b>75</b>	<b>27,4</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

Chama bastante atenção o fato de que a maioria (72,6%) dos comportamentos recebeu atribuição positiva pelos participantes, o que revela que facilitaram a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas. Isso significa que os(as) enfermeiros/enfermeiras desenvolveram o trabalho com empenho, esforço e disposição na tentativa de superar os desafios cotidianos, com vistas à assistência de qualidade, contrapondo-se e transcendendo as situações que eram em sua maioria negativas, como apresentado anteriormente.

#### **7.4.1 Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas**

Esta categoria temática contempla depoimentos de enfermeiros/enfermeiras que expressaram comportamentos pautados, em sua maioria, em abordagem colaborativa e inseridos no processo de tratamento e gerenciamento da condição crônica da pessoa. Além disso, traz em seu bojo uma abordagem centrada na pessoa a ser assistida, que leve em consideração não apenas os aspectos físicos envolvidos na doença, mas também as dimensões emocionais, sociais e psicológicas das pessoas com doenças crônicas.

A seguir, são apresentadas as subcategorias, com as frequências e os percentuais obtidos, bem como as respectivas referências positivas ou negativas, atribuídas pelos próprios participantes, quanto aos comportamentos da categoria temática **Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas** (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das subcategorias de comportamentos positivos e negativos, referentes à “Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas”, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024.

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTO	Positivo		Negativo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas	60	32,6	25	13,6	85	46,2
Realizar o tratamento de forma autônoma	40	21,7	34	18,5	74	40,2
Envolver familiares na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas	22	12,0	3	1,6	25	13,6
<b>Total</b>	122	66,3	62	33,7	184	100

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

#### 7.4.1.1 Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas

A subcategoria temática **Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas** contemplou o maior número de comportamentos (46,2%), reunindo as ações realizadas pelos profissionais de saúde da ESF, envolvendo uma série de atividades e intervenções destinadas a atender às necessidades das pessoas com doenças crônicas, promover sua recuperação e qualidade de vida, bem como ofertar um cuidado pautado na empatia, vínculo e solidariedade, para além da oferta de tecnologias duras. Ressalta-se que predominaram referências positivas (32,6%), as quais facilitaram a assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos enfermeiros/enfermeiras da ESF, e são ilustradas a seguir:

“(...) até hoje ela [refere-se ao atendimento que a enfermeira prestou à pessoa com doenças crônicas para continuidade do tratamento] chega aqui e me procura, porque ela formou um vínculo muito grande que no dia que ela veio ela tinha acabado de sair do hospital (...)”. (E7)

“Aí a gente tentou fazer a medicação dele [refere-se à necessidade de tomar insulina e a pessoa com doenças crônicas não conseguir] aqui, que a gente imaginou que ele não tava tomando a medicação. Aí ele tomava aqui, ele vinha, eu fazia insulina dele de manhã. Ele voltava no final da tarde, eu fazia a insulina dele aqui. A gente foi tentando pra ver se controlava (...)”. (E10)

“E eu não tinha médico na unidade, não tinha nada na unidade, e eu catei o que eu tinha dentro da bolsa e dei pra ele [refere-se à necessidade de comer pois a glicemia estava muito baixa] comer, dei meu lanche pra ele. Porque era o que eu podia fazer, pra ver se a glicemia dele aumentava. Então acho que esse foi (...) a dificuldade assim, a pessoa não tinha, o quê que eu ia fazer? E estava bem baixa, tava com uma glicemia de trinta se eu não me engano (...) não tinha glicose na unidade, porque poderia não dar o que comer se eu tivesse glicose. Eu não tinha médico, não tinha glicose, não tinha nada, tive que dar. (...) Ainda bem que eu não tinha tomado meu café porque se eu tivesse. Quê que eu ia fazer?” (E11)

“(...) Então a gente estava tentando cuidar do outro pé (...) foram feitos curativos, orientações (...)”. (E15)

“Ofereci. Falei: vamos começar então o remédio (...)? Certo. O senhor continua fazendo o acompanhamento da pressão, porque ele estava fazendo o mapa (...) E a pressão realmente não está baixando. Foi muito provavelmente porque o senhor não estava tomando remédio. Então eu ofertei o remédio, que era o remédio mesmo. A gente entrou no sistema, olhou, tava registrado o nome. Aí a gente deu o remédio. Agora o senhor começa a tomar”. (E18)

Nesta subcategoria, apesar do predomínio de comportamentos positivos, emergiram também comportamentos negativos (13,6%), expressos na dificuldade de realização da assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos(as) enfermeiros/enfermeiras, em decorrência de fatores como falta de entendimento a respeito do tratamento, por parte da pessoa com doença crônica; insuficiência de



suprimentos e fragilidade na empatia entre enfermeiros/enfermeiras e as referidas pessoas, como ilustram os depoimentos que seguem:

“(...) eu fiquei quase uma hora com ele [refere-se à tentativa de explicar sobre a doença crônica que a pessoa tinha], tentando explicar pra ele”. (E2)

“(...) só que a gente não tinha insulina pra entregar [não realizaram a dispensação do medicamento] pra ele (...) e aí (...) nesse caso depois esse paciente no próximo acompanhamento, ele não veio”. (E19)

“Então, assim, foi um caso muito difícil [refere-se à pessoa com doenças crônicas, acamada, com vulnerabilidade em casa, que necessitava de vaga no asilo] que a gente teve que lidar por meses”. (E22)

“Mas ele [refere-se à pessoa com doença crônica] queixava, talvez a gente, eu sinto que talvez a gente poderia ter feito um estudo de caso, envolvendo outras especialidades, não sei. Um (...) plano pra ele (...)”. (E22)

#### *7.4.1.2 Realizar o tratamento de forma autônoma*

A subcategoria **Realizar o tratamento de forma autônoma** revelou a capacidade da pessoa em gerenciar sua própria condição de saúde, seguindo as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e tomando decisões relacionadas ao seu tratamento de maneira independente, seja elas positivas ou negativas, exercendo o protagonismo em sua vida.

Nessa subcategoria emergiram também comportamentos que possibilitaram que as pessoas com doenças crônicas pudessem tomar decisões a respeito do seu próprio cuidado, levando em consideração suas preferências pessoais, valores e circunstâncias individuais. Os relatos dos participantes evidenciam que as pessoas com doenças crônicas buscavam o seu tratamento de forma autônoma, o que representavam facilitadores para a referida assistência, sendo expressos nas referências positivas (21,7%) a seguir:

“Ela veio pegar insulina, pra casa, passar pelas orientações do que ela tem que tomar, tudo direitinho, tá entendendo?” (IC1)

“Desde então ela já começou a tomar direitinho. E a pressão dela era bem alta, estava sempre muito alta, era tipo vinte por doze, sabe? E começou a tomar o remédio direitinho e organizou a medicação (...)”. (E10)

“(...) é um paciente que é assíduo aqui na unidade, ele participa do (...) Hiperdia (...)”. (E14)

“(...) ele [pessoa com doenças crônicas] veio, (...) ele vinha todos os dias aferir a glicemia, bonitinho, todo dia eu via ele aqui. Estava tomando a medicação direitinho. Teve mudança de hábito e aí (...) a diabetes dele tava controlada. Então ele começou a ganhar peso, começou a voltar as atividades diárias normalmente”. (E20)

“(...) continuou aqui fazendo com a gente [refere-se ao tratamento] (...) E ele teve covid e assim ficou internado, ficou ruim, sabe? Com isso ele ficou muito assustado, que ele ficou bastante grave. Depois disso que ele foi melhorando aos poucos, recuperou devagar, mas ficou bem, parou. Da covid, né? Continuou com a doença crônica. Mas aí ele resolveu (...) Ele interpretou que teve uma segunda chance e resolveu cuidar da doença crônica e melhorar. Então, ele fez a dieta, emagreceu, começou fazer caminhada e (...) dentro da possibilidade financeira dele, ele começou alimentar melhor (...)”. (E22)

Entretanto, também emergiram, nos discursos, comportamentos com referências negativas (18,5%), os quais revelaram que algumas pessoas com doenças crônicas não tinham conhecimento e ou pareciam não ter vontade/envolvimento para realizar de maneira adequada o seu tratamento, dificultando a assistência prestada pelo(a) enfermeiro/enfermeira:

“Então, assim, esse paciente específico, ele não segue [refere-se ao tratamento e orientações] (...)”. (E3)

“(...) no serviço ela [refere-se à pessoa com doença crônica] ficava sem a insulina, a regular”. (E9)

“E ele [refere-se à pessoa com doença crônica] não aderiu, ele não ia (...) Aí a gente acabou descobrindo que ele comia, o café da manhã dele era pão com açúcar e óleo (...) E ele almoçava uma panela de arroz, só arroz (...) que ele pegava na geladeira e comendo as pelotas, sabe o arroz frio (...) e quando a gente fazia medicação dele aqui era só o poder da insulina que fazia baixar

um pouquinho, que ele chegava em casa e ele se alimentava tudo errado (...). Ele era muito difícil”. (E10)

“E ele [refere-se à pessoa com doença crônica] apareceu aqui. Ele veio vamos supor em ... eu não lembro se foi junho ou julho. Depois ele veio aparecer aqui só agora em novembro”. (E19)

“(...) um paciente que não tinha condições de cuidar de si (...). Mas lá ele vivia com falta de higiene, vivia em situação de (...) vulnerabilidade”. (E22)

#### 7.4.1.3 *Envolver familiares na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas*

A subcategoria **Envolver familiares na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas** engloba comportamentos que se referiram à necessidade da participação da família no processo de cuidado da referida pessoa, contribuindo com diversos benefícios, tanto para o indivíduo a ser cuidado quanto para a equipe de saúde. Esse envolvimento pode trazer vantagens, dentre eles: dar continuidade à assistência no domicílio; contribuir na administração de medicamentos; ofertar apoio emocional; colaborar no monitoramento contínuo e possibilitar melhoria da qualidade de vida. Destaca-se que na subcategoria houve predomínio de ações com referências positivas (12,0%), facilitando a assistência, em foco, conforme ilustram os depoimentos:

“Nesse caso em específico a gente chegou até a falar (...) falar com a família sobre a importância [de realizar o tratamento para melhorar a ferida]”. (E3)

“Então (...) a gente teve bem a ajuda da família (...) A gente treinou a filha pra tá aplicando nela [refere-se à insulina] (...). Mas depois a família se organizou, porque a gente tem remédios hoje (...) que não são da rede, são mais caros, mas que conseguem segurar bem, sem ser insulina. E assim, depois a família se organizou e (...) ela passou a comprar essas medicações mais caras, mas que pelo menos ela não tomava insulina (...). Então esse foi um caso de sucesso. Assim, ela enquanto a filha não tava treinada, ela vinha tomar [a insulina] aqui todos os dias, (...) depois a gente teve um apoio da família pra tá conseguindo fazer e isso é importante (...) acho que as pessoas agiram ali em conjunto (...)”. (E3)

“Então ela [refere-se à neta da pessoa com doença crônica] veio. E a neta (...) pra tá ajudando na medicação, na dieta (...)—e a neta tá nos ajudando nesse sentido (...). De tá, porque ela tá (...) morando ao lado, que tá todos os dias vendo a avó. Então ajuda bastante”. (E4)

“(...) a gente começou a chamar a família. Chamava, (...) chamamos a família, envolvemos a família e tudo. Ela [esposa da pessoa com doença crônica] falou (...) até ele morava só ele e uma esposa, e a esposa, a gente chamou uma filha, porque como a esposa também já era idosa, a gente chamou uma filha pra poder responsabilizar pelo cuidado (...)”. (E10)

Constataram-se, também, mesmo que em menor quantidade, comportamentos negativos (1,6%), os quais revelaram a necessidade de cuidado das pessoas com doenças crônicas no domicílio, devido à ausência de um familiar com condições para realizá-lo, relatados pelos entrevistados:

