



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



vanderlane de souza duarte

**As equipes de saúde da família e o processo de trabalho no cuidado aos
pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos
distritos de saúde Leste e Sul de Manaus-AM, no período da pandemia
de COVID-19**

Manaus

2023

vanderlane de souza duarte

As equipes de saúde da família e o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus-AM, no período da pandemia de COVID-19

Dissertação apresentada, como requisito final para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro

Manaus
2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a)
autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

D812ae Duarte, Vanderlane de Souza

As equipes de saúde da família e o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus-AM, no período da pandemia de COVID-19 / Vanderlane de Souza Duarte.

Manaus: [s.n], 2023.

102 f.: color.; 29 cm.

Dissertação - PPGSC- Mestrado em Saúde Coletiva -

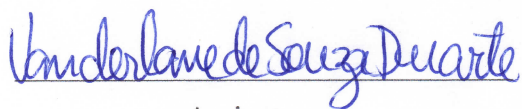
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

Inclui bibliografia

Orientador: Angela Xavier Monteiro

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência ao Paciente. 3. Doença Crônica. 4. COVID-19. I. Angela Xavier Monteiro (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. As equipes de saúde da família e o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus-AM, no período da pandemia de COVID-19

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.



Assinatura



Data

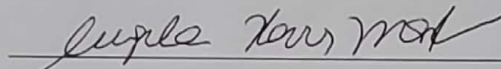
vanderlane de souza duarte

As equipes de saúde da família e o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus-AM no período da pandemia de COVID-19

Dissertação apresentada, como requisito final para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

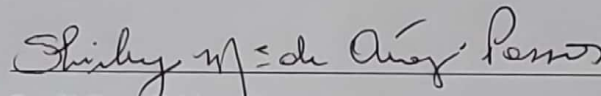
Aprovada em 28 de abril de 2023.

Banca Examinadora:



Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro

Universidade do Estado do Amazonas



Prof.^a Dra. Shirley Maria de Araújo Passos

Universidade do Estado do Amazonas



Documento assinado digitalmente

SUZANA GOYA

Data: 27/07/2023 06:35:40-0300

Verifique em <https://validar.itf.gov.br>

Prof.^a Dra. Suzana Goya

Universidade Estadual de Maringá

Manaus

2023

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Jorge Tavares Duarte (*in memoriam*), meu irmão Mario Jorge Tavares Duarte (*in memoriam*), minha mãe Maria Marlene de Souza Duarte e minha irmã Lucilene de Souza Duarte, que me ensinaram a ser forte em tudo que eu fizer.

AGRADECIMENTOS

Na oportunidade de agradecer por mais essa conquista, em minha vida profissional. Agradeço à Deus por ser minha força e fortaleza, por estar comigo em todos os momentos da minha vida desde sempre e por sua infinita misericórdia.

Agradeço a minha família, especialmente a minha mãe Maria Marlene e minha irmã Lucilene, por todo apoio e por sempre acreditar em mim e aos meus amigos pela confiança e incentivo.

Agradeço à minha orientadora Prof.^a Dra. Angela Xavier Monteiro, pelos ensinamentos, pelo apoio, pela paciência e por ter me ajudado nessa caminhada.

Aos colegas do PPGSC-UEA pelo apoio e confiança, aos Professores pelos ensinamentos, essenciais nessa caminhada e a UEA pela oportunidade e apoio.

Agradeço aos enfermeiros e outros profissionais das equipes de saúde da família dos distritos de saúde Leste e Sul, pelos ensinamentos, colaboração e participarem da pesquisa.

E agradeço também à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo apoio financeiro indispensável nesse momento, enfim a todos que colaboraram direta e indiretamente em mais essa conquista na minha vida.

“Não to mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares.”

Josué 1:9

RESUMO

DUARTE, Vanderlane de Souza. *As equipes de saúde da família e o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus-AM no período da pandemia de COVID-19*. 2023.102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

O objetivo deste estudo foi descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família (EqSF) no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus durante a pandemia de COVID-19, dos distritos de saúde (DISA) Leste e Sul no município de Manaus-AM. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, no qual fizeram parte os profissionais de enfermagem, das EqSF dos DISA Leste e Sul do município de Manaus-AM, atuantes no cuidado aos pacientes com HAS e DM. Os dados foram coletados de forma presencial diretamente com os profissionais de enfermagem, utilizando questões do instrumento Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no componente de Avaliação Externa, do ciclo 1, abordando o módulo I, referente à avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o módulo II, relativo às informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. Os resultados foram tabulados em um banco de dados do programa Microsoft Excel®, no qual foram selecionadas as variáveis de interesse e realizadas análise descritiva utilizando o programa SPSS® versão 20.0 IBM®. De um total de 96 EqSF dos DISA Leste e Sul, instituiu-se uma amostra de 77 equipes, de acordo com os cálculos amostrais. Dessa amostra, 59,74% (n=46) das equipes, eram compostas por profissionais de enfermagem do gênero feminino, 57,14% (n=44) desses profissionais tinham idade entre 40 e 49 anos e 53,25% (n=41) possuíam formação complementar em áreas não ligadas à sua atuação na Atenção Primária em Saúde (APS). A disposição das EqSF apresentou diferentes arranjos, 50,65% (n=39), eram equipes vinculadas à outras unidades de saúde e 46,75% (n=36), eram inseridas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de grande porte. Verificou-se a falta do cirurgião dentista em 9,52% (n=2) das equipes, do médico em 7,79% (n=6) e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 1,30% (n=1) e, ainda 11,69% (n=9) dessas equipes possuíam apenas um ACS. Entre os exames essenciais necessários aos usuários com HAS e DM, o exame do fundo do olho foi o que apresentou menor percentual de realização, 15,58% (n=12). O acolhimento estava implantado em 98,70% (n=76) das UBS pesquisadas, porém 100% (n=77) delas não faziam uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para demanda espontânea/urgência e, quanto as visitas domiciliares verificou-se resultados acima de 85% para todos os itens inerentes a este item. Esse estudo permitiu uma análise de aspectos que caracterizam o processo de trabalho das EqSF, no cuidado aos pacientes com HAS e DM, possibilitando a identificação de nós críticos como a falta de infraestrutura adequada para o cuidado em saúde dos usuários, inclusive a não realização do exame de fundo de olho e a carência de alguns profissionais que compõe a equipe, como é o caso do ACS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Assistência ao Paciente. Doença Crônica. COVID-

ABSTRACT

DUARTE, Vanderlane de Souza *Family health teams and the work process in the care of patients with systemic arterial hypertension and Diabetes Mellitus in the East and South health districts of Manaus-AM during the period of the COVID-19 pandemic*. 2023.102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

The objective of this study was to describe the work process of the family health teams (EqSF) in the care of patients with systemic arterial hypertension (HAS) and diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic, from the health districts (DISA) East and South in the municipality of Manaus-AM. This is a descriptive study, with a quantitative approach, in which nursing professionals from the EqSF of DISA East and South in Manaus-AM, who work in caring for patients with HAS and DM, took part. Data were collected in person directly with nursing professionals, using questions from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) instrument, in the External Assessment component, of cycle 1, addressing module I referring to the evaluation of the conditions of infrastructure, materials, inputs, and medicines of the Basic Health Units (UBS) and module II, related to information on the team's work process and on the organization of care for the user. The results were tabulated in a Microsoft Excel[®] database, in which the variables of interest were selected and descriptive analysis was performed using the SPSS[®] version 20.0 IBM[®] program. From a total of 96 EqSF from East and South DISA, a sample of 77 teams was instituted, according to the sample calculations. Of this sample, 59.74% (n=46) of the teams were composed of female nursing professionals, 57.14% (n=44) of these professionals were aged between 40 and 49 years and 53.25% (n=41) had additional training in areas not related to their work in Primary Health Care (APS). The layout of the EqSF showed different arrangements, 50.65% (n=39) were teams linked to other health units and 46.75% (n=36) were inserted in large Basic Health Units (UBS). There was a lack of a dentist in 9.52% (n=2) of the teams, a physician in 7.79% (n=6), and a Community Health Agent (ACS) in 1.30% (n= 1) and 11.69% (n=9) of these teams had only one ACS. Among the essential exams necessary for users with HAS and DM, the examination of the fundus of the eye was the one with the lowest percentage of performance, 15.58% (n=12). Welcoming was implemented in 98.70% (n=76) of the UBS surveyed, but 100% (n=77) of them did not use protocols with therapeutic guidelines for spontaneous demand/urgency and, regarding home visits, results were verified above 85% for all items inherent to this item. This study allowed an analysis of aspects that characterize the work process of the EqSF, in the care of patients with HAS and DM, enabling the identification of critical nodes such as the lack of adequate infrastructure for the health care of users, including the failure to perform the eye fundus examination and the lack of some professionals who make up the team, as is the case of the ACS.

Keywords: Primary Health Care. Patient Care. Chronic disease. COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa de Manaus, área urbana dividido por distritos.....	33
Quadro 1 –	Quantidade total de EqSF do município de Manaus – AM, área urbana e rural.....	33
Quadro 2 –	Tópicos e questões do instrumento de pesquisa.....	36
Tabela 1 –	Caracterização dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus- AM, entre 2022-2023.....	39
Tabela 2 –	Configuração das Equipes de Saúde da Família dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	41
Tabela 3 –	Insumos, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	42
Tabela 4 –	Medicamentos cardiovasculares disponíveis nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	43
Tabela 5 –	Medicamentos antidiabéticos disponíveis nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	45
Tabela 6 –	Programação do cuidado de usuários com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	46
Tabela 7 –	Consultas especializadas, oferta de exames e frequência da coleta, oferecida aos pacientes com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	47
Tabela 8 –	Acolhimento à demanda espontânea aos pacientes com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	48
Tabela 9 –	Acompanhamento mediante visitas domiciliares aos pacientes com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CNES	Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DISA	Distrito de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DML	Depósito de Material de Limpeza
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EqAB	Equipe de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqSFcSB	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
EqSFsSB	Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NPH	<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAS-CC	Rede de Atenção à Saúde de Cuidados Crônicos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
Km ²	Quilômetro quadrado
®	Relação de reconhecimento, de apreço
Hab/km ²	Habitantes por quilômetro quadrado
/	Barra
-	Traço
I	Um em algarismos romanos
II	Dois em algarismos romanos
III	Três em algarismos romanos
IV	Quatro em algarismos romanos
V	Cinco em algarismos romanos
VI	Seis em algarismos romanos

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	OBJETIVOS	18
1.1	Geral	18
1.2	Específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	A Atenção Primária em Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)	19
2.2	A Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas	23
2.3	Cuidado ao paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na APS	25
2.4	A pandemia de COVID-19 e a Atenção Primária em Saúde (APS)	28
3	MÉTODO	32
3.1	Pergunta de Pesquisa	32
3.2	Tipo de estudo	32
3.3	Cenário do estudo	32
3.4	Cálculo amostral	34
3.5	Critério de inclusão e exclusão	34
3.6	Coleta de dados	35
3.7	Instrumento de pesquisa	35
3.8	Análise de dados	37
3.9	Riscos e benefícios	38
3.10	Aspectos éticos	39
4	RESULTADOS	39
5	DISCUSSÃO	50
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXO A	88
	ANEXO B	90

ANEXO C	92
ANEXO D	100

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) compõe um conjunto de práticas integrais, voltadas a atender às demandas de saúde do indivíduo e da comunidade. Esse modelo de atenção constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede de saúde hierarquizada e organizada, contendo atributos específicos, que incluem a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; SCHENKER e COSTA, 2019). A APS teve sua expansão a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), sua principal política de reorientação e organização, que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de modo integral e contínuo, além de possibilitar o redirecionamento dos processos de trabalho das equipes e oportunizar a ampliação da resolutividade da situação de saúde dos usuários, que procuram o atendimento (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016; CARVALHO, et al 2022; SCHENKER e COSTA, 2019).

O Brasil apresenta múltiplos cenários de transição epidemiológica, demográfica e de saúde, manifestando uma tripla carga de doenças indicando a persistência de doenças infecciosas e parasitárias, aumento das mortes por violência e acidentes de trânsito e elevado número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MARTINS e CARBONAI, 2021; SOUZA, FRANÇA, CAVALCANTE, 2017). Observa-se assim, um quadro que apesar de ser de distintos padrões de transição, resultante de diferenças de nível de desenvolvimento regional e social, um padrão de transição de morbidade e mortalidade por enfermidades infecciosas para um perfil em que há o maior incremento da morbidade e mortalidade por DCNT (MALTA, et al, 2019; MENDES, 2018; MARTINS e CARBONAI, 2021). Estas constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente, acometendo a população em todas as faixas etárias as quais incluem, entre outras comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes Mellitus (DM) (MALTA, et al, 2019; MENDES, 2018).