“(...) Então a gente teve que chamar a neta (...) [após tentativas de ajuda para realizar o tratamento, pois a pessoa com doenças crônicas não conseguia sozinha. Contactaram-se os filhos e eles não ajudaram. Aí tiveram que chamar a neta como última alternativa]”. (E4)

“(...) a esposa também não tinha condições de cuidar dele (...)”. (E22)

#### **7.4.2 Relacionar-se com a equipe de saúde na assistência às pessoas com doenças crônicas**

Na categoria temática, **Relacionar-se com a equipe de saúde na assistência às pessoas com doenças crônicas**, houve predomínio de comportamentos com referências positivas (17,2%), ou seja, facilitadores para o desenvolvimento da assistência à pessoa com doença crônica, segundo a perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, da presente investigação. Essa categoria revela que essa relação é essencial para garantir uma abordagem abrangente e integrada no cuidado. Instrumentos não materiais como o envolvimento, a colaboração e a comunicação eficaz entre profissionais de diferentes áreas de formação, como médicos/médicas, enfermeiros/enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos/psicólogas, assistentes sociais, dentre outros, evidenciaram-se como facilitadores para a assistência supracitada:

“A gente [refere-se à equipe de saúde] viu que não era só dificuldade de entender, que tinha alguma coisa além disso. Aí a gente passou [no sentido de “encaminhou para”] por consulta médica. Nesse caso e aí foi feito alguns exames (...) e o quê que a gente fez? Tanto eu quanto (...) as outras meninas (...). Que são da parte técnica de enfermagem também colaboraram ajudando o paciente no caso da orientação pro uso das medicações que ele era hipertenso e acho que diabético também”. (E2)

“Até então assim, a gente [equipe de saúde] manteve a conduta do curativo dele e as orientações (...). Nesse caso, em específico, a gente chegou até a falar, levar assistente social (...)”. (E3)

“Ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] veio. A gente conseguiu que a médica atendesse ele (...). A gente faz visita, inclusive ele é paciente na minha área, acompanhado por mim, pelo meu médico (...)”. (E5)

“Aí ela [agente comunitária de saúde] prestou atenção, falou: não! Ela não sabe ler. Aí ela perguntou: a senhora sabe ler o nome do remédio? Não. Aí a gente fez essa caixinha lá pra ela e separou (...). E toda vez que ela pega a medicação, agente comunitário tem o cuidado de ir lá e separar pra ela, nas caixinhas, aí separa nas caixinhas, ó esse aqui é aqui, esse aqui, e tal (...)”. (E13)

“(...) a médica descobriu que ele [refere-se à pessoa com doença crônica] (...) tava com diabetes. E aí a gente [refere-se à enfermeira e à médica] começou a orientar ele (...)”. (E20)

Por outro lado, emergiram comportamentos com referências negativas que, apesar de se manifestarem de maneira menos expressiva (2,9%), o que chama atenção para a questão de que mesmo existindo a equipe de saúde disponível para a assistência às pessoas com doenças crônicas, no cotidiano, pode acontecer de não ser realizada ou ser restrita, seja por falta de insumos, falta de capacitação profissional ou fragilidade na empatia com as pessoas com doenças crônicas, dificultando o cuidado:

“Ela chegou aqui deu HI [*high* – glicemia capilar está alta, acima da capacidade de detecção do aparelho] e a médica falou, nós vamos ter que mandar a senhora pra UPA. Porque não tem condição de atender a senhora aqui (...). Aí ela [médica] falou, (...)”. (E1)

“(...) tanto que só tem uma pessoa que é a técnica de enfermagem da equipe um, que dá insulina pra ela (...) [refere-se à pessoa com doenças crônicas, a qual tem problemas mentais além do diabetes e o resto da equipe de saúde não consegue realizar os cuidados]”. (E12)

### 7.4.3 Realizar a assistência nos pontos da RASPDC

Nesta categoria temática emergiram comportamentos realizados para realização da assistência por meio dos diversos pontos da RASPDC, envolvendo a prestação de cuidados coordenados e integrados em diferentes níveis e serviços de saúde, inclusive com contrarreferência contribuindo para a continuidade do cuidado. Predominaram comportamentos com referências positivas (10,9%), os quais facilitaram a assistência às pessoas com doenças crônicas, segundo os(as) enfermeiros/enfermeiras:

“(...) [a médica] fizesse o encaminhamento pra fila eletrônica (...) e aí quê que acontece? Ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] tava na fila (...) e aí eu fui numa reunião (...), levei os dados dele (...), apresentei à fulana [refere-se à chefe da Secretaria de Saúde], (...). Ela [refere-se à chefe da Secretaria de Saúde] já pediu (...) solicitei que fizesse um encaixe com cardiologista (...) A gente fez tudo que tinha que fazer aqui. Enquanto isso, ele tava aguardando na fila, (...) aí eu conversei com a fulana [refere-se à chefe da Secretaria de Saúde] (...) a fulana [refere-se à chefe da Secretaria de Saúde] conseguiu encaixe com o cardiologista (...)”. (E5)

“(...) ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] foi lá (...) [refere-se ao Centro Municipal de Hipertensão de Diabetes]. Foi atendido, ele passou pelo endócrino (...)”. (E14)

“E aí a gente encaminhou pra lá [refere-se ao Centro Municipal De Hipertensão De Diabetes] (...). Lá ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] foi, passou (...) por endocrinologista (...) a equipe lá, quando percebeu que o paciente estava estável com o pé já (...) cicatrizado, tudo certinho, mandou de volta pra gente através de um encaminhamento, de uma cartinha, tudo certinho, bonitinho”. (E15)

“Então, como estava tendo dificuldade nesse manejo, de qual seria a dose correta, aí o doutor entrou em contato direto com a doutora Fulana [endocrinologista do serviço de referência] (...)”. (E18)

“A gente encaminhou pro psiquiatra, e ele tava [refere-se à pessoa com doenças crônicas] com o acompanhamento com o psiquiatra (...)”. (E22)

Embora tenham emergido de maneira pouco expressiva, os comportamentos com referências negativas (1,9%) merecem destaque, pois dificultaram a assistência às pessoas com doenças crônicas, segundo enfermeiros/enfermeiras. Tais ações revelaram limitações vivenciadas quando a referida assistência demandava atendimento em diferentes pontos da RAS.

“(...) ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] tava na fila eletrônica, uma pessoa que precisava de marca passo. Urgente”. (E5)

“Então o que aconteceu? A receita do paciente venceu (...). O paciente foi lá [Centro Municipal de Diabetes e Hipertensão], não tinha médico”. (E6)

“(...) e ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] ficou em casa, sem condições de saúde básica, por meses, até conseguir uma vaga na instituição [refere-se a uma Instituição de Longa Permanência]”. (E22)

## 7.5 IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS

Ao analisar as 93 consequências decorrentes das situações, vivenciadas ou observadas, na assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, procedeu-se a sua categorização, fundamentando-se na afinidade de conteúdo, construindo-se duas categorias temáticas “Desfecho para as pessoas com doenças crônicas” e “Desfecho para o profissional/equipe de saúde”.

As categorias de consequências, conforme relatadas pelos participantes, estão identificadas na Tabela 6, juntamente com as frequências, os percentuais e as respectivas atribuições positivas e negativas.

Tabela 6 – Distribuição das categorias de consequências positivas e negativas, referentes à assistência de enfermeiros/enfermeiras às pessoas com doenças

crônicas, extraídas dos IC relatados pelos(as) enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, de um município do Triângulo Mineiro, MG, 2024.

CATEGORIAS DE CONSEQUÊNCIA	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Desfecho para as pessoas com doenças crônicas	58	62,4	16	17,2	74	79,6
Desfecho para o profissional/equipe de saúde	11	11,8	8	8,6	19	20,4
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>74,2</b>	<b>24</b>	<b>25,8</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

Constata-se que as consequências, assim como os comportamentos, foram em sua maioria positivas (74,2%), apesar do predomínio das situações negativas (tabela 2). Isto significa que, no cotidiano, foram vivenciadas ou observadas mais situações negativas (dificultadoras) no que tange a assistência à pessoa com doença crônica, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras. Porém, os comportamentos foram predominantemente positivos, facilitando a referida assistência, resultando em mais consequências positivas do que negativas. Houve maior concentração de consequências na categoria temática Desfecho para a pessoa com doença crônica, e predomínio de consequências com atribuição positiva.

### 7.5.1 Desfecho para as pessoas com doenças crônicas

Nesta categoria temática, os relatos abordam a respeito da qualidade, bem como resultados alcançados na assistência prestada, adesão ao tratamento, assim como a recuperação ou não dos agravos que acometiam as pessoas com doenças crônicas. Houve predomínio de consequências com referências positivas (62,4%), o que traz à tona a evidência de que apesar de enfermeiros/enfermeiras vivenciarem mais situações dificultadoras para a assistência, diante dos comportamentos/ações realizadas, as consequências foram predominantemente positivas para as pessoas com doenças crônicas, revelando qualidade adequada da assistência e sucesso do tratamento:

“(...) pra tentar resolver e o resultado foi positivo (...) o paciente teve uma boa adesão ao tratamento (...)”. (E3)



“(...) ela aderiu ao tratamento (...). Melhorou a infecção, melhorou (...) o uso da medicação que ela não tava tomando direito (...)”. (E4)

“(...) e ele [refere-se à pessoa com doença crônica] já saiu de lá [unidade básica] direto pro hospital escola (...) ele colocou o marcapasso”. (E5)

“(...) e ela [refere-se à pessoa com doenças crônicas] foi bem acolhida (...) aí ela (...) sentiu realmente confiança na escuta, no acolhimento (...)”. (E7)

“(...) e fez o tratamento (...) então tá totalmente compensado, da gente praticamente tirar a insulina que ela [refere-se à pessoa com doenças crônicas] teve que começar subitamente”. (E7)

“(...) Aí desde então, a pressão dela já controlou (...) aí ficou bem agora. Está certinho, controladinho a pressão dela [refere-se à pessoa com doenças crônicas] era mais só a questão da dificuldade com o tratamento (...) acabou o problema”. (E10)

“Ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] foi pra (...) instituição, foi pro asilo. Está bem agora”. (E22)

As consequências positivas resultaram também do comprometimento da assistência repercutindo em benefícios para a recuperação da situação de saúde da pessoa com doença crônica, destacando-se a continuidade do cuidado como importante elemento terapêutico:

“(...) ficou acompanhando aqui com a gente até ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] conseguir uma vaga lá no centro de referência pra realizar os curativos, acompanhamento com endócrino, físico, nutricionista e cardio. (...) a doutora já encaminhou (...). Pra lá [refere-se ao centro de referência]”. (E6)

“(...) retornou pra atenção básica e continua também lá no acompanhamento. É paciente ativo, anda tudo”. (E14)

“(...) não precisou encaminhar para lá [refere-se ao serviço de referência] (...) só com uma orientação ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] conseguiu fazer o acompanhamento (...)”. (E18)

“(...) ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] gosta de vim fazer o acompanhamento aqui, porque a gente dá esse retorno, esse *feedback* pra ele (...)”. (E19)

Emergiram também, comportamentos com referências negativas (10,5%), revelando que, para algumas pessoas com doenças crônicas, a assistência não repercutiu em sucesso terapêutico. Esse insucesso pode ser expresso por meio da necessidade de continuidade em ciclo do cuidado, pela equipe de saúde pelo fato de as pessoas com doenças crônicas não aderirem ao tratamento de forma adequada, e os agravos continuarem demandando atendimento profissional, e em algumas situações, com necessidade de recomeçar o tratamento, retomar do princípio, conforme ilustram os relatos:

“E os resultados seguem até hoje, a ferida está lá”. (E3)

“Da primeira vez cicatrizou, mas está abrindo de novo (...)”. (E15)