A HAS e a DM, caracterizam-se por manifestarem múltiplos fatores etiológicos e de risco, principalmente para doença cardiovascular e complicações por COVID-19, apresentam alta prevalência na população, são geralmente de progressão lenta, produzem repercussões econômicas para as famílias, a comunidade e o sistema de saúde e um elevado número de mortes prematuras (MARCANO-CARABALLO, JOSÉ CASTAÑEDA-SILVA, 2022; SANTOS, et al, 2021). O acompanhamento dos indivíduos com HAS e DM deve ser contínuo e seu monitoramento e tratamento acarreta uma maior procura por atendimento principalmente, no

nível primário de saúde, que tem um importante papel no controle, na prevenção e no melhor gerenciamento dos cuidados aos pacientes e redução no número de hospitalizações e óbitos (LOPES, et al, 2022; MENDONÇA, et al, 2021; RIBEIRO e SCATENA, 2019).

A pandemia de COVID-19, causada pelo Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV-2) trouxe severas consequências para o sistema de saúde em todos os níveis de atenção a curto e longo prazo (WERNECK e CARVALHO, 2020). No Brasil, esse cenário suscitou uma grande demanda emergencial de todo Sistema Único de Saúde (SUS) e o Amazonas foi um dos estados brasileiros com as maiores taxas de incidência e mortalidade, apresentando inclusive colapso em toda rede pública hospitalar (CAMPOS e CANABRAVA, 2020; ORELLANA, 2020).

Considerando esse contexto e reafirmando que a APS constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede de saúde para o cuidado do indivíduo com HAS e DM, os serviços de saúde oferecidos à população em geral, precisaram ser reorganizados em todos os seus componentes, com o intuito de apresentar uma resposta rápida para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 e, ainda manter o atendimento regular aos demais agravos, incluindo a HAS e a DM (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; SCHENKER e COSTA, 2019). Ademais, indivíduos com HAS e DM, se inserem no grupo de risco para COVID-19 considerando, que estas duas comorbidades são responsáveis pelo agravamento da condição clínica do paciente, aumento no tempo de internação hospitalar e elevação nas taxas de mortalidade (MALTA, et al, 2020; MEDINA, et al, 2020).

Essa demanda na reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, para a preservação das atividades de rotina nas unidades de saúde incluiu, entre outras práticas: ações sistematizadas de vigilância em saúde nos territórios de atuação; atenção aos usuários com suspeita ou diagnóstico de COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; continuidade de ações de cuidado em saúde; e oferta de um cuidado integral e articulado (GIOVANELLA, et al, 2021). Essas ações foram fundamentais para uma resposta efetiva às emergências do enfrentamento à pandemia de COVID-19 e às demandas frequentes dos usuários que necessitavam receber acompanhamento e cuidados contínuos e longitudinais, incluindo os indivíduos com HAS e DM (GIOVANELLA, et al, 2021; MEDINA, et al, 2020).

Diante de todas essas ações necessárias no contexto da pandemia de COVID-19, verifica-se a necessidade de analisar as mudanças e adaptações no processo de trabalho e no acompanhamento aos usuários, especialmente no âmbito da APS e no cuidado ao indivíduo com HAS e DM, considerando ser este um modelo de atenção capilarizado, centrado nas pessoas e comunidades e associado à inúmeros resultados positivos e estas serem duas das

principais condições com prevalência de complicações e fatores de risco para a mortalidade por COVID-19 (GERALDO, FARIAS, SOUSA, 2021; GIOVANELLA, 2018).

O desafio da APS em responder à pandemia de COVID-19, exigiu uma reorganização dos processos de trabalho portanto, conhecer os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no âmbito da APS podem contribuir para a averiguação do desempenho dos serviços oferecidos e seus impactos em diferentes perspectivas, na saúde da população e oportuniza a orientação, implantação, consolidação e reformulação nas tomadas de decisão e nas práticas da APS o que pode contribuir para o aperfeiçoamento da gestão, para o melhoramento da qualidade da assistência dos usuários (CIRINO, et al, 2021; CUBAS, 2017; RIBEIRO e SCATENA, 2019).

1 OBJETIVO

1.1 Geral

Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família (EqSF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) durante a pandemia de COVID-19 dos distritos de saúde (DISA) Leste e Sul no município de Manaus-AM.

1.2 Específicos

Descrever os principais pontos inerentes às ações das equipes de saúde da família (EqSF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos distritos de saúde (DISA) Leste e Sul do município de Manaus – AM;

Caracterizar as equipes de saúde da família (EqSF) responsáveis pelo cuidado aos usuários com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) nas Unidades Básicas de

Saúde (UBS) dos distritos de saúde (DISA) Leste e Sul do município de Manaus – AM, considerando os aspectos da composição da equipe, da estrutura física e insumos;

Identificar os nós críticos no processo de trabalho das equipes de saúde da família (EqSF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) dos distritos de saúde (DISA) Leste e Sul do município de Manaus – AM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Atenção Primária em Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A APS é descrita como um conjunto de práticas integrais em saúde, com o propósito de atender as necessidades individuais e coletivas da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Internacionalmente, foi idealizada como a atenção à saúde essencial, embasada em métodos e tecnologias compatíveis, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, destinada a oferecer atenção preventiva, curativa, de reabilitação, de promoção da saúde e, mediante uma ampla participação, garantir o acesso ao indivíduo, às famílias e à comunidade, tendo como centro da atenção à saúde o usuário-cidadão (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, é referido como um marco histórico mundial da APS (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021). Foi promovida pela foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas e resultou, entre outras ações, na Declaração de Alma-Ata, estabelecendo o direcionamento da APS conforme os diferentes problemas sanitários apresentados e consolidando diretrizes, instituindo assim, a APS como uma orientação internacional para a ampliação da cobertura dos serviços de saúde para o indivíduo e a comunidade (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2009; PAIVA e PIRES-ALVES, 2021).

No Brasil, na década de 1970, o movimento da medicina comunitária se fortaleceu após a Conferência de Alma-Ata e, a atenção primária à saúde é introduzida nas políticas de saúde a partir da elaboração e implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste, em 1976 (PAIM, 2012; PAIVA e PIRES-ALVES, 2021). Esse

programa compreendia serviços básicos para populações rurais desassistidas em municípios de até 20 mil habitantes, e alcançou também a região Norte, com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021). O Piass, fez parte de um conjunto de medidas de intervenção estatal, para ampliação das ofertas de serviços e ações médico-sanitárias, ou no campo da saúde coletiva (ESCOREL, 1999). Inicialmente, o programa teve como área de atuação a região Nordeste, para responder, de maneira restrita, às necessidades de saúde de grupos populacionais desprovidos de acesso aos recursos de saúde e, em 1979, cogitou-se sua ampliação para todo o território nacional, o que contribuiu para redefinição das políticas de saúde visto que, apresentou propostas e investiu em ações descentralizadoras, com apoio dos estados e municípios (FAUSTO e MATTA, 2007).

No final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária e outras organizações democráticas, foram responsáveis por importantes reformulações no modo de intervenção vigente do governo sobre as práticas e problemas de saúde da população, por meio da criação de um sistema sob comando único – SUS, com as mesmas doutrinas e princípios adotados em todo o país, legitimados na Constituição de 1988 (BARROS, et al, 2010). O processo de construção do SUS, contribuiu para a proposta de reorganização dos serviços de saúde, refletindo os princípios da Reforma Sanitária, com o desafio de reformular as prioridades do Ministério da Saúde (MS) em relação à organização da APS (FAUSTO e MATTA, 2007; MENDONÇA, VASCONCELLOS, VIANA, 2008).

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, teve como objetivo dar suporte à assistência básica em áreas com insipiente cobertura médico-sanitária, com foco na atenção materno-infantil (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; PAIVA e PIRES-ALVES 2021). O PACS foi considerado uma estratégia transitória para a ESF e, em 1994, com a avaliação positiva do PACS, foi proposto pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF) (LAVRAS, 2011; NEPOMUCENO, et al, 2021). O PSF se constituiu como a principal estratégia de reorientação e reestruturação do modelo de atenção à saúde adotada pelo MS, com a finalidade de apoiar as ações integrais à saúde da comunidade na AB, referentes às suas demandas e necessidades e suscitou, além de alterações na organização dos serviços de saúde, mudanças nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações (BARROS, et al, 2010; PORTELA, 2017).

A partir de 1997 o PSF conquistou relevância no cenário nacional e, posteriormente passou a ser considerado uma estratégia permanente denominada de ESF, é reconhecida como modalidade estruturante e inovadora dos sistemas municipais de saúde e baseia-se em princípios

norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, sendo estes a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016; MOTTA e SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Em 20 anos de implantação a ESF foi considerada como elemento principal da agenda política para a organização dos serviços e ações da APS no Brasil, suscitando resultados favoráveis à saúde da população, favorecendo a universalização dos cuidados primários e agregando princípios fundamentais, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção, devido ao trabalho multidisciplinar, fortalecendo a APS como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Muitos movimentos visando o fortalecimento da APS surgiram, a fim de organizar e fortalecer esse modelo de atenção, entre eles, a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde no ano 2000 e a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006 (GOMES, et al, 2011).

A PNAB foi fruto da experiência de diversos atores, envolvidos na elaboração e consolidação do SUS, os quais incluem os movimentos sociais, os usuários, os trabalhadores e os gestores das três esferas de governo, orienta-se pelos preceitos da APS e explicita a Saúde da Família como modelo preferencial de reorganização da APS orientada pelos princípios do SUS (BRASIL, 2017; MACINKO e MENDONÇA, 2018). Teve sua primeira edição oficial em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, elaborada e editada pelo MS, pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS, e evidenciou a Saúde da Família como modelo preferencial de reorganização da APS, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente, estabelecendo-a como porta de entrada preferencial do SUS e como ponto de partida para estruturação dos sistemas de saúde locais (BRASIL, 2006a; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; MELO, et al, 2018; RIBEIRO e SCATENA, 2019; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

Cinco anos após a apresentação da primeira edição da PNAB, foi publicada sua segunda edição, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, motivada pelo desejo de mudanças e perante críticas às questões relacionadas à infraestrutura inadequada, ao subfinanciamento, ao modelo assistencial existente na época e a dificuldade em atrair profissionais médicos para o atendimento nas unidades de saúde (BRASIL, 2011). Em 2016, transcorreu na agenda nacional de revisão da PNAB a sua terceira edição, através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, e entre os eventos vigentes da época estavam a mudança

nas regras do financiamento federal do SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 em 2016, que congelava os gastos com a saúde e a educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação (BRASIL, 2017; BRASIL, 2016a; MELO, et al, 2018).

A APS orienta-se por princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) norteadores para o estabelecimento das práticas de saúde, como: a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017); e é definida por atributos essenciais e derivados. Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e; coordenação do cuidado. Os atributos derivados são: focalização na família; orientação comunitária e; competência cultural (MACHADO, et al, 2021).

Os serviços da APS organizados com base nesses princípios e diretrizes e atributos contribuem para a ampliação das práticas de saúde e para a qualificação e consolidação da atenção básica, o que propicia melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo de usuários, tratamento mais efetivo, principalmente de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, aproveitamento mais frequente de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários além da redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde, considerando que a ESF é definida por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, o que favorece uma reorientação do processo de trabalho ali realizado (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016; BATISTA, et al, 2017; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

O processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica (EqAB) é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, composta segundo sua modalidade e composta minimamente por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS, podendo ser incorporada a esta equipe mínima o cirurgião dentista (CD), o auxiliar de saúde bucal (ASB) e o técnico de saúde bucal (TSB), sendo que estes últimos compõe a equipe de saúde bucal (EqSB) (BRASIL, 2017). Para efetivar todos os desígnios a que se propõe, o planejamento e o processo de trabalho da EqAB devem incluir um conjunto de ações coordenadas e orientadas, para o indivíduo e para a comunidade, envolvendo desde a promoção da saúde à reabilitação da doença, com o propósito de modificar a condição de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (FONTANA, LACERDA, MACHADO, 2016).

Essas ações se dão por meio de atribuições comuns a todos os profissionais que compõe a EqAB e incluem: definição do território de atuação; oferta de atenção integral, contínua e

organizada à população adscrita; desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco; realização de busca ativa e comunicação de doenças e agravos de notificação compulsória; realização do acolhimento dos usuários com escuta qualificada; promoção de ações educativas; planejamento de ações de saúde locais, a fim de readequar o processo de trabalho e o planejamento das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio que possibilitem uma atenção integral; e a participação em atividades de educação permanente. Além dessas atribuições compartilhadas, cada profissional também tem atribuições específicas, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017; PAVONI e MEDEIROS, 2009).

Todas essas particularidades alusivas à APS, no qual está inserida a EqAB, ressaltam a importância e o reconhecimento desse modelo de atenção como instância responsável pelo cuidado em saúde da população, pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, pelo ordenamento do sistema de saúde e pela coordenação do cuidado, sendo esta desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, e que tem na ESF recurso prioritário para a reorganização do sistema de saúde, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva no processo saúde-doença, visando, inclusive a readequação do processo de trabalho das equipes (LAVRAS, 2011; PAVONI e MEDEIROS, 2009).