“Aí ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] nem passou (...) não estava ainda no prazo dele consultar novamente. Então ele nem passou porque ele estava com uma intercorrência (...) porque a pressão não estava baixando, mas a intercorrência dele era por conta do não uso [da medicação]”. (E18)

“Estava tudo descompensado. Glicemia estava muito alta, pressão estava muito alta (...) e ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] queixando (...) dificuldade pra enxergar, que a perna tá muito doendo, tudo, porque ficou todo descompensado”. (E19)

Evidencia-se que os desfechos negativos também resultaram em óbito para pessoas com doenças crônicas, sendo expressos por meio dos discursos:

“(...) aí acabou que durante a pandemia ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] faleceu. Ele faleceu em casa. Foi encontrado morto, então a gente “nem sabe, pode ter sido em decorrência de complicação de diabetes (...). Ele não aderiu, não aderiu o tratamento e acabou falecendo”. (E10)

(...) só que aí veio a falecer de câncer, ele deu um câncer Hepático (...)”. (E20)

“(...) ele se matou. Ele suicidou (...)”. (E22)

### 7.5.2 Desfecho para o profissional/equipe de saúde

Na categoria temática Desfecho para o profissional/equipe de saúde predominaram consequências com referências positivas (11,8%), as quais revelaram o sentimento de sucesso frente à assistência prestada, devido à colaboração da família e da equipe de saúde, além da melhora do vínculo com as pessoas com doenças crônicas, relatadas nas falas:

“(...) nesse caso específico a gente teve sucesso. (...) Nessa parte a gente teve uma colaboração (...). Uma colaboração nossa e uma colaboração da família (...)”. (E3)

“(...) e hoje toda vez que ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] me vê, ele chora (...) porque ele fala que eu salvei a vida dele (...)”. (E5)

“Está em aberto, a gente continua cuidando dela [refere-se à pessoa com doenças crônicas] (...). Então a gente continua tendo cuidado com ela aqui”. (E12)

Por outro lado, emergiram também consequências com referências negativas (8,6%), embora não tenham sido predominantes, importante evidenciar que algumas situações vivenciadas ou observadas, e os comportamentos envolvidos, resultaram em sentimentos de insatisfação pessoal/profissional, frustração, comprometimento para o trabalho devido a questões que fogem da governabilidade do profissional/equipe de saúde:

“Pra nós [profissionais/equipe de saúde] a frustração que fica (...) e o serviço que não anda (...)”. (E3)

“(...) hoje a gente [profissionais/equipe de saúde] tá infelizmente, precisando mandar ele [refere-se à pessoa com doenças crônicas] de volta pro CEND”. (E15)

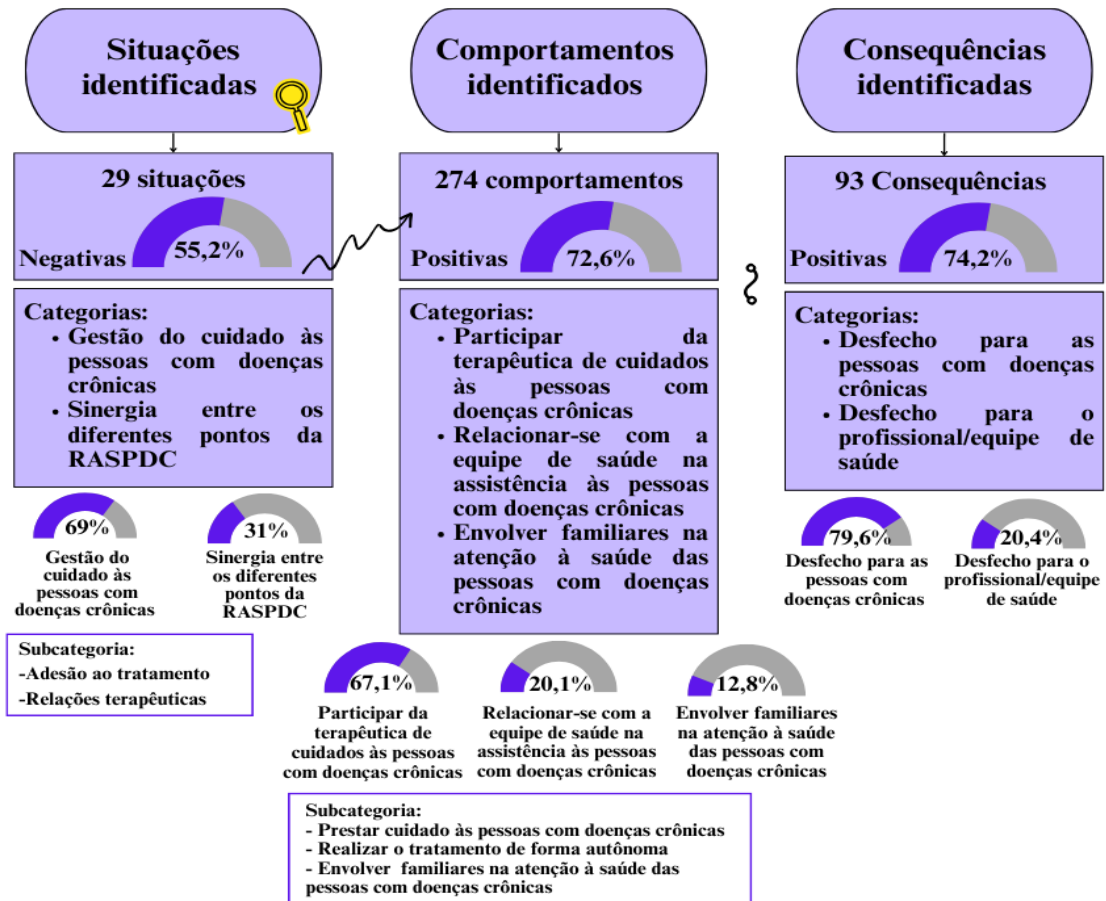
“Então a gente perdeu tudo. Aí vai marcar consulta pro médico, vai pedir exames de novo, pra ver como que tá a hemoglobina glicada, tudo de novo,

porque esse paciente a gente o perdeu durante esses seis meses, porque ele pegou lá a insulina”. (E19)

“Não sei, não sei te falar. Mas depois eu não, não sei mais, é isso que eu estou te falando não tem a contrarreferência (...)”. (E20)

A sumarização dos resultados encontrados pode ser visualizada na Figura 1 abaixo:

Figura 1 - Sumarização das situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas categorias, obtidos junto aos enfermeiros/enfermeiras das ESF, em um município no Triângulo Mineiro, 2024.



Fonte: Elaborada pelas autoras, 2024.

## 8 DISCUSSÃO

Foram explorados elementos facilitadores e dificultadores para a assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos(as) enfermeiros/enfermeiras, utilizando-se a TIC para identificação de situações reais que revelassem o que ocorre no cotidiano da ESF que repercute na referida assistência. Salieta-se que as vivências positivas são compreendidas como facilitadoras para tal assistência às pessoas com doenças crônicas, enquanto as negativas são dificultadoras para a assistência supracitada, conforme perspectiva dos participantes desta investigação.

Para a apresentação dos IC, realizou-se a identificação das situações, comportamentos e consequências, separadamente. No entanto, mesmo apresentados de maneira separada, esses elementos não são isolados nem desconexos uns dos outros, eles mantêm uma proximidade entre si, permitindo uma compreensão abrangente da realidade no que tange à assistência às pessoas com doenças crônicas, na ótica de enfermeiros/enfermeiras, da ESF.

Considerando-se o volume de achados, optou-se em realizar uma análise e discussão do que emergiu de maneira mais frequente, revelando-se como mais recorrente na assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos(as) enfermeiros/enfermeiras, sem desconsiderar os demais dados e sua importância. Porém, compreendendo que, muitas vezes, é melhor a análise aprofundada de temas centrais que a pulverizada de temas periféricos.

Na análise das características sociodemográficas, constatou-se predomínio do sexo feminino entre enfermeiros/enfermeiras, convergindo com a literatura, a qual identificou, em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela FIOCRUZ, que 86% dos enfermeiros/enfermeiras eram do sexo feminino. Essa tendência de predominância feminina tem sido uma característica constante desde os primórdios da referida profissão (Lombardi; Campos 2018).

Com relação à idade, evidenciou-se predomínio, de enfermeiros/enfermeiras, na faixa etária entre 30 e 34 anos, com a maioria relatando situação conjugal casada. No que tange ao tempo de formação (graduação), a maioria indicou ter entre 06 e 15 anos. Já no que diz respeito à formação complementar, a maioria possuía especialização como maior nível concluído, com muitos participantes indicando ter mais de uma especialidade. As áreas de formação complementar mais citadas foram Saúde da Família e Atenção à Saúde, sendo a primeira, predominantemente, a *Lato*

*sensu* e a segunda, a *Stricto sensu*. Quanto ao tempo de trabalho na equipe de ESF atual, revelou-se predomínio no período entre seis e 10 anos. Tais achados estão em consonância com o perfil dos enfermeiros/enfermeiras atuantes na ESF, no Brasil, predominantemente, na faixa etária entre 31 e 45 anos e relatam serem casados, além de a maioria possuir especialização (Alvarenga; Sousa, 2022; Carlos Aguiar; Sousa, 2023).

No presente estudo, os(as) enfermeiros/enfermeiros, em sua quase totalidade, já realizaram algum curso/treinamento/capacitação sobre doenças crônicas, sendo importante para melhorar a qualidade do atendimento, prevenir complicações, capacitar as pessoas com as referidas doenças, reduzir custos de saúde, promover a inovação e, em última análise, melhorar o bem-estar da comunidade como um todo. Investir na formação contínua dos profissionais de saúde, nesse campo, é essencial para enfrentar os desafios complexos associados às doenças crônicas (Dolny *et al.*, 2020).

Dentre as temáticas/cursos, constatou-se que Diabetes e Hipertensão foram os cursos mais realizados pelos enfermeiros/enfermeiras. Isto pode ser explicado pela alta prevalência dessas condições, a importância do seu gerenciamento, a disponibilidade de cursos de formação e o foco na prevenção, repercutindo nesta alta incidência de cursos. Além do mais, as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas RAS e nas Linhas de Cuidado Prioritárias, aborda a importância de um aprendizado contínuo, o qual deve transcender os métodos tradicionais, adotando estratégias que reconheçam e valorizem os profissionais, seu conhecimento prévio e sua experiência no campo de atuação (Brasil, 2013).

O predomínio de situações negativas vivenciadas na assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos(as) enfermeiros/enfermeiras, na ESF, podem revelar que, no cotidiano, os profissionais ainda enfrentam fragilidades e desafios para realizar a assistência com vistas à concretização de um cuidado efetivo, resolutivo e acolhedor.

Sendo assim, as situações negativas que emergiram, especialmente na **Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas**, como a falta de entendimento do indivíduo a respeito da sua doença, revelaram-se como aspectos dificultadores. Neste sentido, a literatura chama atenção para a importância do processo de coordenar e administrar os diversos aspectos do cuidado em saúde. Isto evidencia uma necessidade de planejamento e organização dos serviços de saúde

com a implementação de intervenções específicas para atender às necessidades da pessoa a ser assistida e ela conseguir realizar o tratamento (Mororó *et al.*, 2017), no caso desta investigação, da pessoa com doença crônica.

A gestão do cuidado é definida como o fornecimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, envolvendo a aplicação de recursos e ferramentas médicas de maneira personalizada e adaptada às especificidades de cada indivíduo. Visa atender tais necessidades de saúde, de acordo com suas especificidades, articulando-as com as dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, proporcionando um cuidado eficiente, contínuo e integral (Cecílio, 2011).