2.2 A Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas

O Brasil vive uma situação de saúde na qual nota-se a presença de múltiplos cenários de transições epidemiológica, demográfica e de saúde, com uma transição de um padrão de mortalidade e morbidade por enfermidades infecciosas para um perfil com maior relevância de doenças crônicas e não transmissíveis que são o resultado de diferenças de nível de desenvolvimento regional e social (MARTINS, et al, 2021).

Esses eventos interferem diretamente nas condutas pertinentes à saúde da população, que ainda opera de forma fragmentada e reativa, voltado prioritariamente para as condições e os eventos agudos, demonstrando a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção, o que fere o princípio da integralidade, instituído e assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), referido na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em sua terceira edição, na lei nº 8.080/90 e na PNAB (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017; CARNUT, 2017; RIBEIRO e BARATA, 2012; OLIVEIRA, 2016).

A integralidade, uma das premissas que fundamentam o SUS, ainda configura-se como um desafio a ser superado, apesar dos muitos avanços alcançados e, com o propósito de superar a fragmentação da atenção o MS publicou a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS, tendo como objetivo a integração sistêmica das ações e serviços de saúde com a reformulação desses serviços e organização das ações e através da integração de sistemas técnicos, logísticos e de gestão (BRASIL, 2010; LANDIM, GUIMARÃES, PEREIRA, 2019; SANTOS-MELO, 2018) e constituem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011, p.84).

O objetivo fundamental da RAS é proporcionar atenção integral, de qualidade e resolutiva de acordo com as demandas da população e consoante a sua situação epidemiológica e demográfica onde predomina as condições crônicas (BRASIL, 2014). Seus elementos constitutivos são: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde em funcionamento (MENDES, 2010). É composta de cinco redes temáticas: a Rede Cegonha; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); a Rede de Atenção Psicossocial (Raps); a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (SANTOS-MELO, et al, 2018).

Destaca-se a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, como arranjos organizacionais que buscam garantir a integralidade e continuidade da atenção, com o propósito de atender os usuários de forma integral em todos os pontos de atenção e com o objetivo de promover mudança no modelo de atenção, interligando e ampliando métodos e técnicas de prevenção e promoção da saúde evitando a evolução das doenças crônicas e suas complicações, favorecendo ainda o seu tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, opera de modo integral em todo ciclo que envolve o cuidado dessas condições, sendo estruturada pelos seguintes componentes: AB, Atenção Especializada e os Sistemas de Apoio, com ações de cuidado e reabilitação nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, sistemas de apoio e sistemas logísticos (MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016).

Ainda que regulamentada, ainda há desafios para consolidar a RAS no SUS, que compreendem elementos estruturais, funcionais e políticos, entre eles: o fortalecimento da APS;

a organização regional da atenção à saúde, colocando no centro do debate a questão da regionalização do SUS; e o financiamento, que não possui uma proposta de um modelo de atenção especializada e se encontra baseado na produção de ações e serviços (BRASIL, 2014; CHUEIRI, et al, 2014; OLIVEIRA, 2016).

A APS possui papel estratégico e fundamental na organização e coordenação do cuidado, visto que é o ponto de maior capilaridade, responsável pelo fluxo do usuário nas Redes (CHUEIRI, et al, 2014; OLIVEIRA, 2016). Todavia, observa-se que não há coordenação das ações e, nota-se, que existe uma desarticulação entre a AB e os serviços de média complexidade, fragmentação entre os diversos pontos da Rede, dificuldades de referenciamento e contrareferenciamento e deficiência de comunicação (COSTA e SILVA, 2019; TOFANI, et al, 2021). Nesse sentido, sendo a APS, deve, e pode, exercer plenamente suas funções na RAS, atuando verdadeiramente como base do sistema de saúde e, para isso, é necessário que seja um ponto de atenção fortalecido, resolutivo, estruturado e capilarizado para todo o território a que se propõe (CHUEIRI, et al, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Assim sendo, considerando a necessidade de transformações no modelo de atenção à saúde, para efetivar a coordenação das ações e a importância do cuidado integral e contínuo dos indivíduos com HAS e DM, organizado pela APS, evidências sobre a RAS mostram resultados positivos alusivos à atenção à saúde, principalmente com relação ao controle do diabetes, ao manejo das doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, no aumento da satisfação dos usuários e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016). Todavia, atualmente no Brasil a implementação e o funcionamento da RAS, ainda é uma obra em andamento exigindo dessas formações que fomentem o seu fortalecimento e o modo de enfrentamento dos desafios para sua implementação e operacionalização (COSTA e SILVA, 2019).

2. 3 Cuidado ao paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na Atenção Primária em Saúde (APS)

A HAS e a DM integram uma categoria de DCNT, que são reconhecidos fatores de risco para doenças cardiovasculares, apresentam altas taxas de prevalência, representam um dos principais riscos globais para mortalidade no mundo e destacam-se entre os importantes

problemas de saúde pública na atualidade (FRANCISCO, et al, 2018; MALFATTI e ASSUNÇÃO, 2011).

A HAS é uma condição clínica multifatorial que evolui de forma silenciosa, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Já o DM é uma categoria heterogênea de distúrbios metabólicos que tem em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação e na secreção de insulina ou em ambas, produzindo um desarranjo crônico no metabolismo da glicose e aumento persistente da glicemia, o que pode causar complicações agudas ou crônicas nos sistemas cardiovascular, renal e neurológico (FRANCISCO, et al, 2018).

Ambas são condições prevalentes e graves e acarretam entre outras complicações, perda na qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer e consequente impacto para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (MENDES, 2012). Fatores comportamentais e de estilo de vida como tabagismo, falta de atividade física, obesidade e o uso excessivo de álcool e outras drogas, bem como os determinantes sociais estão entre os que também colaboram para a rápida evolução dessas condições (BERTO, CARVALHAES, MOURA, 2010; SCHENKER e COSTA, 2019).

A busca por um controle terapêutico adequado dos indivíduos com HAS e DM e um bom vínculo do paciente com a equipe multiprofissional da saúde é fundamental, já que estes necessitam de acompanhamento e cuidados contínuos, sendo composto por medidas farmacológicas associadas a medidas não farmacológicas, como a mudanças no estilo de vida, de hábitos alimentares e prática de atividade física regular (COSTA, et al, 2021).

No âmbito do SUS, a APS é considerada porta de entrada do sistema de saúde, sendo a base para o manejo da HAS e da DM, e a ESF tem papel fundamental nesse processo, atuando com equipe multiprofissional, promovendo a educação e a promoção da saúde, estabelecendo medidas de controle, prevenção e diagnóstico precoce e, de modo proativo, organizando uma rede de atenção com foco no usuário (ANDRADE, et al, 2019; FONTBONNE, et al 2018).

No entanto, apesar desse amplo conjunto de ações e estratégias e dos avanços em relação à cobertura da APS nos cuidados e atendimento precoce dessas condições crônicas no sistema público de saúde, nos últimos anos, observa-se que a organização atual da oferta desses serviços opera de forma fragmentada e com limitada interação entre os diferentes níveis de atenção, atendendo às necessidades relacionadas aos eventos agudos, mas com pouca eficácia para o cuidado aos eventos crônicos (ANDRADE, et al, 2019).

Várias iniciativas têm sido implantadas por parte do MS, a fim de reduzir essa fragmentação e de tornar a organização dos serviços ofertados pelo SUS coerentes com as

demandas por cuidado relacionadas aos indivíduos com essas comorbidades (ANDRADE, et al, 2019; GARNELO, et al, 2014; NEVES, et al, 2021). Entre elas, o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, em 2001 e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, em 2011 (SILOCCHI E JUNGES, 2017).

O Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, se deu através do modelo de atenção programática HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, teve como propósito promover a elaboração e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco e a implantação da RAS e mais especificamente, das Redes de Atenção à Saúde para o Cuidado Crônico (RAS-CC), em 2014 (ANDRADE, et al, 2019; BRASIL, 2014; SILOCCHI E JUNGES, 2017). Todas essas iniciativas reconhecem a relevância da AB no cuidado a esses agravos na ESF, eixo reestruturante da atenção primária (SILOCCHI E JUNGES, 2017). No SUS, as RAS integram um novo modelo de cuidado que busca superar a fragmentação e reorganizar os processos na APS, e as Linhas de Cuidado constituem estratégia central para sua organização e qualificação (ANDRADE, et al, 2019).

As Linhas de Cuidado podem ser definidas como modelos matriciais de organização da atenção à saúde que constitui um conjunto de saberes, tecnologias e recursos articulados e fundamentais para atender as especificidades de grupos ou necessidades individuais (SILVA, et al, 2022; VENANCIO, ROSA, BERSUSA, 2016). Tem como objeto a integralidade do cuidado e combinam ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência para o enfrentamento de riscos, agravos e condições específicas (SILVA, et al, 2022).

No que concerne as Linhas de Cuidado o usuário passa a ser o elemento estruturante de todo o processo de produção de saúde e, para o alcance da integralidade do cuidado de modo sistêmico, é preciso que a AB atue de forma resolutiva e articulada com os demais níveis de atenção e sua construção deve incluir a articulação entre processos institucionais (macroprocessos e microprocessos) (ANDRADE, et al, 2019; VENANCIO, ROSA, BERSUSA, 2016).

Os macroprocessos correspondem o cadastramento dos usuários, à classificação de risco familiar e a estratificação de risco individual, o que para a efetivação da linha de cuidado são associados às ações de organização da vigilância, informação e comunicação em saúde, mudanças na legislação, organização da rede de serviços e identificação de grupos de risco,

além da elaboração de protocolos de atendimento. Já os microprocessos, dizem respeito às práticas de higienização, ao controle de estoque, à segurança do paciente, à assistência farmacêutica, entre outros (ANDRADE, et al, 2019). Nesse sentido, as Linhas de Cuidado foram pensadas como uma forma de organizar o trajeto do usuário pelas redes de serviços e superar a fragmentação das práticas de saúde, partindo da operacionalização do processo de trabalho da rede básica, apesar de ainda estar em processo de consolidação (MARINHO, et al 2011).

A APS, que tem na ESF seu modelo de consolidação e ampliação, é considerada a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial e apontada como centro de comunicação das redes e articuladora da coordenação dos fluxos e contrafluxos (BARROS, AQUINO, SOUZA, 2022; RIBEIRO e CAVALCANTE, 2020). É reconhecida como uma das estratégias mais efetivas para o cuidado dos indivíduos com HAS e DM e local de cenário de direcionamento para o paciente, que possibilita o monitoramento, o acompanhamento e manutenção do cuidado por toda a vida (MARANHÃO, et al, 2021).

2.4 A pandemia de COVID-19 e a Atenção Primária em Saúde (APS)

No final de janeiro de 2020, a OMS comunicou a infecção de um novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, identificado em Wuhan (China), em dezembro de 2019. No Brasil, o MS recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 no dia 26 de fevereiro, e em resposta a situação pandêmica, declarada pela OMS devido ao aumento do número de casos e a disseminação global, anunciou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (LANA, et al, 2020). Em março de 2020, pouco mais de um mês após o anúncio do primeiro caso da covi-19, foi anunciada a transmissão comunitária em todo território nacional (BRASIL, 2020a; CORRÊA, et al, 2020).

No primeiro semestre de 2020 sucedeu acelerada disseminação da COVID-19 em todo mundo, levando à adoção de medidas não farmacológicas, que incluíam medidas de prevenção individual e coletivas, incluindo diversas formas de distanciamento social e o bloqueio total (*lockdown*), medidas essas que foram de extrema importância para conter o aumento no número de casos (CAVALCANTE, 2020). No entanto, a adoção e adesão dessas medidas ocorreram em graus variados de intensidade, de acordo com a realidade de cada país (FIGUEIREDO, et al, 2020).

No Brasil, as marcantes desigualdades sociais do país, com amplos contingentes em situação de pobreza e a grande proporção de trabalhadores informais, tornaram a implantação e adoção das medidas de isolamento um grande desafio, fazendo com que essas medidas não fossem seguidas de forma análoga, apresentando-se de modo diferente em cada região. E, o retorno às atividades econômicas se deu de forma gradual na maioria dos estados brasileiros, que definiram planos oportunos para esse retorno (AQUINO, et al, 2020).

Este fator associado ao surgimento de novas variantes levou ao recrudescimento no número de casos e mortes em todo país, e, em março de 2020 foram registrados casos de COVID-19 nos 26 estados e no Distrito Federal (CAVALCANTE, et al, 2020; FIGUEIREDO, et al, 2020). Destaca-se o cenário epidemiológico de 26 de fevereiro a 04 de julho em que o número de casos confirmados era de 1.577.004 e o número de óbitos era de 64.265 por COVID-19 no Brasil. O maior número de novos registros de casos ocorreu no dia 19 de junho com 54.771 casos e o de novos registros de óbitos em 04 de junho com 1.473 óbitos (FVS, 2020).