Nessa perspectiva, na RASPDC, essa gestão possibilita a garantia da integralidade e da continuidade da atenção, como enfatizado em seu objetivo de promover a melhoria da qualidade do atendimento à saúde para pessoas com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que visem a integralidade e a continuidade do cuidado em saúde (Brasil, 2014). No entanto, constata-se que a gestão do cuidado, realizada pelos serviços de saúde, com objetivo de orientar o trabalho, na ESF, na lógica da integralidade, ainda se revela fragilizada, não abrangendo plenamente todas as suas dimensões (Leite *et al.*, 2016).

Os achados do presente estudo destacam predominância da ocorrência de assistência integral às pessoas com doenças crônicas, concretizando-se por meio da colaboração em equipe, convergindo com a literatura ao ressaltar a necessidade da colaboração entre diferentes profissionais, como médicos/médicas, enfermeiros/enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros, a fim de garantir que a referida pessoa receba o tratamento adequado e coordenado em todas as etapas da assistência. Isso contempla o acompanhamento de exames, a administração de medicamentos, a realização de procedimentos médicos, a coordenação de cuidados de longo prazo e o suporte às pessoas com doenças crônicas e à família durante todo o processo (Caldeira *et al.*, 2023).

Destaca-se, aqui, como caminhos para a construção e fortalecimento de tecnologias de atenção integral à saúde, o estabelecimento de vínculos sólidos entre usuários e profissionais, garantindo o sigilo profissional e oferecendo espaços acolhedores. Além disso, salienta-se o trabalho em grupo com metodologias problematizadoras, que, a partir das vivências dos sujeitos, permitem a análise de

situações e a construção de respostas possíveis para as necessidades de saúde (Ayres *et al.*, 2012).

Para que seja alcançado resultado positivo é fundamental que ocorra adesão, por parte das pessoas com doenças crônicas, ao tratamento, o que emergiu na subcategoria **Adesão ao tratamento**. Isto se refere à maneira pela qual a pessoa segue as recomendações médicas e adota/incorpora comportamentos saudáveis, conforme prescrito pela equipe de saúde. Inclui tomar medicamentos de acordo com a dosagem e os horários recomendados, seguir dietas específicas, realizar exercícios físicos regularmente, comparecer às consultas médicas e acatar as orientações de autocuidado (Dias *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, os resultados revelaram situações evidenciadas na subcategoria **Adesão ao tratamento**, das pessoas com doenças crônicas, predominantemente negativas, trazendo em seu bojo a falta de conhecimento e a não conformidade com o adoecimento. Tais aspectos revelam-se cruciais para o sucesso da assistência, pois influenciarão diretamente nos resultados de saúde da pessoa em questão. Quando as pessoas com adoecimento aderem adequadamente à terapêutica, têm maior probabilidade de controlar suas condições clínicas, prevenir complicações, melhorar sua qualidade de vida e alcançar melhores resultados de saúde a longo prazo (Roter; Hall; Merisca, 2018). Entretanto, no cotidiano da ESF, os(as) enfermeiros/enfermeiras enfrentam situações que dificultam a referida assistência.

Necessário esclarecer que essa adesão pode ser desafiadora para muitas pessoas com doenças crônicas devido a diversos fatores, como complexidade do regime de tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos, custo dos medicamentos, falta de compreensão das instruções médicas, falta de apoio social, dentre outros. Portanto, é importante que os profissionais de saúde adotem abordagens individualizadas e multidisciplinares para promover/estimular aceitação da terapia, fornecendo educação/orientação, apoio emocional, monitoramento regular e solução de problemas para ajudar as pessoas supracitadas a superarem esses desafios e alcançarem uma terapêutica efetiva (Silva *et al.*, 2020). Isto foi constatado em alguns depoimentos de situações com referências positivas.

Relatos com referências positivas foram predominantes na subcategoria **Relações terapêuticas**, revelando que os vínculos construídos entre profissionais de saúde e pessoas com doenças crônicas, durante o processo de tratamento ou



cuidado, facilitaram a assistência a essas pessoas e a realização do tratamento. Tais relações são fundamentais para o sucesso da terapêutica, pois repercutem na confiança, na comunicação e na colaboração entre a equipe de saúde e a pessoa a ser assistida (Vieira *et al.*, 2023).

Destaca-se ainda que RASPDC propõe o acesso e o acolhimento aos indivíduos com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, assim como a humanização da atenção, que se baseia nas necessidades da saúde, como uns de seus princípios (Brasil, 2014).

Uma relação terapêutica eficaz é caracterizada por vários elementos, incluindo empatia, respeito, autenticidade, compreensão e aceitação incondicional por parte do profissional de saúde em relação às pessoas com doenças crônicas. Isso significa que o referido profissional deve ser capaz de compreender as necessidades, preocupações e experiências do indivíduo, comunicar-se de forma clara e respeitosa, e envolvê-lo no processo de tomada de decisão sobre seu tratamento (Borges *et al.*, 2019).

Essas características, de afeto e relações de confiança, foram constatadas nos discursos dos enfermeiros/enfermeiras quando se referiam à assistência com vínculo, empatia e atenção integral às pessoas com doenças crônicas. Isto converge com a literatura ao evidenciar que a construção de vínculo é uma das características fundamentais para o sucesso da assistência de enfermagem, na ESF. Essa construção requer a identificação e a valorização do contexto pessoal, familiar e social do indivíduo (Freitas; Costa; Alvarez, 2022), transcendendo fatores puramente biológicos.

A concepção de vínculo remete a algumas práticas e atitudes fundamentais para a realização do cuidado, como abrir mais espaço para os usuários, tratando-os como verdadeiros sujeitos e não como objetos de intervenção. Isso engloba assegurar maior capacidade e continuidade no atendimento às diferentes demandas de indivíduos e comunidades, e promover um envolvimento efetivo de profissionais, usuários e comunidades nos processos de cuidado (Ayres, 2001).

Portanto, não se pode considerar o vínculo como uma escolha individual, seja por parte dos profissionais de saúde ou das populações e indivíduos/usuários dos serviços. É necessário encará-lo como a construção de oportunidades de encontros que favoreçam intersubjetividades mais ricas, plurais e produtivas em compartilhamento (Ayres, 2009).

Uma relação terapêutica positiva pode promover a adesão ao tratamento, aumentar a satisfação das pessoas com doenças crônicas, melhorar os resultados de saúde e contribuir para uma experiência geral mais efetiva no cuidado em saúde. Por outro lado, uma relação terapêutica negativa ou deficiente pode gerar uma comunicação inadequada, falta de confiança no tratamento e insatisfação do indivíduo assistido (Vieira *et al.*, 2023).

A categoria **Sinergia entre os diferentes pontos da RASPDC** trouxe à tona a necessidade de ajuda/articulação dos diversos pontos de atenção da RASPDC na assistência às pessoas com doenças crônicas. Houve discreto predomínio de depoimentos de situações com referências positivas. Os achados convergem com a literatura ao enfatizar a relevância da atenção secundária, a qual revela-se de grande efetividade. Salienta-se que na referida atenção, o atendimento ambulatorial, com acompanhamento multiprofissional, facilita o encaminhamento para outras áreas dentro do próprio serviço, quando necessário, contribuindo para resolutividade. Outro aspecto relevante, no serviço ambulatorial, é a efetividade no agendamento de exames laboratoriais conforme os dados da consulta, possibilitando que os resultados estejam atualizados para a avaliação do profissional (Cardoso *et al.*, 2021).

Deste modo, o objetivo da RASPDC em realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, por meio da execução de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2014), é alcançado e mostra-se como potencialmente efetivo.

Portanto, a integração do cuidado é vista como uma alternativa viável para a reestruturação desse contexto, consolidando-se como uma solução para diversos problemas do sistema de saúde e permitindo melhorias na qualidade assistencial (Menezes; Pompilio; Andrade, 2019).

Pertinente destacar um estudo que analisou programas de atendimento integrado na Austrália, Canadá, Holanda, Nova Zelândia, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos constatando que os coordenadores de assistência são essenciais para uma integração bem-sucedida. Destaca-se ainda, que o não reconhecimento dos fluxos assistenciais e a falta de comprometimento dificultam oportunidades de mudanças favoráveis ao cuidado das pessoas com DCNT (Silocchi; Junges, 2017).

Para cada situação, existem reações e ações/comportamentos associados a ela. Neste estudo, verificou-se predomínio de comportamentos positivos em todas as

categorias de comportamentos, os quais facilitaram a assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos(as) enfermeiros/enfermeiras da ESF.

Na presente investigação, apesar do predomínio de relatos de situações negativas, no que tange à **Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas**, os comportamentos, predominantemente positivos (facilitadores para a assistência as referidas pessoas), contribuíram para que as consequências, para o indivíduo, fossem em sua maioria, positivas.

Destaca-se a categoria de comportamentos **Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas**, a qual teve maior número de referências positivas. Nela constatou-se empenho dos enfermeiros/enfermeiras em participar do cuidado de forma ativa, resolutiva e em equipe. Esses achados se aproximam de outro estudo, o qual mostra que o(a) enfermeiro/enfermeira prioriza o atendimento clínico específico às DCNT, com maior ênfase em usuários hipertensos e diabéticos. Nesse contexto, os profissionais supracitados podem definir com sua equipe a forma de oferecer o cuidado, assumem diversos aspectos da assistência e são muito solicitados, tanto pela gestão para fornecer informações quanto pelos usuários para resolver problemas (Sousa *et al.*, 2021).

Destaca-se que o(a) enfermeiro/enfermeira, contribui de maneira significativa para a integração dos cuidados às pessoas com DCNT, implementando intervenções que visam contribuir para modificação do estilo de vida, como educação em saúde, atendimento individual, reuniões em grupo e visitas domiciliares. Nesse contexto, o referido profissional exerce um papel de protagonista, definindo, com o apoio de toda a equipe de saúde, a organização da assistência a ser prestada (Teston *et al.*, 2018).

Importante considerar, sobre as referências que emergiram nos comportamentos, que foram reveladas pelos participantes, da presente pesquisa, uma participação positiva, o que contemplou ouvir atentamente as preocupações e necessidades das pessoas com doenças crônicas, envolvê-las ativamente no processo de tomada de decisões sobre seu tratamento e promover a sua autonomia e o seu empoderamento no que tange a sua própria saúde.

Os achados são coerentes com a literatura, ao indicar que a atuação do profissional de enfermagem frente às DCNT, na APS, revela-se capaz de garantir a continuidade do cuidado em saúde. Ele está comprometido com ações e práticas de educação, promoção e prevenção, que visam melhorar a qualidade de vida e

promover o empoderamento crítico e construtivo das referidas pessoas (Nogueira; Pachú, 2021).

Na categoria **Participar da terapêutica de cuidados às pessoas com doenças crônicas** emergiram as subcategorias, que destacaram também em sua maioria comportamentos positivos, principalmente, no que tange a **Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas**. Evidenciou-se que as ações realizadas pela equipe de saúde, são voltadas para atender as particularidades/necessidades/demandas das pessoas com doenças crônicas, concretizando-se por meio de tecnologias duras ou tecnologias leves.

Neste sentido, tais achados pautados nas necessidades de vínculo, empatia e solidariedade nos atendimentos convergem com estudo que aborda a gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica, o qual esclarece que mais do que a resolução dos problemas biológicos de seus filhos, as famílias de crianças e adolescentes com doença crônica buscam encontros de cuidado. Isto exige que o profissional esteja sensível e responsivo as suas demandas ampliadas, com vistas à reconstrução humanizada do fazer em saúde (Silva *et al.*, 2020).

Compreende-se as tecnologias em saúde como um conjunto de instrumentos materiais de trabalho, os saberes e seus desdobramentos, tanto materiais quanto imateriais, na produção de serviços de saúde. Desta forma, as tecnologias expressam as relações entre as pessoas e entre os objetos com os quais elas trabalham (Mendes-Gonçalves, 1994), representando importante elemento para concretização do trabalho. Destaca-se que a tecnologia leve foi utilizada, na realidade da investigação, de maneira marcante, sendo elemento positivo (facilitador) para a assistência.

Ainda sobre as tecnologias em saúde, oportuno destacar que Mehry (2002) define tecnologia incluindo os conhecimentos utilizados na produção de produtos singulares nos serviços de saúde, assim como os saberes que organizam as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Classifica a tecnologia em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

As tecnologias duras contemplam os equipamentos, dispositivos e infraestrutura física utilizada nos serviços de saúde, como máquinas de diagnóstico, aparelhos médicos e instalações hospitalares. Estas tecnologias são caracterizadas por serem tangíveis e tecnicamente, muitas vezes, complexas. As leve-duras envolvem os saberes estruturados, como protocolos, procedimentos clínicos e sistemas de gestão, combinam aspectos tangíveis e intangíveis, integrando o

conhecimento técnico-científico com a aplicação prática, nas unidades de saúde. Já as tecnologias leves, referem-se às relações e interações humanas, englobando a comunicação, o acolhimento, o cuidado e a empatia entre profissionais de saúde e pacientes, sendo intangíveis e focam na dimensão subjetiva e relacional do cuidado em saúde (Mehry, 2002; Sabino; Brasil; Caetano; Santos; Alves, 2016).

Neste sentido, os comportamentos com referências positivas, que emergiram e foram agrupados na subcategoria **Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas**, são coerentes com as diretrizes para o cuidado das referidas pessoas, as quais destacam que as DCNT apresentam um curso clínico que varia ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo causar incapacidades. Requerem intervenções utilizando tecnologias leves, leve-duras e duras, combinadas com mudanças no estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo (Brasil, 2014).

Os comportamentos negativos na subcategoria **Prestar cuidado às pessoas com doenças crônicas**, contemplaram as dificuldades na realização da assistência, devido ao desconhecimento a respeito do tratamento por parte das pessoas com doenças crônicas, à insuficiência de suprimentos e à falta de empatia entre os enfermeiros/enfermeiras e as referidas pessoas.

Tais achados convergem com a literatura (Silocchi; Junges, 2017) ao evidenciar que os profissionais estavam insatisfeitos com as práticas de acompanhamento, que se baseavam em um modelo prescritivo e autoritário para o controle das DCNT. A adoção do referido modelo revelou a falta de vínculo com a pessoa assistida, essencial para motivar esses comportamentos. Tal abordagem, desprovida de vínculo, não alcança os efeitos desejados, pois reduz a situação do indivíduo a uma patologia a ser enfrentada, em vez de focar na promoção da saúde. Essas dificuldades são agravadas pelos problemas e entraves nos serviços da RAS, dificultando o acesso a medicamentos necessários e o encaminhamento para consultas especializadas.

Importante destacar que frente a algumas situações vivenciadas, na presente investigação, para alcançar o tratamento adequado emergiram comportamentos apresentados na subcategoria **Envolver familiares na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas**. Envolver os familiares foi necessário para um melhor monitoramento e auxílio à referida pessoa. Tais comportamentos são convergentes com alguns conceitos abordados, anteriormente, os quais sugerem a relevância do suporte familiar no manejo de doenças crônicas. Neste sentido, ressalta-se que as famílias desempenham um papel crucial na adesão ao tratamento e no

suporte emocional das pessoas a serem cuidadas, ajudando na implementação de rotinas saudáveis e na monitorização contínua da saúde (Brotto; Guimarães, 2017).

A categoria **Relacionar-se com a equipe de saúde na assistência às pessoas com doenças crônicas**, evidenciou predomínio de referências positivas decorrentes das relações adequadas entre profissionais da equipe de saúde; e a necessidade de assistentes sociais, médicos/médicas e agentes comunitárias de saúde como apoio e colaboração na assistência. Sugere-se que o cuidado integral para pessoas com doenças crônicas requer uma equipe de saúde completa, trabalhando em conjunto para oferecer suporte abrangente e personalizado (Ayres *et al.*, 2012).

Os achados são convergentes com a proposta da RASPDC, a qual tem como um dos princípios o modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais (Brasil, 2013). Isso ganha sustentação na literatura, ao constatar que a inserção de equipes multiprofissionais, conforme orientado pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), foi avaliada de forma positiva. Essas equipes, compostas por profissionais de diferentes especialidades, proporcionam uma atenção contínua às pessoas com doenças crônicas, durante o mesmo turno de trabalho, reduzindo a necessidade de deslocamentos para a atenção Ambulatorial Especializada (Marques *et al.*, 2023).

Pertinente destacar, segundo a literatura, a avaliação de um serviço revelou que o desenvolvimento do trabalho em equipe estava baseado na multiprofissionalidade, mas a atenção interdisciplinar ainda estava em estágio inicial. A presença de profissionais de diversas especialidades não garante, necessariamente (Peduzzi, 2001), uma abordagem interdisciplinar, o que reforça a necessidade urgente de educação permanente para o serviço. Destaca-se que o MACC propõe a implementação de equipes multiprofissionais que operem de forma interdisciplinar (Brasil, 2013).

Salienta-se que amplificar as articulações e incorporar diferentes áreas do conhecimento em torno de um objeto de estudo, considerando seus aspectos teóricos e metodológicos, é certamente um dos maiores desafios atuais para alcançar a interdisciplinaridade (Santos; Coelho; Fernandes, 2020), o que poderá impactar na assistência à saúde de pessoas com doenças crônicas.

Contudo, a presença de uma equipe de saúde não garante, por si só e automaticamente, um cuidado eficaz e abrangente para pessoas com doenças

crônicas. Vários fatores podem interferir na qualidade e na acessibilidade dos cuidados prestados, como falta de insumos e recursos, capacitação profissional inadequada, falta de empatia, falta de sensibilidade e barreiras de acesso, conforme constatou-se nos depoimentos na presente investigação.

Neste sentido, fundamental dialogar com Mendes (2012), o qual destaca um desafio importante, ao chamar atenção para a composição predominante da equipe, centrada em médicos e enfermeiros, pode não ser suficiente para lidar com o manejo eficaz das condições crônicas. Embora os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tenham sido concebidos como uma forma de complementar o trabalho das equipes de saúde, a abordagem de tê-los apenas como apoiadores pode limitar seu potencial impacto. Faz-se necessário uma abordagem mais holística e abrangente para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, incorporando habilidades e conhecimentos específicos de profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentre outros.

Além do mais, de acordo com a RASPD, é função dos gestores garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas disponham de infraestrutura e tecnologias adequadas; recursos humanos capacitados e qualificados; recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes; de modo a assegurar o cuidado necessário (Brasil, 2015).

Ressalta-se que essa demanda, foi verificada com predominância de comportamentos com referências positivas na categoria **Realizar a assistência nos pontos da RASPD**, indicando uma oferta de cuidados abrangentes e coordenados em diferentes níveis de atenção.

Para alcançar uma assistência completa às pessoas com doenças crônicas, a RASPD, na perspectiva da APS, deve garantir a existência de um serviço de atendimento regular, assegurando o acesso aos diferentes níveis de atenção. Isso envolve a implementação de estratégias que combinem ações e serviços essenciais para a prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (Almeida *et al.*, 2018; Fausto *et al.*, 2014).

Essas ações devem ser realizadas por meio de fluxos de encaminhamentos previamente estabelecidos, bem como de mecanismos formalizados para a troca de informações entre os diferentes pontos de atenção. Tais meios são essenciais para a gestão clínica eficaz da condição de saúde das pessoas, permitindo uma coordenação

mais eficiente e integrada dos cuidados prestados (Mendes *et al.*, 2021; Pereira; Lima; Machado, 2018; Viacava *et al.*, 2018).

Os achados convergem com a literatura, a qual enfatiza que a RASPDC estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. A APS, por ser responsável por coordenar e realizar a assistência fornecida pela RASPDC, tem a função de conhecer seus pontos críticos e superar a fragmentação sistêmica, assegurando a integralidade e a continuidade dos cuidados (Pinto; Coutinho; Collet, 2016, Brasil, 2014).

Verifica-se, nos achados da presente pesquisa, a necessidade dos enfermeiros/enfermeiras encaminharem as pessoas com doenças crônicas para distintos pontos das redes, como forma de apoio e continuidade do cuidado, de forma a facilitar a assistência às pessoas em questão.

Salienta-se que pesquisa realizada, na Espanha, ao analisar um estudo que utilizava as estratégias de integração entre a APS e a atenção especializada, concluiu que a integração entre esses níveis assistenciais foi considerada um desafio fundamental nas discussões e políticas de saúde, nas três comunidades autônomas espanholas, representando um elemento-chave para a melhoria da qualidade da atenção. No entanto, as medidas implementadas nem sempre têm sido as mais adequadas (Almeida *et al.*, 2013), divergindo dos achados da presente investigação.

Em direção oposta aos resultados encontrados, os quais evidenciaram, no cotidiano, o uso da atenção especializada em vários momentos da assistência, uma pesquisa destaca a oferta restrita desse nível de atenção (serviços médicos ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico), a dificuldade de acesso em condições que possibilitem o uso apropriado em tempo adequado e, com frequência, a dependência de contratos públicos com o setor privado (Solla; Chioro, 2012).

Pertinente salientar que a atenção especializada é um dos componentes da estrutura da RASPD, e é composta por uma variedade de pontos de cuidado com diferentes níveis de densidade tecnológica, destinados a oferecer ações e serviços tanto de urgência e emergência quanto ambulatoriais e hospitalares especializados. Seu objetivo é apoiar e complementar os serviços da AB, garantindo uma abordagem resolutiva e oportuna (Brasil, 2014). Compete à APS encaminhar, para esses pontos da rede, os casos que não são possíveis de resolução no contexto da atenção primária.



Assim como o uso dos pontos de atenção foram utilizados para a assistência, a contrarreferência foi identificada, pelos participantes em seus depoimentos, como forma a facilitar a continuidade desse cuidado. Tais achados aproximam-se da literatura, a qual enfatiza que os instrumentos de referência e contrarreferência são essenciais para a integração dos serviços de saúde, evidenciando-se mecanismos formais para referência e contrarreferência entre a atenção básica e a especializada (Almeida *et al.*, 2010).

De acordo com a literatura, os municípios pesquisados, têm avançado na informatização das unidades básicas e especializadas com a implementação de prontuários eletrônicos. No entanto, a maioria dos gestores e gerentes de todas as cidades afirmou que a contrarreferência não é uma prática comum, apesar de os fluxos estarem estabelecidos (Almeida *et al.*, 2010), o que se revela consonante com os depoimentos dos participantes, visto que, mesmo em menor número, constatou-se fragilidade no uso da contrarreferência, dificultando a assistência prestada às pessoas com doenças crônicas.

Por outro lado, evidenciou-se na categoria **Realizar a assistência nos pontos da RASPDC**, referências negativas, as quais demonstraram ações que revelaram limitações, enfrentadas, por enfermeiros/enfermeiras, principalmente, quando a assistência às pessoas com doenças crônicas demandava atendimento em diferentes pontos da rede.

No que se refere à integração entre os diferentes níveis de atenção, pertinente salientar que o subfinanciamento público, juntamente com a limitação da retaguarda terapêutica e mecanismos ineficientes de programação e planejamento em saúde, agravam os problemas causados pelos vazios assistenciais em regiões de saúde de variados tamanhos (Almeida; Santos; Souza, 2015; Santos; Giovanella, 2016). Nesse contexto, a falta de recursos especializados, hospitalares e de urgência e emergência, nas regiões de saúde, destacam-se nas discussões sobre as RAS (Almeida; Santos, 2016).

O conceito e as ferramentas de regulação assistencial se alinham, sendo essenciais para a estruturação das RAS. Elas viabilizam um acesso mais equitativo aos recursos de saúde, no lugar e tempo certos, com custos e qualidade adequados (Almeida *et al.*, 2018).