Esse cenário mundial de alta morbidade e mortalidade significativas, levou à necessidade urgente de desenvolvimento e de autorizações de uso emergencial de vacinas, e posteriormente, o início de grandes campanhas de vacinação, no entanto, a produção, distribuição, aplicação e adesão à essas vacinas não ocorreram como esperado, ocorrendo de forma lenta e com pouca adesão pela população (OPAS, 2020). Apesar desse contexto, a aplicação dessas vacinas associou-se à redução significativa nas admissões hospitalares e nas taxas de mortalidade, fazendo com que novas medidas restritivas e de flexibilização fossem adotadas pelos governos, incluindo a retomada dos serviços públicos de saúde (KUPEK, 2021; SILVA, JARDIM, SANTOS, 2020).

No período anterior ao cenário da pandemia de COVID-19 o SUS já enfrentava problemas, e o contexto pandêmico evidenciou suas fragilidades, incluindo problemas crônicos de financiamento e gestão, levando a uma crise humanitária e sanitária sem precedentes para a história do sistema de saúde (SILVA, CORRÊA, UEHARA, 2022; DE SOUZA, et al, 2020).

A resposta sanitária foi centrada nos serviços hospitalares, especialmente nas unidades de tratamento intensivo, desigualmente dispostos no território nacional, o que acarretou no aumento abrupto da demanda por atendimentos e uma sobrecarga ainda maior, em todos os setores da saúde, públicos e privados, exigindo respostas rápidas e desafiando esses setores a formular estratégias de combate e enfrentamento a pandemia de COVID-19 em suas diversas dimensões que precisaram ser reorganizadas, em todos os seus componentes (BRASIL, 2021; MEDINA, et al, 2020).

Ressalta-se a necessidade de preparar todos os níveis de atenção para o enfrentamento de emergências de saúde e, nessa perspectiva a APS se destaca frente a situações emergenciais, uma vez que está organizada de forma a proporcionar a resolução da maior parte dos problemas de saúde dos indivíduos e de suas famílias (SILVA, CORRÊA, UEHARA, 2022; DE SOUZA, et al, 2020). Uma APS forte, organizada e estruturada contribui para a redução da disseminação da infecção, com impacto direto na morbimortalidade, desempenhando papel fundamental na mitigação dos efeitos da pandemia, atuando de forma sistematizada na vigilância em saúde nos territórios; na atenção aos usuários com COVID-19; no suporte social a grupos vulneráveis; e na oferta regular de suas ações (DAUMAS, et al, 2020; MEDINA, et al, 2020).

Dessa forma, a reorganização dos serviços da APS para responder à pandemia de COVID-19 e ao mesmo tempo manter a continuidade de suas ações integrando os diversos pontos de atenção tornou-se decisivo, considerando que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, e o eixo norteador da RAS no SUS e responsável por garantir o acesso universal e igualitário (MEDINA, et al, 2020; PERILLO, et al, 2021).

O MS adotou estratégias com o objetivo de definir o papel da APS no manejo e controle da COVID-19 e orientar os profissionais que atuavam nas equipes. Entre eles, disponibilizou o primeiro Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na Atenção Primária (BRASIL, 2020b; FARIAS, et al, 2020). Segundo orientações desse documento o manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal (SG), causada ou não por COVID-19, no contexto da APS incluía: identificação de caso suspeito de SG; medidas de Biossegurança para evitar contágio na UBS; estratificação da gravidade da SG, classificados em casos leves e casos graves (BRASIL, 2020b).

Os relatos de ações na rede de APS em algumas cidades do Brasil objetivando implementação de condutas frente à pandemia de COVID-19, incluíram entre outras ações: a reorganização da estrutura física e do fluxo dos pacientes; a adoção de fluxograma para operacionalização interdisciplinar do atendimento de casos suspeitos ou confirmados (BELFORT, COSTA, MONTEIRO, 2021).

A utilização de um acolhimento diferenciado também foi uma das estratégias utilizadas para o enfrentamento da COVID-19, utilizando uma investigação sistemática dos sintomas suspeitos, priorizando os casos suspeitos de SG e grupos mais vulneráveis, como idosos, gestantes/puérperas e portadores de doenças crônicas; capacitação dos profissionais em temas pertinentes, a classificação do usuário de acordo com a gravidade dos casos; e o uso de materiais educativos acerca de ações preventivas diárias de higiene e distanciamento social (SILVEIRA e ZONTA, 2020).

Devido às restrições de mobilidade e como medida de segurança para atender os casos suspeitos e confirmados de SG e tentar manter a oferta regular das ações de saúde, destacou-se o uso da Telemedicina/Telessaúde, autorizada pelo MS por meio da Lei nº. 13989/2020 de 15 de abril 2020 (BRASIL, 2020b; SILVEIRA e ZONTA, 2020). Em seu amplo sentido, pode ser definida como o uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde, oportunizando o uso da ofertar de serviços, em particular em se tratando de casos em que a distância é fator agravante (MALDONADO, MARQUES, CRUZ, 2016). Essa ferramenta foi adotada na maioria das cidades no Brasil para o enfrentamento da COVID-19, inclusive no âmbito da APS e, segundo relatos, permitiu acelerar mudanças no processo de trabalho das equipes, possibilitando o uso de intervenções de emergência em momentos de crise (BELFORT, COSTA, MONTEIRO; SILVEIRA e ZONTA, 2020).

A gravíssima emergência sanitária causada pela pandemia de COVID-19 colocou em destaque a posição privilegiada da APS na garantia do acesso aos cuidados de saúde para conter sua propagação na população, que desempenhou papel fundamental, contribuindo na orientação dos indivíduos, na identificação precoce dos casos, no encaminhamento a outros pontos de atenção, no monitoramento e vigilância epidemiológica dos usuários com SG e, conseqüentemente, foi capaz de promover a redução do fluxo de pessoas com sintomas leves nos serviços hospitalares e, promoveu a contenção da transmissibilidade potencializando assim, as ações de cuidado longitudinal (BELFORT, COSTA, MONTEIRO, 2021; DAUMAS, et al, 2020).

Em vista disso, mesmo com todas as dificuldades, é preciso reconhecer a importância da força de trabalho da ESF, que tem mostrado resiliência nos mais diversos contextos. E, mais do que nunca se constata a necessidade de uma APS forte, capilarizada, adaptada ao contexto e fiel a seus princípios (MEDINA, et al, 2020).

3 MÉTODO

3.1 Pergunta de pesquisa

Este estudo buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: como está o processo de trabalho nas UBS no cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos durante a pandemia de COVID-19 no município de Manaus-Am?

3.2 Tipo de estudo

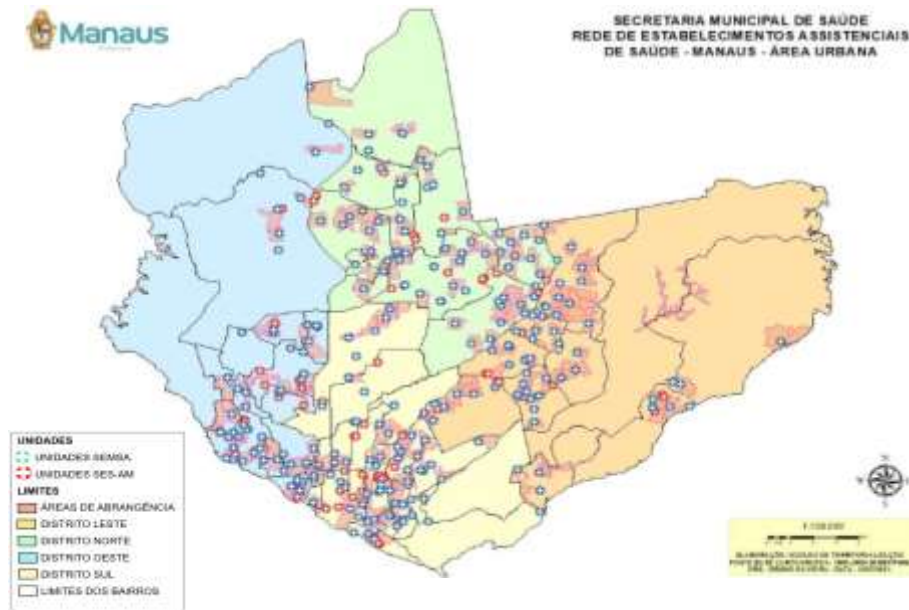
Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Essa abordagem caracteriza-se pela adoção de métodos dedutivos, e o conhecimento resultante de suas análises é fundamentado em observação, medição e interpretação da realidade objetiva e quantificação dos resultados (SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007).

3.3 Cenário de estudo

A cidade de Manaus é a capital do estado do Amazonas (AM) e, está localizada na região Norte do Brasil, possuindo uma área de 11.401,092km², e representando 0,7312% do território do estado. Localiza-se à margem esquerda do Rio Negro. Sua população estimada para 2021, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 2.255.903 habitantes, e sua densidade demográfica de 158,06hab/km², sendo a sétima capital mais populosa do Brasil e, sua população representa 52,42% da população do estado do Amazonas (IBGE, 2021).

Esta população está distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-sul, Centro-oeste e Rural) (Figura 1). E, com o intuito de oferecer um melhor atendimento à população e para planejar e descentralizar as ações de saúde, o território de Manaus está dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DISA), sendo estes: DISA Leste, DISA Norte, DISA Oeste, DISA Sul (localizados na área urbana da cidade) (SEMSA, 2020).

Figura 1 – Mapa de Manaus, área urbana dividido por distritos.



Fonte SEMSA, (2020).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estão cadastrados no município de Manaus, 45 UBS e 205 EqSF. Das 45 UBS, 03 são móveis, 11 são rurais e 31 são da área urbana da cidade. Quanto as EqSF, 09 são rurais (sendo 02 fluviais) e 196 são da área urbana, resultando em um total de 205 EqSF (CNES, 2021). Abaixo, no quadro 1 é demonstrado a quantidade de EqSF na área urbana e área rural em cada DISA e a quantidade total EqSF, no município de Manaus.

Quadro 1 – Quantidade total de equipes de saúde da família do município de Manaus – AM, área urbana e rural.

EqSF do município de Manaus – AM		
	DISA	Quantidade
Área Urbana	Norte	58
	Leste	49
	Sul	47
	Oeste	42
Total		196
Área Rural		09
Total Geral		205

Fonte: CNES, (2021).

O cenário deste estudo foi composto pelas UBS (que possuíam EqSF), dos DISA Leste e Sul do município de Manaus, sendo estes o segundo e terceiro DISA em número de EqSF cadastradas no CNES, respectivamente. Estes dois DISA foram selecionados por constituírem diferentes realidades populacionais, socioeconômicas e geográficas e de infraestrutura. O DISA Leste possui 11 bairros, uma população de 560.775 mil habitantes, considerado um dos mais populosos da cidade de Manaus, sendo responsável administrativamente por 57 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e 49 EqSF. Já o DISA Sul, inclui as zonas Sul e Centro-sul e possui 25 bairros, com uma população de 549.878 mil habitantes, sendo responsável administrativamente por 65 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e 47 EqSF. Ambos os DISA são o segundo e terceiro em número de EqSAF, respectivamente.

3.4 Cálculo amostral

Para o cálculo amostral foi utilizado a soma do número de EqSF dos DISA Leste (n=49) e DISA Sul (n=47), totalizando 96 EqSF. A frequência esperada foi de 50%, margem de erro foi de 5%, o efeito de desenho de 1,0 e o nível de confiança de 95%, segundo o Programa Epi Info versão 7.4.0[®], que resultou em um total de 77 EqSF, a comporem a pesquisa.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde, enfermeiros(as), atuantes nas EqSF dos DISA Leste e DISA Sul, do município de Manaus-AM, que possuíam conhecimento sobre o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com HAS e DM, e que consentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

O(a) enfermeiro(a) é o(a) profissional da equipe de saúde que tem o domínio de todo o processo de trabalho na USB, tendo como atribuições no nível primário de atenção, realizar o cuidado em saúde dos indivíduos e das famílias cadastradas, incluído consultas, procedimentos e atividades em grupo. De acordo com as disposições legais da profissão, poderá solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, os usuários

do sistema de saúde e a outros serviços, além de executar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, além de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS juntamente com os outros membros da EqSF. Esse profissional participa ativamente de atividades de educação permanente e colaborar no gerenciamento dos insumos necessários para a prática das atividades na UBS (BRASIL, 2017).

Foram excluídos do estudo os enfermeiros(as) que estivessem atuando na EqSF há um período inferior a seis meses, que estivessem afastados de suas atividades devido a licença de saúde ou férias e que relatassem desconfortos por quaisquer motivos.