Desta forma, os achados ancoram-se nos princípios da RASPDC os quais propõem a equidade, considerando os determinantes sociais da saúde; a autonomia

dos usuários, com a criação de estratégias de apoio ao autocuidado; a formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que promovam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e a regulação integrada entre todos os componentes dessa rede (Brasil, 2014).

Quanto às consequências, decorrentes das situações vividas ou observadas e os comportamentos envolvidos, predominaram referências positivas, especialmente, na categoria **Desfecho para as pessoas com doenças crônicas**. Fundamental salientar que, apesar de predominarem situações negativas, o grande predomínio de comportamentos positivos, facilitadores para a assistência às pessoas com doenças crônicas, repercutiu, favoravelmente, no maior número de consequências positivas para as referidas pessoas.

Revela-se ausência de um padrão linear nos dados, pois, apesar dos comportamentos e das consequências predominantemente positivas, as situações demonstraram outra dinâmica. Os enfermeiros/enfermeiras e a equipe de saúde, bem como os demais envolvidos, como pessoas com doenças crônicas e seus familiares, realizaram mais atos positivos, em uma tentativa de superar obstáculos com vistas à assistência adequada, os quais foram suficientes para gerar das situações negativas, consequências positivas.

Contudo, para se concretizar, a RASPDC requer um modelo de atenção integral e centrado na pessoa, um esforço coordenado entre gestores/equipe de saúde/pessoas com doenças crônicas e o uso das tecnologias em saúde (leves, leves-dura e dura). Pressupõe-se um modelo de atenção que supere o modelo biomédico tradicional na atenção à saúde das referidas pessoas (Fertonani *et al.*, 2015)

Nesse sentido, os relatos, na presente investigação, revelaram qualidade da assistência e sucesso do tratamento, divergindo da literatura a qual revela que os profissionais de saúde e gestores enfrentam dificuldades significativas no manejo de pessoas com doenças crônicas, na APS, apesar da disponibilidade e acessibilidade das legislações pertinentes, como diretrizes, portarias e linhas guia, para consulta e orientação das práticas clínicas. Segundo o autor, desconhecimento da legislação resulta em um vazio na assistência ao indivíduo crônico e sua família, o que contribui para uma demanda excessiva na APS, especialmente de casos agudos e/ou crônicos agudizados (Liberens, 2020).

Ressalta-se que também houve relatos de referências negativas, na categoria de consequências **Desfecho para as pessoas com doenças crônicas**, refletindo insucesso, mesmo não sendo predominante. Isto evidencia a necessidade de cuidado contínuo, em ciclo, no qual as pessoas com doenças crônicas começam o tratamento, porém não seguem adequadamente e precisam voltar/retomar do início.

Isso diverge da literatura, na qual essa continuidade é conceituada de uma forma diferente, pois está relacionada ao acompanhamento multiprofissional de um determinado problema de saúde e à sucessão de eventos entre consultas e atendimentos, que conduzem o cuidado a longo prazo, devido à condição crônica. Esse tratamento ainda depende do compartilhamento de informações entre os pontos de atenção para subsidiar decisões sobre o tratamento, não sendo um elemento característico exclusivo da APS, mas sim de uma articulação em rede (Cunha; Giovanella, 2011).

Na categoria de consequências **Desfecho para o profissional/equipe de saúde**, destacaram-se as referências positivas, as quais foram predominantes, e revelaram um sentimento de sucesso em relação à assistência prestada às pessoas com doenças crônicas. Esse sentimento positivo é atribuído, especialmente, à colaboração eficaz da família e da equipe de saúde, além da melhora do vínculo com as referidas pessoas, o que foi revelado nas referências positivas dos comportamentos. Os achados são coerentes com a literatura ao enfatizar que a referida colaboração e o fortalecimento dos laços entre profissionais de saúde/pessoas com doenças crônicas/famílias desempenham um papel crucial na concretização de sucesso e satisfação no trabalho dos profissionais em foco (Silva *et al.*, 2017).

À medida que houver uma mudança no pensamento/realização da assistência, uma forma de realizar a atenção a essas pessoas de maneira que elas compreendam melhor a respeito da importância do tratamento, isso poderá diminuir os sentimentos de insatisfação pessoal/profissional, frustração, por parte dos profissionais/equipe de saúde (Machado-Becker; Heidemann; Kuntz-Durand, 2020), assim como revelado em alguns depoimentos.

Diante do exposto, o predomínio de resultados positivos nos comportamentos e consequências, frente à predominância de achados negativos nas situações, evidencia que a assistência está sendo realizada de maneira a tentar resolver o problema e melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas. Isso se

fundamenta no cenário de investigação, por meio dos relatos, nos quais enfermeiros/enfermeiras, juntamente com a equipe de saúde, tiveram que se empenhar para transformar a dificuldade da assistência em melhorias para as pessoas com doenças crônicas, repercutindo em desfechos positivos.

Infere-se, com base nos achados, que se a implementação das diretrizes da RASPDC fosse efetiva e os objetivos concretizados, talvez a assistência às pessoas com doenças crônicas, pelos(as) enfermeiros/enfermeiras e demais profissionais enfrentaria menos obstáculos e desafios, atingindo melhor qualidade e diminuição de agravos.

Diante da fragilidade na capacitação profissional no que tange à RASPDC, bem como no processo de organização dos serviços de saúde, destacando-se o sistema de contrarreferência, chama atenção para a relevância de os próprios serviços se sensibilizarem para essa demanda e promoverem processos de discussão e reflexão nos micros espaços, com vistas à transformação da realidade.

Diante da maioria de situações negativas, predominaram comportamentos e consequências positivas. Isto chama atenção para o fato de que a realidade não segue uma lógica linear e única para análise dos resultados. É um contexto social, vivo, dinâmico. Envolve relações entre pessoas com vistas ao desenvolvimento do processo de trabalho em saúde objetivando a concretização da assistência às pessoas com doenças crônicas.

Fundamental destacar, com base nos resultados, que a centralidade do processo de trabalho na ESF/APS, considerando-se a assistência às pessoas com doenças crônicas, fundamenta-se na maneira com que o(a) enfermeiro/enfermeira gerencia a assistência, no que ele(ela) realiza partindo da especificidade de cada pessoa, tendo como importante ferramenta a tecnologia leve da colaboração da equipe de saúde, da família ou de outros pontos de atenção da RASPDC.

## 9 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar, segundo a perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, da ESF, a assistência à saúde às pessoas com doenças crônicas, identificando aspectos facilitadores e dificultadores, por meio do uso da TIC.

Os resultados referentes às situações/comportamentos/consequências evidenciaram que as referências de situações negativas dificultam a assistência às pessoas com doenças crônicas, manifestando-se, mais frequentemente por meio da falta de conhecimento das pessoas sobre o cuidado com as referidas doenças; dificuldade em realizarem/seguirem/aderirem ao tratamento; fragilidade na comunicação entre os envolvidos na assistência (profissionais de saúde, pessoas com doenças crônicas e familiares); e obstáculos na assistência em diferentes pontos da *RASPDC*.

Destaca-se que o predomínio de situações negativas, na categoria **Gestão do cuidado às pessoas com doenças crônicas**, pode revelar que a articulação da assistência centrada na referida pessoa ainda é uma fragilidade no sistema de saúde, desvelando a necessidade de gerenciamento e capacitação da equipe de saúde.

Os achados referentes às situações/comportamentos/consequências evidenciaram que as referências de situações positivas, facilitadoras para a assistência às pessoas com doenças crônicas são mais frequentes no que tange às relações de vínculo e confiança entre profissionais de saúde e essas pessoas; ao apoio dos pontos de atenção da *RASPDC*; as realizações de intervenções destinadas a atender às necessidades da pessoa supracitada; ao apoio da equipe de saúde e de familiares; e sucesso na assistência.

Constatou-se que as equipes de saúde devem se esforçar para cultivar e manter relações terapêuticas sólidas com as pessoas com doenças crônicas, priorizando o respeito, a empatia e a colaboração em todas as interações. Isso requer habilidades de comunicação eficazes, e uma abordagem centrada na pessoa para o cuidado de saúde.

A superação do modelo biomédico na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas depende de uma mudança paradigmática que envolve a adoção de uma abordagem mais holística e integrada. O foco deve ser no cuidado centrado na pessoa, na interdisciplinaridade, na educação em saúde, no uso de tecnologia (valorizando-se a leve), na promoção da saúde, em políticas públicas adequadas, no

suporte psicossocial, em pesquisa baseada em evidências e no envolvimento familiar. Tais elementos combinados proporcionam uma atenção à saúde mais abrangente, eficaz e resolutive, pautada em princípios participativos e no protagonismo das pessoas, considerando-se as diretrizes, inclusive da RASPDC. Isso poderá repercutir, significativamente, na qualidade de vida dessas pessoas.

Considera-se que a TIC possibilitou uma análise detalhada e compreensiva dos processos de saúde, destacando tanto os aspectos positivos quanto os desafios enfrentados pelos profissionais. Por meio dessa técnica para coleta de dados, foi possível explorar áreas com melhorias necessárias e reforçar práticas eficazes, promovendo uma assistência mais qualificada e humanizada às pessoas com doenças crônicas, objeto da presente investigação.

Acredita-se que os depoimentos elucidaram que o funcionamento da RASPDC permite uma gestão integral do cuidado, proporcionando uma visão holística das pessoas com doenças crônicas, contemplando não apenas a doença, mas também fatores psicossociais e de estilo de vida, promovendo um cuidado centrado na pessoa. Salienta-se que a comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais e níveis de atenção, promovendo um ambiente de trabalho mais integrado e eficiente, incentiva a participação ativa das pessoas com doenças crônicas no gerenciamento de sua saúde, oportunizando educação e autocuidado.

Como limitações, apresenta-se que a coleta de dados foi realizada em um momento turbulento devido à aprovação, promessa e expectativa do piso salarial da enfermagem brasileira, tanto em nível nacional quanto municipal. Esse elemento pode ter influenciado na adesão de enfermeiros/enfermeiras ao estudo, resultando na ausência de participação de todos os enfermeiros/enfermeiras que atendiam aos critérios de inclusão. Entretanto, os profissionais que participaram contribuíram de maneira densa e profunda trazendo relatos de situações reais que possibilitaram desvelar o objeto de investigação, em profundidade.

Como contribuição do estudo, a partir dos comportamentos positivos revelados, salienta-se que os(as) enfermeiros/enfermeiras da ESF realizam o seu trabalho transcendendo o atendimento técnico procedimental, valorizam e tentam possibilitar o empoderamento das pessoas com doenças crônicas para o próprio cuidado e autonomia, o que pode repercutir, positivamente, na melhoria da qualidade de vida e da condição de saúde.

Diante das situações negativas/dificultadoras referidas para assistência às pessoas com doenças crônicas, propõe-se que gestores e secretarias municipais de saúde promovam mais capacitações/treinamentos para profissionais de saúde e proporcionem às referidas pessoas mais momentos, efetivamente participativos/acolhedores/sensibilizadores, dentro das unidades, que abordem a respeito das doenças crônicas.

Sugere-se investimento da gestão em capacitação/treinamento/sensibilização para a temática da tecnologia leve no trabalho em saúde, destacando-se a colaboração, pois ela foi evidenciada como um dos pilares da presente investigação, representando potente ferramenta terapêutica.

Como estratégia de restituir os resultados obtidos nessa pesquisa para os enfermeiros/enfermeiras participantes do estudo, será enviada por e-mail a dissertação final do departamento de Atenção à Saúde do município, além de ser enviado via WhatsApp para os participantes.