3.6 Coleta de dados

Após anuência da Secretaria Municipal da Saúde (SEMSA) e do Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), a coleta de dados foi conduzida de forma presencial, nas UBS dos DISA Leste e Sul, por meio de aplicação de questionários individuais com os profissionais de enfermagem atuantes nas EqSF, que possuíam conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe no cuidado aos pacientes com HAS e DM, em horário, período e local adequados aos participantes, garantindo ainda a sua segurança por meio da adoção de Medidas de Segurança Sanitária Contra a COVID-19 (Anexo B). Após os esclarecimentos aos profissionais quanto aos objetivos, métodos e finalidade da pesquisa, aqueles que aceitaram participar receberam uma cópia assinada do TCLE. O período de coleta de dados se deu de agosto de 2022 a fevereiro de 2023.

3.7 Instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você, PMAQ-AB, estruturado e instituído pelo MS no ano de 2011, com o objetivo de melhorar o nível de qualidade e acesso dos serviços de saúde oferecidos aos usuários da AB. É um instrumento de pesquisa avaliativa do tipo normativa, que contém um conjunto de estratégias de análise e qualificação das EqSF e, desde a sua criação foram realizados três ciclos (GARNELO, et al, 2014; SOARES e RAMOS, 2020). O primeiro ciclo contém três módulos,

no qual o módulo I refere-se à avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS. Já o módulo II, refere-se às informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário. O módulo III diz respeito à satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2012).

O segundo e terceiro ciclos incluem seis módulos, no qual os três primeiros módulos correspondem as mesmas informações dos módulos do primeiro ciclo e, o módulo IV trata de informações sobre processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, o módulo V da avaliação das condições de infraestrutura, materiais e insumos da Saúde Bucal da UBS e o módulo VI de informações sobre processo de trabalho da EqSB e sobre a organização do cuidado com o usuário, e verificação de documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade. O terceiro ciclo inclui, ainda um módulo eletrônico, a ser respondido pelo gestor municipal em sistema eletrônico com informações referentes à gestão municipal em relação ao apoio institucional, educação permanente, gestão do trabalho, pagamento por desempenho entre outros (SAPS, 2022).

Para esta pesquisa utilizou-se questões do primeiro ciclo do PMAQ-AB, dos módulos I e II, com perguntas alusivas ao cuidado dos pacientes com HAS e DM, totalizando 74 questões, divididas em três tópicos: I - Identificação da Modalidade e dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica, II - Infraestrutura e Insumos e III - Profissionais da Equipe de Saúde (Anexo C). O quadro 2 demonstra os tópicos e algumas questões do instrumento de pesquisa.

Quadro 2 – Tópicos e questões do instrumento de pesquisa.

(continua)

I- Identificação da Modalidade e dos Profissionais da EqAB	Quantidade de equipes de AB na UBS por modalidade
	Quantidade de profissionais na UBS que compõem a equipe mínima
	Quantidade de profissionais na unidade de saúde que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s)
II – Infraestrutura e Insumos	Equipamentos e materiais
	Insumos para atenção à saúde
	Medicamentos componentes da Farmácia Básica
	Equipamentos de tecnologia da informação e Telessaúde na UBS
III– Profissionais da Equipe de saúde	Planejamento da equipe de AB e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe
	Apoio matricial à equipe de AB

Quadro 2 – Tópicos e questões do instrumento de pesquisa.

	(conclusão)
III – Profissionais da Equipe de saúde	Acolhimento à demanda espontânea
	Exames solicitados pela equipe de AB
	Utilização de protocolos
	Integração da RAS: ordenamento e definição de fluxos
	Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames
	Oferta e resolubilidade de ações da equipe
	Atenção à pessoa com HAS
	Atenção à pessoa com DM
	Promoção da saúde
	Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio (no que se refere aos pacientes com HAS e DM)
	Tempo de espera de atendimento, oferta e resolução de ações, atenção à pessoa com HAS e DM
	Promoção da saúde, visita domiciliar
	Medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos
	Planejamento e o apoio matricial e acolhimento à demanda
	Há protocolos para a HAS e a DM, há exames específicos para HAS e DM
	Como se dá a integração da RAS
	Tempo de espera de atendimento especializado, coleta de material para exames
Agenda, tempo de espera, acompanhamento, registro, estratificação de casos para HAS e DM	
Ações educativas, como se dá a visita domiciliar	

Fonte: (BRASIL, 2012).

3.8 Análise de dados

Os dados foram analisados e tabulados em planilha do *Microsoft Office Excel 2016*[®] e posteriormente descritos por meio de frequências absolutas, percentuais e médias, utilizando-se o programa *SPSS*[®] versão 20.0 IBM, e apresentados em tabelas.

3.9 Riscos e benefícios

Como possíveis riscos para os participantes do estudo, podemos apontar: a possibilidade de constrangimento e cansaço ao responder as questões; quebra de sigilo; e risco de divulgação de dados.

Esses riscos foram minimizados com as seguintes providências: garantia do sigilo em relação às respostas dos participantes, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, cabendo ao pesquisador, responsabilidade pelo armazenamento adequado de todos os dados coletados na pesquisa, bem como garantia do sigilo e da confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa; garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, realizar uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, com a coleta de informações, apenas necessárias à pesquisa; garantir a não identificação nominal do participante no formulário de pesquisa e no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato; esclarecer e informar, inclusive por meio do TCLE, a respeito do anonimato do participante e da possibilidade de interrupção da pesquisa durante qualquer etapa da pesquisa, quando este assim desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e ao participante.

Uma vez concluída a coleta de dados, será feito a tabulação de todos os dados coletados, garantindo o anonimato dos participantes e confidencialidade das informações, para um dispositivo eletrônico local não mantendo todo e qualquer registro de qualquer plataforma, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Como benefícios aos participantes voluntários da pesquisa podemos mencionar a geração de conhecimentos produzidos acerca do processo de trabalho das EqSF no cuidado aos pacientes com HAS e DM, que podem nortear o planejamento de ações e aprimorar o processo de trabalho e acolhimento aos pacientes, bem como o desenvolvimento de políticas públicas na gestão governamental, principalmente no âmbito da APS, considerando que os resultados da pesquisa serão compartilhados com a gestão municipal, gestão das unidades de saúde e profissionais das equipes de saúde da família e comunidade em geral.

3.10 Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus-AM e obteve anuência para condução do estudo. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas, com Parecer Consubstanciado com o número do parecer 5.564.669 (Anexo D).

4 RESULTADOS

Ao examinar a distribuição das principais variáveis categóricas encontradas na análise dos dados, verificou-se que, considerando um total de 77 EqSF visitadas nos DISA Leste e Sul, 88,31% (n=68) dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa eram do gênero feminino, 59,74% (n=46) tinham idade entre 40 e 49 anos, 57,14% (n=44) atuavam na EqSF em que se encontravam atualmente de dois a cinco anos e 53,25% (n=41) possuíam formação complementar a graduação em outras áreas diferentes da APS, sendo na sua maioria *lato sensu*.

Analisando os dados de cada DISA separadamente, verificou-se que, com relação ao tempo de atuação na EqSF, o período de 2 a 5 anos no DISA Sul correspondeu a 44,74% (n=17) e no DISA Leste a 69,23% (n=27), demonstrando assim, este último maior percentual. Quanto a formação complementar a graduação, 63,16% (n=24) dos profissionais concluíram pós-graduação *lato sensu* em outras áreas distintas da APS no DISA Sul e 43,59% (n= 17) no DISA Leste. A tabela 1 apresenta, com detalhes todas as informações sobre os atributos dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa em cada DISA analisado.

Tabela 1- Caracterização dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus- AM, entre 2022-2023.

(continua)

Características gerais dos enfermeiros	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Gênero			
Masculino	4 (10,53)	5 (12,82)	9 (11,69)
Feminino	34 (89,47)	34 (87,18)	68 (88,31)

Tabela 1- Caracterização dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus- AM, entre 2022-2023.

(conclusão)

Características gerais dos enfermeiros	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade			
20-39 anos	5 (13,16)	3 (7,69)	8 (10,39)
40-49 anos	24 (63,16)	22 (56,41)	46 (59,74)
50-59 anos	7 (18,42)	13 (33,33)	20 (25,97)
60 anos ou mais	2 (5,26)	1 (2,56)	3 (3,90)
Tempo de atuação			
1 ano	10 (26,32)	6 (15,38)	16 (20,78)
2 a 5 anos	17 (44,74)	27 (69,23)	44 (57,14)
6 a 10 anos	3 (7,89)	3 (7,69)	6 (7,79)
11 a 19 anos	5 (13,16)	3 (7,69)	8 (10,39)
20 anos ou mais	3 (7,89)	0 (0,00)	3 (3,90)
Formação complementar			
Não possui	4 (10,53)	3 (7,69)	7 (9,09)
Saúde Pública	5 (13,16)	4 (10,26)	9 (11,69)
Saúde Pública e outra área	3 (7,89)	5 (12,82)	8 (10,39)
Saúde da Família	1 (2,63)	9 (23,08)	10 (12,99)
Saúde Coletiva	1 (2,63)	1 (2,56)	2 (2,60)
Outras áreas	24 (63,16)	17 (43,59)	41 (53,25)
Total	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

A composição e disposição das EqSF inerentes às UBS analisadas nos DISA Sul e Leste, são exibidas na tabela 2. Constatou-se que do total de equipes, 50,65% (n=39) eram vinculadas à outras UBS, 2,59% (n=2) não eram vinculadas a nenhuma UBS e 46,75% (n=36) correspondiam a equipes inseridas em UBS maiores.

Desse total de equipes, 50,65% (n=39) eram Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (EqSFcSB). A composição dessa modalidade de equipe inclui o cirurgião dentista (CD) e o técnico de saúde bucal (TSB) ou o auxiliar de saúde bucal (ASB) no entanto, em 5,12% (n=2) dessas equipes encontravam-se no momento da pesquisa sem nenhum desses profissionais e, 2,56% (n=1) dessas equipes tinha o dentista, mas não o TSB ou o ASB, compondo a equipe.

Do total de equipes pesquisadas nos dois DISA, 92,21% (n=71), contavam com o médico no momento da pesquisa e, apesar de desse alto percentual, 7,79% (n=6) dessas equipes não contavam com esse profissional. Em 7,79% (n=6) das equipes havia o auxiliar de

enfermagem (AE) e em 100% (n=77) o profissional de enfermagem e o técnico em enfermagem (TE). O número desse último profissional variou de um a quatro por equipe, no momento da pesquisa.

O número de ACS, no total de UBS visitadas nos dois DISA, variou de um a sete profissionais por EqSF. O percentual de EqSF com um ACS foi de 11,69% (n=9), com dois ACS foi de 10,39% (n=8), com três ACS de 15,58% (n=12), com quatro ACS 18,18% (n= 14), o maior percentual, com cinco ACS foi de 11,69% (n= 9), com seis e sete ACS foi de respectivamente, 16,88% (n=13) e 14,29% (n=11) e em 1,30% (n=1) das EqSF nos dois DISA, encontravam-se sem o ACS no momento da pesquisa.

Tabela 2 – Configuração das Equipes de Saúde da Família dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(continua)

Equipes de Saúde da Família	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Tipos de equipes			
Equipes inseridas	16 (42,10)	20 (51,28)	36 (46,75)
Equipes vinculadas	21 (55,26)	18 (46,15)	39 (50,65)
Equipes não vinculadas	0 (0,00)	2 (5,12)	2 (2,59)
Modalidade de equipe			
EqSFcSB*	18 (46,15)*	21 (53,85)*	39 (50,65)*
EqSFsSB	19 (50,00)	19 (50,00)	38 (46,35)
Cirurgião Dentista (CD)*			
Equipes com CD	18 (100,00)	19 (90,47)	37 (94,87)
Técnico em Saúde Bucal (TSB)*			
Equipes com TSB	7 (38,88)	9 (42,85)	16 (41,02)
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)*			
Equipes com ASB	11(55,00)	9 (45,00)	20 (51,28)
EqSFcSB sem os profissionais*	0 (0,00)	2 (9,52)	2 (5,12)
EqSFcSB com dentista e sem TSB/ASB*	0 (0,00)	1 (4,76)	1 (2,56)
Médico			
Equipes sem médico	0 (0,00)	6 (15,38)	6 (7,79)
Equipes com médico	38 (100,00)	33 (84,62)	71 (92,21)
Enfermeiro (a)			
Equipes com enfermeiro	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)
Auxiliar de Enfermagem (AE)			
Equipes com AE	4 (10,53)	2 (5,13)	6 (7,79)
Técnico em Enfermagem (TE)			
Equipes com 1 TE	8 (21,05)	8 (20,51)	16 (20,78)
Equipes com 2 TE	25 (65,79)	27 (69,23)	52 (67,53)

Tabela 2 – Configuração das Equipes de Saúde da Família dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(conclusão)

Equipes de Saúde da Família	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Técnico em Enfermagem (TE)			
Equipes com 3 TE	4 (10,53)	2 (5,13)	6 (7,79)
Equipes com 4 TE	1 (2,63)	2 (5,13)	3 (3,90)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)			
Equipes com 1 ACS	4 (10,53)	5 (12,82)	9 (11,69)
Equipes com 2 ACS	1 (2,63)	7 (17,95)	8 (10,39)
Equipes com 3 ACS	7 (18,42)	5 (12,82)	12 (15,58)
Equipes com 4 ACS	9 (23,68)	5 (12,82)	14 (18,18)
Equipes com 5 ACS	5 (13,16)	4 (10,26)	9 (11,69)
Equipes com 6 ACS	4 (10,53)	9 (23,08)	13 (16,88)
Equipes com 7 ACS	7 (18,42)	4 (10,26)	11 (14,29)
Equipes sem ACS	1 (2,63)	0 (0,00)	1 (1,30)
Total	38 (100,00)		39 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

*Dados referentes às EqSFcSB.

A tabela 3 contém alguns equipamentos e materiais básicos disponíveis nas UBS dos dois DISA, necessários ao atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Verificou-se que o antropômetro, o esfigmomanômetro, a balança antropométrica o estetoscópio e os equipamentos de proteção individual (EPI), estavam disponíveis em todas as unidades de saúde. Outros equipamentos e insumos considerados básicos para o atendimento nas UBS, como o glicosímetro, o kit monofilamentos, as agulhas descartáveis, a fita métrica e as tiras reagentes também apresentaram boa disponibilidade, no dois DISA. Já o item oftalmoscópio apresentou menor disponibilidade, presente em apenas 20,78% (n=16) das UBS, segundo informações dos profissionais de enfermagem.

Tabela 3 – Insumos, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(continua)

Equipamentos e Materiais	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Glicosímetro			
Sim	37 (97,37)	38 (97,44)	75 (97,40)

Tabela 3 – Insumos, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(conclusão)

Equipamentos e Materiais	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Glicosímetro			
Não	1 (2,63)	1 (2,56)	2 (2,60)
Oftalmoscópio			
Sim	7 (18,42)	9 (23,08)	16 (20,78)
Não	31 (81,58)	30 (76,92)	61 (79,22)
Kit monofilamentos			
Sim	33 (86,84)	36 (92,31)	69 (89,61)
Não	5 (13,16)	3 (7,69)	8 (10,39)
Agulhas descartáveis			
Sim	37 (97,37)	39 (100,00)	76 (98,70)
Não	1 (2,63)	0 (0,00)	1 (1,30)
Fita métrica			
Sim	37 (97,37)	39 (100,00)	76 (98,70)
Não	1 (2,63)	0 (0,00)	1 (1,30)
Tiras reagentes			
Sim	37 (97,37)	37 (94,87)	74 (96,10)
Não	1 (2,63)	2 (5,13)	3 (3,90)
Total	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

A tabela 4 apresenta a lista e disponibilidade dos medicamentos cardiovasculares necessários ao atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos nas UBS dos DISA Sul e Leste. Todos os medicamentos apresentaram boa disponibilidade com maior proporção para o Atelonol/Propanol/Carvedidol/Metropolol, 94,81% (n=73) e menor proporção para a Furosemida 50,65% (n=39).

Tabela 4 – Medicamentos cardiovasculares disponíveis nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(continua)

Medicamentos Cardiovasculares	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Atelonol/Propanol/Carvedidol/Metropolol			
Sim	34 (89,47)	39 (100,00)	73 (94,81)

Tabela 4 – Medicamentos cardiovasculares disponíveis nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(conclusão)

Medicamentos Cardiovasculares	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Atelonol/Propanol/Carvelidol/Metropolol			
Não	4 (10,53)	0 (0,00)	4 (5,19)
Captopril /Enalapril			
Sim	26 (68,42)	29 (74,36)	55 (71,43)
Não	12 (31,58)	10 (25,64)	22 (28,57)
Hidroclorotiazida			
Sim	35 (92,11)	26 (66,67)	61 (79,22)
Não	3 (7,89)	13 (33,33)	16 (20,78)
Losartana			
Sim	26 (68,42)	27 (69,23)	53(68,83)
Não	12 (31,58)	12 (30,77)	24 (31,17)
Sinvastatina			
Sim	27 (71,05)	24 (61,54)	51(66,23)
Não	11 (28,95)	15 (38,46)	26 (33,77)
Ácido Acetilsalicílico (AAS)			
Sim	36 (94,74)	29 (74,36)	65 (84,42)
Não	2 (5,26)	10 (25,64)	12 (15,58)
Anlodipino			
Sim	36 (94,74)	26 (66,67)	62(80,52)
Não	2 (5,26)	13 (33,33)	15(19,48)
Hidralazina			
Sim	29 (76,32)	30 (76,92)	59 (76,62)
Não	9 (23,68)	9 (23,08)	18 (23,38)
Espironolactona			
Sim	27 (71,05)	28 (71,79)	55 (71,43)
Não	11 (28,95)	11(28,21)	22 (28,57)
Furosemida			
Sim	20 (52,63)	19 (48,72)	39 (50,65)
Não	18 (47,37)	20 (51,28)	38 (49,35)
Total	38 (100,00)	39(100,00)	77 (100)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

Na tabela 5 exibe a lista dos medicamentos antidiabéticos disponibilizados nos DISA Sul e Leste. A disponibilidade da Glibenclamida era de 80,52% (n=62) e da Metformina de 74,03% (n=57), no momento da pesquisa. Já a Insulina Regular e a Insulina *Neutral Protamine Hagedorn* (NPH), apresentaram disponibilidade de 46,75% (n=36), em todas as UBS.

Tabela 5 – Medicamentos antidiabéticos disponíveis nos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

Medicamentos Antidiabéticos	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Glibenclamida			
Sim	36 (94,74)	26 (66,67)	62 (80,52)
Não	2 (5,26)	13 (33,33)	15 (19,48)
Metformina			
Sim	31 (81,58)	26 (66,67)	57 (74,03)
Não	7 (18,42)	13 (33,33)	20 (25,97)
Insulina Regular e NPH			
Sim	19 (50,00)	17 (43,59)	36 (46,75)
Não	19 (50,00)	22 (56,41)	41 (53,25)
Total	38 (100,00)	39(100,00)	77 (100)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

A tabela 6 exhibe informações relativas à programação do cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, informadas pelos profissionais de enfermagem. O agendamento de consultas em qualquer dia da semana e horário ocorria em 89,61% (n=69) das USB, não havia tempo de espera para a primeira consulta em 76,62% (n=59) e a programação de consultas e exames de acordo com estratificação de risco e gestão do cuidado era realizado em 88,31% (n=68) das UBS, pelas EqSF.

O uso de ficha de cadastro e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos assistidos pelas EqSF, ocorria em 97,40% (n=75) das UBS e, 88,31% (n=68) delas fazia uso de registro de usuários com maior risco e gravidade. Quanto a oferta de práticas de educação em saúde de prevenção e tratamento de hipertensos e diabéticos, no que concerne as ações intersetoriais e dirigidas à comunidade, era promovida por 98,70% (n=76) das EqSF, nas UBS, segundo os profissionais de enfermagem.

Tabela 6 – Programação do cuidado de usuários com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(continua)

Serviços realizados	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Agendamento de consultas			
Dias fixos até 3 dias da semana	1 (2,63)	2 (5,13)	3 (3,90)

Tabela 6 – Programação do cuidado de usuários com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

(conclusão)

Serviços realizados	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Agendamento de consultas			
Qualquer dia da semana e horário	35 (92,11)	34 (87,18)	69 (89,61)
Qualquer dia da semana e horário específico	2 (5,26)	3 (7,69)	5 (6,49)
Tempo de espera para primeira consulta			
Nenhum dia	26 (68,42)	33 (84,62)	59 (76,62)
1 a 2 dias	8 (21,05)	2 (5,13)	10 (12,99)
4 dias	1 (2,63)	0 (0,00)	1 (1,30)
7 dias	3 (7,89)	1 (2,56)	4 (5,19)
20 a 30 dias	0 (0,00)	3 (7,69)	3 (3,90)
Ficha de cadastro e acompanhamento			
Sim	36 (94,74)	39 (100,00)	75 (97,40)
Não	2 (5,26)	0 (0,00)	2 (2,60)
Registro de HAS e DM com maior risco e gravidade			
Sim	35 (92,11)	33 (84,62)	68 (88,31)
Não	3 (7,89)	6 (15,38)	9 (11,69)
Programa consultas e exames de acordo com estratificação e gestão do cuidado			
Sim	33 (86,84)	35 (89,74)	68 (88,31)
Não	4 (10,53)	4 (10,26)	8 (10,39)
Não sabe	1 (2,63)	0 (0,00)	1 (1,30)
Educação para prevenção e tratamento da HAS e DM			
Sim	38 (100,00)	38 (97,44)	76 (98,70)
Não	0 (0,00)	1 (2,56)	1 (1,30)
Total	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

A tabela 7 contém itens alusivos ao acompanhamento dos usuários no que concerne ao cuidado clínico relativo às consultas e exames específicos.

A coordenação da fila de espera e o acompanhamento de exames e consultas em outros pontos de atenção de acordo com o grau de complexidade, níveis de atenção e assistência à saúde foi referido por 85,71% (n=66) dos profissionais de enfermagem das EqSF. A realização do exame do pé diabético ocorria em 92,21% (n=71) das UBS contudo, em apenas 15,58% (n=1) dessas UBS, acontecia o exame de fundo do olho. A oferta regular de exames de

creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada eram solicitadas em 100% (n=77) das UBS, assim como a coleta de material para exames.

Quando verificamos a frequência com que todos esses serviços eram ofertados, constatou-se uma periodicidade diária em dois turnos de funcionamento, ou seja, manhã e tarde em 63,64% (n=49) da UBS e, em apenas um turno de funcionamento em 27,27% (n=21) das UBS pelas EqSF.

Tabela 7 – Consultas especializadas, oferta de exames e frequência da coleta, oferecida aos pacientes com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

Serviços oferecidos	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Coordena fila de espera e acompanhamento de exames e consultas nos pontos de atenção			
Sim	31 (81,58)	35 (89,74)	66 (85,71)
Não	5 (13,16)	3 (7,69)	8 (10,39)
Não sabe	2 (5,26)	1 (2,56)	3 (3,90)
Exame do pé diabético			
Sim	37 (97,37)	34 (87,18)	71 (92,21)
Não	1 (2,63)	5 (12,82)	6 (7,79)
Exame de fundo do olho			
Sim	6 (15,79)	6 (15,38)	12 (15,58)
Não	25 (65,79)	29 (74,36)	54 (70,13)
Não sabe	7 (18,42)	4 (10,26)	11 (14,29)
Frequência			
Diariamente (manhã e tarde)	24 (63,16)	25 (64,10)	49 (63,64)
Diariamente (um turno)	13 (34,21)	8 (20,51)	21 (27,27)
Duas a três vezes por semana	1 (2,63)	1 (2,56)	2 (2,60)
Uma vez por semana	0 (0,00)	5 (12,82)	5 (6,49)
Total	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

A tabela 8 exhibe pontos referentes ao acolhimento à demanda espontânea realizados pelas EqSF nas UBS, segundo informações dos profissionais de enfermagem.

O acolhimento aos usuários estava implantado em 98,70% (n=76) das UBS, vigente em dois turnos, ou seja, manhã e tarde em 93,51% (n=72) dessas unidades. Todos os usuários que chegavam em demanda espontânea eram escutados e avaliados em 98,70% (n=76) das UBS, porém 100% (n=77) delas não faziam uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para demanda espontânea/urgência.

Dos profissionais que atuavam no acolhimento nas EqSF das UBS visitadas, 79,22% (n=61) receberam capacitação para realização de avaliação de risco e vulnerabilidade e em 90,91% (n=70) das unidades realizava-se a avaliação de risco e vulnerabilidade.

Tabela 8 - Acolhimento à demanda espontânea aos pacientes com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

Ordenação do atendimento e ações	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Acolhimento implantado			
Sim	38 (100,00)	38 (97,44)	76 (98,70)
Não	0 (0,00)	1 (2,56)	1 (1,30)
Turnos			
Manhã e tarde	36 (94,74)	36 (92,31)	72 (93,51)
Manhã tarde e noite	2 (5,26)	2 (5,13)	4 (5,19)
Não respondeu	0 (0,00)	1 (2,56)	1 (1,30)
Todos são escutados e avaliados			
Sim	38 (100,00)	38 (97,44)	76 (98,7)
Não	0 (0,00)	1 (2,56)	1 (1,30)
Protocolos com diretrizes terapêuticas para demanda espontânea/urgência			
Não	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)
Capacitados para avaliação de risco e vulnerabilidade			
Sim	29 (76,32)	32 (82,05)	61 (79,22)
Não	6 (15,79)	6 (15,38)	12 (15,58)
Não sabe	3 (7,89)	1 (2,56)	4 (5,19)
Realiza avaliação de risco e vulnerabilidade			
Sim	36 (94,74)	34 (87,18)	70 (90,91)
Não	2 (5,26)	5 (12,82)	7 (9,09)
Total	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

A tabela 9 apresenta elementos que compõem a organização e gestão das visitas domiciliares realizadas pelas EqSF para a população adscrita nas UBS dos DISA Sul e Leste, segundo informações dos profissionais de enfermagem.