Não se pretende esgotar a temática, e como estudo qualitativo não há pretensão de generalização de resultados. Porém, acredita-se que a realidade estudada apresenta similaridade com outros contextos nacionais, e que os achados podem ter consonância com outras realidades sociais. Recomenda-se a realização de estudos futuros para desvelar a temática da assistência às pessoas com doenças crônicas, na perspectiva de quem vivencia a situação, trazendo à tona o significado de viver/conviver com a doença crônica, a assistência recebida, as expectativas e as perspectivas de futuro.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA MINAS. **Geoparque Uberaba – Terra de Gigantes é o primeiro patrimônio geológico de Minas Gerais reconhecido pela Unesco. Belo Horizonte, MG: Agência Minas, 2024.** Disponível em: <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/geoparque-uberaba-terra-de-gigantes-e-o-primeiro-patrimonio-geologico-de-minas-gerais-reconhecido-pela-unesco>. Acesso em: 16 maio 2024.
- AGUIAR, L. M. C.; SOUZA, M. F. Perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. **Tempus**, Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 183-198, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3100>
- ALMEIDA, P. F.; GÉRVAS, J.; FREIERE, J.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BwsMVwPVx4PTNY3VcRDgbyC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mai 2024.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Rev. Saúde Pública**, v. 50, p. 1-12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador, BA: EDUFBA, 2015.
- ALVARENGA, J. P. O.; SOUSA, M. F. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde Debate**, Londrina, PR, v. 46, n. 135, p. 1077–1092, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, SP, v. 18, supl. 2, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
- AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M. de.; NASSER, M. A.; SALTÃO, R. M.; MENDES, V. M. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in



Primary Healthcare. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, SP, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **RICA**, Blumenau, SC, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17910>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MEIRELLES, B. H. S.; COSTA, M. F. B. N. A.; ANTONINI, F. O.; DURAND, M. K. Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, supl. 6, p. 2643-2649, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>

BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M.; MENEZES, A. V. B. de; LOUREIRO, A. M. O.; CARVALHO, I. S.; FLORÊNCIO, R. S. Compreensão da relação interpessoal enfermeiro-paciente em uma unidade de atenção primária fundamentada em Imogene King. **RECOM**, São João del-Rei, MG, v. 9, p. e2011, 2019. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3011>

BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISCHER, L. A. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 1, p. 105-114, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p105-114>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde [Internet]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, 30 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_do\\_encas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_encas_cronicas.pdf). Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 34, p. 71, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 16 maio 2023.

BREHMER, L. C. de F.; RAMOS, F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface**, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 135-45, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0218>

BROTTO, A. M.; GUIMARAES, A. B. P. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. **Psicol. hosp.** São Paulo, SP, v. 15, n. 1, p. 43-68, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 01 mai. 2024.

BUENO, M. C. G.; SILVEIRA, M. B.; REZENDE, H. H. A. Ações da enfermagem no enfrentamento às doenças crônicas: hipertensão e diabetes. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 6, n. 2, 2019. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/84>. Acesso em: 10 mai. 2023.

CALDEIRA, A. G.; COSTA, S. R. A.; SÁ, V. C.; OLIVEIRA, Y. dos A. Impacto da Gestão de Enfermagem qualificada no Processo do Cuidado. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, SP, v. 6, n. 13, p. 764–782, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8038917>

CARDOSO, A. C.; MARTINS, F. D.; SILVA, M. S.; FIGUEIREDO, P. P. de.; PINTO, W. P. de. Rede de apoio e sustentação de pacientes com síndrome metabólica. **Enferm. Foco**. Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 262-269, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3926>

CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>

CASTLEBERRY, A.; NOLEN, A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? **Curr. Pharm. Ensinar. Aprender.**, New York, v. 10, n. 6, p. 807–815, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019>

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, SP, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; GAUCHE, H.; VASCONCELOS, L. L. C. de. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, n. 52, p. 114-24, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774073>. Acesso em: 24 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e

Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 16 maio 2023.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. da S.; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, RS, v. 10, p. e14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769236832>

DELA COLETA, J. A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arq. Bras. Psic. Aplic.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 3, p. 71-82, 1972. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/abpa/article/view/16884/15696>. Acesso em: 20 mai. 2023.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos – aplicações e resultados. **Arq. Bras. Psic. Aplic.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 2, p. 35-58, 1974. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/abpa/article/view/17076/15875>. Acesso em: 20 mai. 2023.

DIAS, R. I. R.; ROCHA, M. E. de S. B.; COSTA, M. G. da.; CUNHA, Í. Í. B. R. da.; CUNHA, A. M. F. de S.; SERRA, B. L. de S. *et al.* Doenças crônicas e a baixa adesão ao tratamento farmacológico. **Braz. J. Implantol. Health Sci.**, Macapá, AP, v. 5, n. 5, p. 2926–2938, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p2926-2938>

DOLNY, L. L.; LACERDA, J. T. de.; NILSON, L. G.; CALVO, M. C. M. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, PR, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-002>

DRAEGER, V. M.; ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; CECHINEL-PEITER, C. Practices of nurses in monitoring Chronic Non-communicable Diseases in Primary Health Care. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, p. e20210353, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353en>

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWXfv8NDYXSS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2024.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, supl. 1, p. 784-789, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

FLANAGAN, J. C. A. A Técnica do Incidente Crítico. **Arq. Bras. Psic. Aplic.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/abpa/article/view/16975/15786>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FREITAS, M. A.; COSTA, N. P. da.; ALVAREZ, A. M. O enfermeiro no cuidado à pessoa idosa: construção do vínculo na atenção primária à saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 21, p. 59911, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v21i0.59911>

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2019.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados último censo (2023) da população Uberaba. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>. Acesso em: 10 mai. 2024.

LEITE, M. T.; NARDINO, J.; HILDEBRANDT, L. M.; SANTOS, A. M.; MARTINS, R. V. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 14, n. 48, p. 106-115, 2016. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n48.3549>

LIEBERENZ, Larissa Viana Almeida de. **Assistência à pessoa com condições crônicas na atenção Primária à Saúde**. 2020. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2020.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, p. 28-46, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>

LOPES, O. C. A. HENRIQUES, S. H.; SOARES, M. I.; CELESTINO, L. C.; LEAL, L. A. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>

MACHADO-BECKER, R.; HEIDEMANN, I. T. S.; KUNTZ-DURAND, M. Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, Colômbia, v. 22, n. 1, p. 41–47, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n1.79305>

MACINKO J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 42, spe. 1, pag. 18-37, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, 1994.

MARQUES, F. R. D. M.; PIRES, G. A. R.; SANTOS, J. L. G. dos.; BALDISSERA, V. D. A.; SALCI, M. A. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 76, n. 1, p. e20210315, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt>

MENDES, E. V. (org). **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. (org.) **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENEZES, K. M. de.; POMPILIO, M. A.; ANDRADE, S. M. O. A integração do cuidado: dificuldades e perspectivas. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, PE, v. 13, n. 4, p. 1052-1063, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021112>. Acesso em: 10 mai 2024.

MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F. de.; SANTOS, A. M. dos.; SAMICO, I. C.; PORTO, J. P.; VÁZQUEZ, M. L. Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, n. 5, p. 1-15, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149520>

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2018.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, SP: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2015.

MOLL, M. F.; GOULART, M. B.; CAPRIO, A. P.; VENTURA, C. A. A. Enfermeiros no fortalecimento da rede de saúde numa cidade do triângulo Sul/Minas Gerais. **RECOM**, São João del-Rei, MG, v. 8, 2018. DOI: 10.19175/recom.v8i0.2393

MORORÓ, D. D. S.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. de C.; SILVA, C. M. B. da.; MENEZES, R. M. P. da. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no

âmbito hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

NOGUEIRA, A. J. da S.; PACHÚ, C. O. A atuação do profissional de enfermagem frente às Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Braz. J. Dev.**, Curitiba, PR, v. 7, n. 12, p. 121505-121517, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-764>

NOGUEIRA, M.S.; MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; HAYSHIDA, M. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, SP, v. 12, n. 3, 1995. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/TE%CC%81CNICA-DOS-INCIDENTES-CRI%CC%81TICOS%3A-UMA-ALTERNATIVA-Nogueira-Mendes/64ce48a8e67b3b518722462dd49f0624e19542b3>. Acesso em: 10 jan. 2022.

OLIVEIRA, A. E. F. (org.) **Redes de Atenção À Saúde: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luiz, MA: EDUFMA, 2017.

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, MG, v. 15, n. 12, p. 69-79, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>

PAIM, J. S. Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña. **Salud Colect.**, La Plata, v. 13, n. 4, p. 599-610, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1400>

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Cien. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, SP, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Decentralization and regionalization of health policy: A historical-comparative approach between Brazil and Spain. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 7, p. 2239-2252, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08922018>

PETTRES, A. A.; ROS, M. A. da. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, SC, v.47, n.3, p. 183-196, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/375>. Acesso em: 24 jun. 2023.

PINTO, M. M. P. S.; COUTINHO, S. E. D.; COLLET, N. Doença Crônica na Infância e a Atenção dos Serviços de Saúde. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, PR, v. 15, n. 3, p. 498-506, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i3.28575>

POITRAS, M.; CHOUINARD, M. C.; S GALLAGHER, F.; FORTIN, M. Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: a practice

analysis. **Nurs. Res.**, New York, v. 67, n. 1, p. 35-42, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000253>

RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B. da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, Vassouras, RJ, v. 11, n. 2, p. 109-116, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>

RAUPP, L. M.; DHEIN, G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; SALDANHA, O. M. de F. L.; SANTOS, M. V. dos. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 2, p. 615-634, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200015>

ROTER, D. L.; HALL, J. A.; MERISCA, R.; NORDSTROM, B.; CRETIN, D.; SVARSTAD, B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. **Medical care**, California, v. 36, n. 8, p. 1138–1161, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-199808000-00004>

SABINO, L. M. M. de.; BRASIL, D. R. M.; CAETANO, J. A.; SANTOS, M. C. L.; ALVES, M. D. S. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>

SANTOS, A. M. dos.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 3, p. 1-15, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>

SANTOS, G. dos.; COELHO, M. T. A. D.; FERNANDES, S. A. F. A produção científica sobre a interdisciplinaridade: uma revisão integrativa. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, MG, v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/38093>. Acesso em: 10 maio. 2024.

SATO, T. de O.; FERMIANO, N. T. C.; BATISTÃO, M. V.; MOCCELLIN, A. S.; DRIUSSO, P.; MASCARENHAS, S. H. Z. Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de unidades de Saúde da Família - Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de serviço de Saúde e Necessidades Clínicas. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, João Pessoa, PB, v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.01.05>

SAWIN, G.; O'CONNOR, N. Primary Care Transformation. **Prim. Care.**, Philadelphia, Saunders, v. 46, n. 4, p. 549–560, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.006>

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Primary care teams: difficulties in caring for people with chronic diseases. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>

SILVA, M. E. de A.; MOURA, F. M. de.; ALBUQUERQUE, T. M.; REICHERT, A. P. da S.; COLLET, N. Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 26, n. 1, p. e6980015, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006980015>

SILVA, N. A. da.; SANTOS, J. F. dos.; JACOMASSI, E.; GIMENES, M. Adesão ao tratamento em doenças crônicas: instrumentos utilizados para avaliação. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, Cianorte, PR, v. 32, n. 2, p. 125-130, 2020. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004\\_093342.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093342.pdf). Acesso em: 10 maio. 2024

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2012. p. 627- 673.