Foi constatado que a visita domiciliar era efetuada por 92,21% (n=71) do total de EqSF, as visitas periódicas e de acordo com risco e vulnerabilidade por 90,91% (n=70) dessas equipes e a programação dessas visitas em função da prioridade da equipe atribuída ao ACS em 90,91% (n=70) das UBS.

A busca ativa no território dos usuários hipertensos e diabéticos era realizada por 94,81% (n=73) das EqSF e, ainda o levantamento/mapeamento de cuidados domiciliares para esses usuários era executado por 89,61% (n=69) dessas equipes, de acordo com informação dos profissionais de enfermagem.

Tabela 9 – Acompanhamento mediante visitas domiciliares aos pacientes com HAS e DM nas UBS dos DISA Sul e Leste da zona urbana de Manaus-AM, entre 2022 e 2023.

Elementos relativos às visitas domiciliares	Sul	Leste	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Realiza visitas domiciliares			
Sim	36 (94,74)	35 (89,74)	71 (92,21)
Não	2 (5,26)	4 (10,26)	6 (7,79)
Visitas periódicas e de acordo com risco e vulnerabilidade			
Sim	36 (94,74)	34 (87,18)	70 (90,91)
Não	2 (5,26)	5 (12,82)	7 (9,09)
ACS tem programação de visitas em função da prioridade da equipe			
Sim	36 (94,74)	34 (87,18)	70 (90,91)
Não	2 (5,26)	5 (12,82)	7 (9,09)
Busca ativa no território a pacientes hipertensos			
Sim	37 (97,37)	36 (92,31)	73 (94,81)
Não	1 (2,63)	2 (5,13)	3 (3,90)
Não sabe	0 (0,00)	2 (5,13)	1 (1,30)
Busca ativa no território a pacientes diabéticos			
Sim	37 (97,37)	36 (92,31)	73 (94,81)
Não	1 (2,63)	2 (5,13)	3 (3,90)
Não sabe	0 (0,00)	2 (5,13)	1 (1,30)
Levantamento/mapeamento de cuidados domiciliares			
Sim	35 (92,11)	34 (87,18)	69 (89,61)
Não	3 (7,89)	5 (12,82)	8 (10,39)
Total	38 (100,00)	39 (100,00)	77 (100,00)

Fonte: Elaborada pelo autor, (2023).

5 DISCUSSÃO

O cuidado na APS envolve a qualidade da atenção, o trabalho em equipe e a constituição do vínculo com a população. Reorganizar o processo de trabalho na APS no período da crise da COVID-19 exigiu mudanças nas ações que vinham sendo desenvolvidas por parte das equipes visto que, independentemente do cenário vigente, as demandas de saúde da população continuaram a existir (FERREIRA, et al, 2021).

No Amazonas, a cobertura populacional da APS por EqSF é de 62,6% e por equipe de AB é de 72%, percentuais próximos da média nacional, que é de 65,3% para EqSF e 76,5% para AB. A cidade de Manaus, tem uma população estimada para 2021, segundo dados do IBGE, de 2.255.903 habitantes, e tem cobertura de 40,7% por EqSF e de 56,6% por equipe de AB, percentual inferior à média nacional. Esses indicadores de cobertura da EqSF e de equipes de AB e a disposição da distribuição dessas equipes, ajudam a compreender a dimensão da abrangência dos serviços da atenção primária, em contraste com os problemas de saúde das populações e fazer uma estimativa do número de profissionais de saúde envolvidos nesse processo (SANTOS, et al, 2020).

Nesta pesquisa, os resultados encontrados com relação a representação dos atributos dos profissionais de enfermagem integrantes do processo de trabalho nas EqSF do município de Manaus-AM, demonstrou uma prevalência do gênero feminino e idade entre 40 a 49 anos, corroborando com estudos realizados em cidades do Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraíba, Minas Gerais, Paraná e, ainda estudos nacionais (ALMEIDA, et al, 2021; ALVARENGA e SOUSA, 2022; GALAVOTE, et al, 2016; LIMA, et al, 2016; SANTOS, 2019; TOSO, et al, 2021).

Historicamente é atribuído às mulheres as funções ligadas ao cuidado e a área de enfermagem, exprime forte vocação para o predomínio do gênero feminino (BORGES e DETONI, 2016; OLIVEIRA e CEBALLOS, 2022). Apesar dessa atribuição direcionadas às mulheres, na APS o profissional de enfermagem não somente atua em atribuições ligadas ao cuidado voltados para o indivíduo e o coletivo, mas também, em atribuições assistenciais e gerenciais de caráter administrativo-burocráticos, que dividem e fazem parte do seu processo de trabalho, evidenciando a organização do serviço, o planejamento das ações e a coordenação do trabalho da equipe (ALVARENGA e SOUSA, 2022; GALAVOTE, et al, 2016).

O tempo de atuação do profissional de enfermagem na EqSF em que trabalhavam atualmente, variou de dois a cinco anos de atividade. Achados de outros estudos realizados na Paraíba e no Rio Grande do Sul, acerca do processo de trabalho e do perfil do profissional de enfermagem e de outros profissionais que atuavam em EqSF e em outras equipes de saúde, demonstraram um tempo de atuação variando entre um e seis anos (ALVARENGA e SOUSA,

2022; SAMPAIO, et al, 2022; STURMER, et al, 2020). Outro estudo que descreveu a organização do trabalho do profissional de enfermagem na APS, em regiões brasileiras com base em dados provenientes do PMAQ-AB, demonstrou que cerca de 50% dos profissionais de enfermagem atuavam na EqSF de um a quatro anos (GALAVOTE, et al, 2017).

Segundo estes estudos, trata-se de um tempo de atuação relativamente curto, já que demonstra uma certa rotatividade dos profissionais, visto que compromete a continuidade, a qualidade da assistência e a manutenção do vínculo entre os profissionais e a população assistida (ALVARENGA e SOUSA, 2022; GALAVOTE, et al, 2016; SAMPAIO, et al, 2022; STURMER, et al, 2020). Além disso, é sabido que tanto a HAS, como a DM são condições crônicas com prognóstico incerto, duração longa e indefinida e que demanda vínculo longitudinal e continuidade da atenção (NOBREGA, et al, 2017).

Dados referentes à formação complementar à graduação dos profissionais de enfermagem participantes do estudo, demonstrou que 90,92% (n=70) deles, possuíam pós-graduação. Desse percentual, 37,67% (n=29) correspondiam a formação complementar em áreas da Saúde Coletiva e 53,25% (n=41) a áreas diferentes daquelas necessárias para atuação do enfermeiro na APS. Nota-se, que apesar de um percentual significativo de profissionais de enfermagem com pós-graduação, essa formação complementar à graduação é, na sua maioria, em áreas da Saúde Coletiva e, mais especificamente da APS.

Estudos que avaliaram aspectos da formação profissional e da organização do processo de trabalho em saúde, de profissionais do atendimento primário e terciário, demonstrou que o percentual de profissionais com cursos de pós-graduação era superior a 60%. Contudo, predominou nesses estudos, a baixa taxa de profissionais que possuíam pós-graduação em áreas com foco na APS, como preconiza a PNAB (ALVARENGA e SOUSA, 2022; BRASIL, 2017; SANTOS, et al, 2020; STURMER, et al, 2020).

A formação e qualificação dos profissionais de saúde na perspectiva da APS, é referendada na PNAB e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, políticas públicas que defendem uma reorientação da gestão do trabalho e da educação em saúde com o propósito fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2017; BRASIL, 2009).

A PNAB, no seu capítulo um, artigo sétimo, aborda a necessidade do desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais para qualificação da equipe para a gestão e atenção em saúde (BRASIL, 2017). Já a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em seu artigo primeiro e parágrafo único, aborda, entre outros aspectos, as especificidades e a superação das desigualdades regionais, em consonância com a formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009). Ambas as políticas, afirmam que o desenvolvimento dos profissionais

de saúde na APS deve ser baseado e direcionado na elaboração de projetos de formação em áreas que favoreçam o desenvolvimento desse nível de atenção e, priorizem a qualificação e a reorganização dos serviços ofertados aos indivíduos e à comunidade (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

A disposição das EqSF nos DISA pesquisados, demonstraram diferentes arranjos de acordo com a estrutura física de cada UBS. Segundo informações dos profissionais de enfermagem, 50,65% (n=39) das EqSF eram vinculadas à outras UBS e, 46,75% (n=36) dessas equipes eram inseridas em UBS maiores. As EqSF vinculadas possuíam estrutura física e correspondiam a espaços de aproximadamente, 32m² ou 136m² e, as EqSF inseridas eram aquelas instaladas dentro das UBS de grande porte.

A UBS de aproximadamente 32m², era constituída de uma EqSF, sendo composta por um médico, um profissional de enfermagem, um TE ou AE e pelos ACS. Como parte da estrutura física dispõe de um consultório, uma sala de medicamentos (farmácia), uma recepção e um banheiro. Nessa UBS, o consultório é compartilhado pelo médico e pelo profissional de enfermagem de forma alternada e, na sala de medicamentos também funciona uma copa improvisada, sendo utilizado pelo profissional de enfermagem quando o médico está em atendimento no consultório e, pelos ACS nas suas atividades práticas burocráticas (SILVA, GARNELO, GIOVANELLA, 2010; SIMÕES e FREITAS, 2016).

A UBS vinculada, de aproximadamente 136m², era dividida em ambientes que incluíam, recepção, sala de espera, três banheiros (incluindo banheiro para servidores), três consultórios (médico, dentista, enfermagem), sala de medicamentos (farmácia), sala de reunião, sala de vacinação, sala de esterilização e sala de Depósito de Material de Limpeza (DML), entre outros espaços. É formada por uma EqSF, com médico, profissional de enfermagem, TE ou AE e os ACS e, inclui ainda uma EqSB, composta por dentista e o TSB ou ASB (SIMÕES e FREITAS, 2016).

A EqSF inserida, como mencionado antes, eram instaladas dentro de UBS de grande porte, com mais de 1.000 m² que, geralmente abrigavam mais de uma equipe de saúde, ou seja, equipes de APS e EqSF, com e sem EqSB, recebendo um número grande de usuários, devido inclusive, a diversidade e disponibilidade de profissionais e atendimentos que eram realizados.

Em Manaus, a implantação do PSF somente se deu em 1999 e 2000 e, a exemplo das demais cidades do Brasil, acompanhou-se a tendência de instalar as ESF em locais de acesso precário, com alto risco sanitário, em processo de expansão demográfica, com populações de baixo poder aquisitivo e sem serviços de saúde. A conversão do modelo tradicional de AB para o PSF não foi prevista no projeto de implantação da ESF, perdurando um paralelismo e

competição entre os modelos de AB convencional e ESF, em vista disso, o PSF não adquiriu um caráter substitutivo das UBS antecedentes à sua implantação (SILVA, GARNELO, GIOVANELLA, 2010).

A PNAB, em seu capítulo um, item três, dispõe sobre a infraestrutura, ambiência e funcionamento da AB, abordando que a infraestrutura deve ser adequada, para que possa atender às necessidades de saúde da população adscrita e suas especificidades, como também, atender ao tipo de equipe, aos seus processos de trabalho, sua atuação e aos serviços de saúde disponibilizados (BRASIL, 2017).

A ambiência, envolve, entre outros elementos: recepção que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta a privacidade do usuário; identificação dos serviços, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência. Com relação ao funcionamento, recomenda-se que seja, no mínimo de cinco dias na semana com carga horária mínima de 40 horas/semanais, com acordo viabilizando o acesso facilitado à população (BRASIL, 2017).

Atualmente em Manaus, ainda perdura o modelo de UBS de 32m², com 33,76% do total de EqSF pesquisadas instaladas nesse tipo de unidade de saúde, baseada em parâmetros arquitetônicos de modelos que datam da implantação das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), chamadas de Casas de Saúde da Família. Esse modelo é considerado antigo e gradativamente, vem sendo substituído pelas UBS de 136m² (SIMÕES e FREITAS, 2016). A estrutura física adequada para a realização das ações em saúde e em conformidade com a população adscrita e suas especificidades, é essencial para organização do processo de trabalho e atenção à saúde dos usuários na APS (MOREIRA, et al, 2017). Considerando, que o processo de trabalho da equipe na APS, também é moldado pelos limites impostos por toda estrutura que envolve o ambiente de trabalho, aqui considerada a estrutura física do espaço (SIMÕES e FREITAS, 2016).