SOUSA, S. M.; BERNARDINO, E.; PERES, A. M.; MARTINS, M. M.; GONCALVES, L. S.; LACERDA, M. R. The role of nurses in the integration of care for people with chronic noncommunicable diseases. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, SP, v. 55, p. e20200131, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0131>

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 44, p. e.4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>

TESTON, E. F.; SPIGOLON, D. N.; MARAN, E.; SANTOS, A. L.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, supl. 6, p. 2735-2742, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3. p. 507-14, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2024

UBERABA. Prefeitura Municipal De Uberaba. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2022-2025**. Uberaba, MG: PMU, 2021.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D. de.; CARVALHO, C. de C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>

VIEIRA, L. B.; NORA, C. R. D.; TOSO, B. R. G. DE O.; GEREMIA, D. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. O Vínculo na Atenção Primária à Saúde: práticas dos enfermeiros da região sul do brasil. **Tempus**, Brasília, DF, v. 16, n. 4, P. 121-132, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3042>



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Nome fictício escolhido pelo participante: \_\_\_\_\_

Entrevista n.º: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

#### Parte A- Dados de Identificação

1. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outros \_\_\_\_\_

3. Situação conjugal: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Amasiado  
( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo

4. Tempo de formação: \_\_\_\_\_

5. Formação complementar: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado

6. Tempo de Trabalho na equipe de ESF: \_\_\_\_\_

7. Já realizou algum curso/treinamento/capacitação para assistência a pessoas com doenças crônicas? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

#### Perguntas norteadoras

1- Como você atende às pessoas com doenças crônicas, aqui na ESF?

2- Você conhece as Redes de Atenção à Saúde à Pessoa com Doenças Crônicas? O que você entende por Redes de Atenção à Saúde à Pessoa com Doenças Crônicas? Fale-me um pouco o que você pensa a respeito.

3- Pense no trabalho que você realiza aqui na ESF, quanto ao atendimento às pessoas com doenças crônicas.

3.1- Tente se lembrar de alguma situação REAL que você viveu ou observou aqui na ESF, que dificultou a assistência à pessoa com doença crônica. Diante dessa situação que viveu/observou, o que as pessoas envolvidas fizeram? Como elas agiram? E quais foram as consequências? Isso resultou em que?

Tem mais alguma situação que queria me contar?

3.2- Tente se lembrar de alguma situação REAL que você viveu ou observou aqui na ESF, que facilitou a assistência à pessoa com doença crônica. Diante dessa situação que viveu/observou, o que as pessoas envolvidas fizeram? Como elas agiram? E quais foram as consequências? Isso resultou em que?  
Tem mais alguma situação que queria me contar?

4- Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre esse assunto?

Agradeço a sua valiosa contribuição!

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VALIDADORES)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VALIDADORES)**

**TÍTULO DA PESQUISA: “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”**

Convidamos você a participar da pesquisa: “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”. O objetivo desta pesquisa é analisar a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, na percepção de enfermeiros/enfermeiras, da Estratégia Saúde da Família. Sua participação é importante, pois o conhecimento do(a) enfermeiro/enfermeira a respeito Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, revela-se como potente ferramenta para consolidação da proposta que estão como papel central nesses serviços, além de disparar uma reflexão para a integração dos serviços de saúde, oportunizando uma condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado, resultando no fortalecimento da Redes de Atenção à Saúde.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário validar voluntariamente o roteiro para coleta de dados da pesquisa, mas serão garantidos, aos entrevistados, privacidade e sigilo. Quanto ao tempo que será gasto para realização da entrevista, não é possível precisar com exatidão, estimando-se de 15 a 30 minutos. A data e o horário para sua realização serão acordados entre entrevistado e entrevistadora.

Neste estudo não será feito nenhum procedimento que lhe traga desconforto ou risco a sua vida. Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda da confidencialidade, para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: as entrevistas serão identificadas por número, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo.

Espera-se que de sua participação na pesquisa tenha-se a possibilidade de acessar os resultados do estudo e que isso possibilite uma reflexão acerca de um possível redesenho da prática.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto o vínculo com a universidade, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

**Pesquisador(es):**

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goular

E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6484 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

Nome: Nakita Maria Komori

E-mail: nakitakomori@hotmail.com

Telefone: (34) 98851-1801

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o relacionamento com a universidade e seus serviços que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, **“Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”**, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goular

E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6484 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

Nome: Nakita Maria Komori

E-mail: nakitakomori@hotmail.com

Telefone: (34) 98851-1801

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

## APÊNDICE C - OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE COLETA DE DADOS

SUBMISSÃO DE PROJETO Nº \_\_\_\_ / 2023

Uberaba, 10 de março de 2023.

Senhor Secretário,

**Solicitante:** Nakita Maria Komori **CPF:** 117.687.936-70

**Instituição de ensino:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Curso:** Mestrado em Atenção à Saúde

**Finalidade de uso dos resultados do projeto de pesquisa** (assinale somente uma):

Trabalho de Conclusão de  
Curso Evento

Dissertação

Tese

Revista  
científica

**Título:** **Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde**

**Local de realização:** Nas equipes da Estratégia à Saúde da Família pertencentes à Atenção Primária à Saúde da zona urbana do município de Uberaba-MG.

**Objetivo:** Analisar a assistência à saúde para pessoas com **doenças crônicas**, na perspectiva de enfermeiros/enfermeiras, da Estratégia Saúde da Família.

**Justificativa:** O presente estudo justifica-se tendo em vista que o conhecimento do(a) enfermeiro/**enfermeira** a respeito Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, revela-se como potente ferramenta para consolidação da proposta que está como papel central nesses serviços, além de disparar uma reflexão para a integração dos serviços de saúde, oportunizando uma condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado, resultando no fortalecimento da RAS.

**Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Serão convidados a participar da pesquisa todos os enfermeiros das 49 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizadas na zona urbana do município. Para desvelar a percepção de enfermeiros das equipes da ESF quanto à assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, será realizada uma entrevista semiestruturada elaborada previamente pelos próprios pesquisadores, e guiada por um roteiro, o qual será submetido à avaliação aparente e de conteúdo por três doutores na temática e/ou em metodologia de pesquisa. Após a avaliação do roteiro serão realizadas alterações e ajustes, se necessários. Em seguida, será feito teste

piloto com enfermeiros/enfermeiras que não atuam na ESF, mas trabalham na APS, para testar em condições reais o instrumento de coleta de dados. Após a realização do teste piloto, será iniciada a coleta de dados definitiva, realizada por meio de entrevista semiestruturada, aplicada e gravada, pela própria pesquisadora/entrevistadora. Os(as) enfermeiros/enfermeiras, das ESF supracitadas, serão contactados pela pesquisadora pessoalmente, por telefone e/ou por e-mail, obtido a partir do site da Prefeitura Municipal de Saúde, o qual contém os nomes, endereços e telefones de todas as ESFs do município. Eles serão convidados formalmente, sendo-lhes apresentados os objetivos da pesquisa bem como sua relevância no cenário atual e a importância da sua participação. Haverá garantia do anonimato/sigilo de dados pessoais e posicionamentos visando amenizar a preocupação com exposições futuras. Nesse contato pessoalmente, por telefone e/ou por e-mail, a pesquisadora solicitará ao enfermeiro/enfermeira que marque um dia e horário para entrevista, caso concorde em participar. Será então, no dia da entrevista disponibilizado o TCLE para participantes que esclarecerá os objetivos do estudo. Estima-se que as entrevistas terão duração mínima de 10 e máxima de 30 minutos, a depender da demanda por mais ou menos tempo para respostas, pelo(a) entrevistado(a). As entrevistas serão gravadas para assegurar que nenhum dado será perdido. A entrevistador(a) utilizará da audiogravação para transcrever a entrevista, na íntegra. Cada participante escolherá um nome fictício para ser designado no estudo, garantindo que ele não seja identificado, respeitando-se o sigilo e anonimato das informações.

#### **Cronograma de execução do projeto:**

<b>Nº</b>	<b>ETAPAS DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA*</b>	<b>MÊS / ANO</b>
1	Início da coleta de dados na rede municipal de saúde	04/2023
2	Término da coleta de dados na rede municipal de saúde	06/2023
3	Conclusão do projeto (previsão)	10/2023
4	Defesa pública (banca avaliadora) – se for a finalidade	/
5	Submissão para publicação (revista ou Anais...) – se for a finalidade	12/2023

\*Estas etapas permitirão: compreender melhor o período de execução do projeto e o planejamento com a equipe da rede de saúde.

---

**Termo de Anuência Institucional (TAI-SMS):** Em consideração ao Artigo 10, da Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018, a Secretaria de Saúde, como participante/coparticipante da pesquisa, manifesta estar ciente dos objetivos e de suas atribuições para a realização da mesma. Entretanto, vincula a aprovação de execução em definitivo, somente após a reapresentação desta proposta à SMS para

uma nova avaliação, desde que aprovada pela CEP. Segue parecer da SMS para o Termo de Anuência Institucional.

Deliberação para o TAI-SMS:

Deferido       Indeferido

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/2022

**Beethoven de Oliveira**  
Secretário Interino de Saúde

Decreto: 153/2021

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** Informo que o CEP se manifestou ser ( ) favorável ou ( ) contrário à execução da pesquisa, cujo parecer oficial encontra-se anexado a esse instrumento. Esta ação é obrigatória e necessária ao reenvio deste instrumento e deliberação definitiva pela SMS, cumprindo assim todos os requisitos formais inerentes à liberação da pesquisa.

Sr(a) Secretário(a) de Saúde,

Informo que a proposta de pesquisa encaminhada à esta Secretaria apresenta todos os requisitos formais cumpridos. Sendo assim, direciono a mesma para o seu parecer definitivo sobre a sua execução.

\_\_\_\_\_  
**Sandra Mara Polveiro da Silva Oliveira**  
Chefe de Depto. de Gestão do Trabalho e da Educação

Data: \_\_\_/\_\_\_/2022

em Saúde  
Decreto 2124/2022

Deliberação da Secretaria de Saúde para a execução da pesquisa:

Deferido       Indeferido

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/2023

\_\_\_\_\_  
**Beethoven de Oliveira**  
Secretário Interino de Saúde

Decreto: 153/2021



Declaro estar ciente do parecer final emitido pela Secretaria de Saúde e também quanto à obrigatoriedade da entrega de cópia da publicação (TCC, dissertação, tese ou artigo), quando concluída, para seu registro na Seção de Educação em Saúde da SMS.

Ciente do solicitante:

\_\_\_/\_\_\_/2023.

Nome:

CPF:

\_\_\_\_\_ Data:

---

## **APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)**

**TÍTULO DA PESQUISA: “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”**

Convidamos você a participar da pesquisa: “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”. O objetivo desta pesquisa é analisar a assistência à saúde para pessoas com doenças crônicas, na percepção de enfermeiros/enfermeiras, da Estratégia Saúde da Família. Sua participação é importante, pois o conhecimento do(a) enfermeiro/enfermeira a respeito Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, revela-se como potente ferramenta para consolidação da proposta que estão como papel central nesses serviços, além de disparar uma reflexão para a integração dos serviços de saúde, oportunizando uma condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado, resultando no fortalecimento da Redes de Atenção à Saúde.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a uma entrevista, mas serão garantidos, aos entrevistados, privacidade e sigilo. Quanto ao tempo que será gasto para realização da entrevista, não é possível precisar com exatidão, estimando-se de 15 a 30 minutos. A data e o horário para sua realização serão acordados entre entrevistado e entrevistadora.

Neste estudo não será feito nenhum procedimento que lhe traga desconforto ou risco a sua vida. Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda da confidencialidade, para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: as entrevistas serão identificadas por número, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo.

Espera-se que de sua participação na pesquisa tenha-se a possibilidade de acessar os resultados do estudo e que isso possibilite uma reflexão acerca de um possível redesenho da prática.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto o vínculo com a universidade, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

**Pesquisador(es):**

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goular

E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6484 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

Nome: Nakita Maria Komori

E-mail: nakitakomori@hotmail.com

Telefone: (34) 98851-1801

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o relacionamento com a universidade e seus serviços que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Assistência à pessoa com doenças crônicas: percepções de enfermeiros/enfermeiras da Atenção Primária à Saúde”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart

E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6484 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG

Nome: Nakita Maria Komori

E-mail: nakitakomori@hotmail.com

Telefone: (34) 98851-1801

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015045 Uberaba – MG