Do total de EqSF dos dois distritos pesquisados, 50,65% (n=39) eram EqSFcSB e, em 9,52% (n=2) dessas equipes não havia CD, em 5,12% (n=2) não havia ao menos o CD e o TSB ou o ASB, ou seja, nenhum dos profissionais que constituem esse tipo de equipe e, em 2,56% (n=1) havia o CD, mas não o TSB ou o ASB. Ainda, verificou-se que desse total de EqSF, também havia a escassez de profissionais médicos em 7,79% (n=6) das equipes.

Esses resultados, apesar de demonstrarem baixos percentuais, implicam em consequências significativas para o processo de trabalho das equipes, no cuidado integral aos usuários com condições crônicas como é o caso dos hipertensos e diabéticos (OLIVEIRA, et al, 2020).

O trabalho em equipe é uma das principais estratégias para o alcance da integralidade e, na APS, favorece inclusive, a articulação das ações de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde, devendo, ser desenvolvido, a partir de ações interdisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares. Logo, a insuficiência de qualquer um dos profissionais na EqSF, por mínima que seja, interfere na concretização das propostas da ESF, sendo este, um dos grandes desafios para alcançar uma atenção integral, de acordo com os preceitos e atributos da APS (GUIMARÃES e BRANCO, 2020; OLIVEIRA, et al, 2020).

A EqSF integra uma abordagem de cuidados realizados por equipes multidisciplinares compostas por no mínimo médico, profissional de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o ACS (BARBOSA, et al, 2019). Segundo a PNAB, recomenda que a EaSF seja composta por no mínimo, médico, profissional de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: CD e ASB ou TSB. Sugere-se, preferencialmente que os profissionais possuam especialidade em medicina da família e comunidade, para o médico e especialidade em saúde da família para o profissional de enfermagem e o cirurgião dentista (BRASIL, 2017).

Estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo, que analisou a as dificuldades e as facilidades do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem das UBSF, apontaram a insuficiência de recursos humanos disponíveis e, conseqüentemente, a sobrecarga de trabalho, entre os fatores que dificultam o trabalho na EqSF, o que compromete a qualidade e a continuidade da atenção, prejudicando e dificultando o cuidado individual, familiar e coletivo (BRAGHETTO, et al, 2019). Além disso, em um estudo que avaliou a qualidade do acesso na APS na cidade de São Paulo, relatou que na perspectiva do usuário, a falta de profissionais médicos e sua alta rotatividade, tornam o acesso a APS, algo burocrático e demorado (CAMPOS, et al, 2014).

Observou-se nos resultados da pesquisa, uma variação no número de ACS por EqSF, de um a sete. O menor percentual foi de dois ACS por equipe, 10,39% (n=8) e o maior foi de quatro ACS, 18,18% (n=14) e o percentual correspondente a seis e sete ACS por equipe equivalia, respectivamente a 16,88% (n=13) e 14,29% (n=11). Quanto a falta desse profissional, verificou-se que 1,30% (n=1) das EqSF nos dois DISA, estavam sem esse profissional. As equipes de saúde da família que fizeram parte deste estudo, especialmente aquelas localizadas no DISA Leste, localizam-se em bairros densamente povoados e com alta vulnerabilidade social, o que justificaria a necessidade de cobertura de 100% do ACS por equipe.

Estudo que analisou o efeito da PNAB de 2017 no ACS APS, utilizando dados disponibilizados na plataforma e-Gestor da AB, do MS, sobre os 5.570 municípios brasileiros, entre outubro de 2017 e dezembro de 2019, apontaram para uma redução no número de ACS por equipes de 50,9% na região Norte e, reduções significativas, em municípios localizados na região Sul (86,5%), na região Centro-Oeste (77,1%) e na região Sudeste (75,9%) (FREIRE, et al, 2021).

O ACS é o profissional que tem papel central na EqSF e, dentre as suas atribuições, descritas na PNAB destacam-se: cadastrar os indivíduos e as famílias de sua área de atuação, manter os dados dos usuários atualizados, desempenhar ações de vigilância em saúde, realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal dos indivíduos e sua família, promover educação em saúde, orientar sobre o uso e acesso aos serviços do sistema de saúde incluindo, agendamento de exames e consultas e fazer o registro da sua produção diária (FREIRE, et al, 2021; LIMA, et al, 2021; BRASIL, 2017; RIBEIRO, et al, 2014). Para garantir o vínculo e fortalecer a relação de confiança com as famílias sob sua responsabilidade, normalmente residem na comunidade em que atuam, sendo o principal mediador entre a população e a equipe de saúde (FREIRE, et al, 2021; RIBEIRO, et al, 2014).

A PNAB, discorre que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local e, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

A PNAB, também amplia as atribuições do ACS, descaracterizando o papel desse profissional junto à comunidade, incluindo atividades inerentes ao ACE na vigilância em saúde, assim como tarefas desenvolvidas em particular pelo TE, como aferição de pressão, glicemia capilar e curativos, priorizando, assim atribuições de cunho clínico (ALMEIDA, et al, 2018; FREIRE, et al, 2021; BRASIL, 2017). Essas atribuições, apesar de priorizarem as linhas de cuidado, afetam e prejudicam a realização de ações de educação, prevenção e promoção da saúde (FREIRE, et al, 2021).

Desta forma, a redução no número de ACS pode impactar negativamente conquistas históricas obtidas com a APS no país, principalmente as relacionadas ao cuidado de usuários com DCNT (FREIRE, et al, 2021). E, as alterações quanto ao número de ACS na ESF, de quatro para um agente na atual PNAB, pode implicar em redução e precarização da cobertura populacional, surgimento de barreiras de acesso aos serviços e comprometimento de diversos processos já estabelecidos por meio da relação desse profissional com a comunidade, sobretudo,

acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença, uma vez que esses profissionais são considerados atores imprescindíveis no processo de trabalho da equipe, na garantia do cuidado e no cumprimento dos atributos da APS (BARALHAS e PEREIRA, 2013; FREIRE, et al, 2021; LIMA, et al, 2021).

Os materiais, equipamentos e insumos básicos, além de medicamentos cardiovasculares e anti-diabéticos, usados no cuidado longitudinal dos usuários com HAS e DM, apresentaram uma boa disponibilidade nas UBS pesquisadas. Equipamentos e insumos como glicosímetros, tiras reagentes, esfigmomanômetros, EPI, balança antropométrica, o estetoscópio, apresentaram disponibilidade acima de 70%, no total de UBS, dois DISA pesquisados. No entanto, observou-se uma escassez do oftalmoscópio em 79,22% (n=61) dessas UBS.

Com relação aos medicamentos cardiovasculares, a Losartana, a Sinvastatina e a Furosemida apresentaram disponibilidade entre 50% e 60% e, entre os anti-diabéticos, a Insulina Regular e Insulina NPH, foram os que apresentaram menor disponibilidade (46,75%). Essa variação na disponibilidade, apresentada nos resultados se deu, principalmente, devido à infraestrutura inadequada para armazenamento e dispensação desses medicamentos, de acordo com o relato dos profissionais de enfermagem.

Como mencionado anteriormente, 50,65% (n=39) das EqSF pesquisadas eram equipes vinculadas à outras unidades de saúde (com dimensões de 32m² e 136m²). As EqSF vinculadas com dimensão de 32m², possuíam medicamentos e outras não. Essas unidades, dispunham de arranjos que não abrigam uma infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços oferecidos com as ações de assistência de forma eficiente, principalmente com relação a dispensação de medicamentos, como por exemplo, das insulinas, que carecem de refrigeração apropriada. E, como visto anteriormente, o espaço destinado a dispensação de medicamentos (Farmácia) nesse tipo de unidade, geralmente, abrigava de forma improvisada, outras atividades da equipe (SIMÕES e FREITAS, 2016).

Outro ponto verificado neste estudo, se refere às EqSF inseridas em unidades de saúde de grande porte, que correspondiam a 46,75% das equipes. Nessas unidades, segundo os profissionais de enfermagem, geralmente, os equipamentos, materiais, insumos e, também os medicamentos, eram compartilhados entre todas as equipes da mesma UBS.

A PNAB refere que, é de responsabilidade de todas as esferas do governo desenvolver ações de assistência farmacêutica e de uso racional de medicamentos, inclusive garantir a disponibilidade e o acesso em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar de acordo com cada esfera, de medicamentos nos devidos pontos de

atenção, visando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017). Já o MS, recomenda que haja uma farmácia em cada UBS, porém em municípios onde a dispensação de medicamentos é realizada de forma centralizada o serviço não é obrigatório (BRASIL, 2006b).

O indivíduo com HAS e DM, necessita de um cuidado, longitudinal, coordenado e ordenado portanto, limites que comprometam a continuidade do cuidado, como é o caso da provisão regular na oferta de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos não vem de encontro com que preconiza a PNAB acerca dos Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na AB, e no que se refere a garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional, por meio da disponibilidade de equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes para uma à atenção à saúde adequada (BRASIL, 2017).

Os modelos assistenciais de saúde integram a articulação da disponibilidade de serviços, da infraestrutura, dos equipamentos, dos instrumentos, das técnicas, das tecnologias, da força de trabalho apropriada, bem como da organização das atividades. A efetivação desses modelos de atenção, demandam por recursos financeiros e gestão adequada, que visem à resolução de problemas e o atendimento de modo que exista uma prestação de assistência individual e coletiva adequadas (PIRES, et al, 2019).

Deficiências estruturais, como subfinanciamento das ações, escassez de recurso humanos qualificados, infraestrutura, ambiência apropriada e a falta de equipamentos, insumos e medicamentos tem comprometido a execução das ações da APS, inclusive as essenciais para a oferta de um cuidado eficaz, o que implica em um cuidado fragmentado com consequências negativas à eficiência e efetividade às ações de saúde no que concerne, sobretudo ao acesso e a utilização dos serviços e a integralidade do cuidado (RIBEIRO e CAVALCANTI, 2020; SANTOS, et al, 2021).

Dois estudos nacionais, um que caracterizou a disponibilidade física de medicamentos traçadores nos serviços de assistência farmacêutica na APS e o outro que estimou e discutiu indicadores selecionados de estrutura da APS em 2012, apresentaram disponibilidade e dispensação de medicamentos de 52,9% e 60,8%, respectivamente, esses valores são próximos aos apresentados nesta pesquisa. Segundo estes estudos, a obtenção e a análise da disponibilidade de medicamentos essenciais é requisito fundamental do processo de cuidado e importante estratégia para verificar o impacto das políticas instituídas no âmbito da saúde pública, sendo considerado também um indicador de qualidade do sistema de saúde (NASCIMENTO, et al, 2017; POÇAS, FREITAS, DUARTE, 2017).

Práticas referentes à programação dos cuidados e o planejamento das ações, como o agendamento de consultas, ocorria em qualquer dia da semana e horário, em 89,61% (n=69) das UBS pesquisadas e, em 76,62% (n=59) dessas unidades, não havia tempo de espera para o primeiro atendimento. Além disso a programação de consultas e exames aconteciam em 88,31% (n=68) das UBS, de acordo com estratificação de risco e gestão do cuidado.

A organização da agenda das equipes, especificamente do médico e do enfermeiro, contemplava a distribuição de 70% das consultas para demanda programada e 30% para demanda espontânea, com a oferta de dezesseis atendimentos diários para o médico e doze atendimentos para o enfermeiro. Essa oferta de atendimentos de ambos os profissionais, era distribuída entre a demanda espontânea e programada para todos os agravos e grupos populacionais, segundo relatos dos profissionais de enfermagem.

Os pacientes com HAS e DM, eram atendidos na demanda espontânea, de acordo com sua necessidade e na demanda programada conforme agendamento de consulta ambulatorial. Esses atendimentos incluíam, realização de exames periódicos, renovação de receita, orientações de saúde e encaminhamento para exames especializados, caso fosse necessário. Todo esse processo de atendimento foi relatado pelos profissionais de enfermagem das UBS pesquisadas.

O conceito de acesso e acessibilidade é complexo, seu significado varia na literatura entre autores que consideram ambos os termos como sinônimos e outros que fazem distinção de significados entre ambos (ALBUQUERQUE, et al, 2014). E, entre as demandas centrais na APS, o acesso de qualidade desponta como um desafio na busca por um cuidado universal, longitudinal e integral, surgindo como um dos pontos centrais da PNAB (PIRES FILHO, et al, 2019). De acordo com a PNAB a unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem distinções e respondendo às necessidades de saúde da população, garantindo um amplo escopo de ofertas e, não apenas a realização de ações programáticas, devendo estas necessidades serem o principal referencial para a definição das ações e serviços de saúde, para a forma como os serviços serão organizados e para todo o funcionamento das UBS (BRASIL, 2017).

O fluxo de acesso nas UBS ocorre por atendimento de demanda espontânea e demanda programada organizada em modelos tradicionais de agendamento de consultas, geralmente, com a programação de atendimentos para datas futuras, resultando, por vezes, em elevado tempo de espera por parte dos usuários e demora na providência dos cuidados (PIRES FILHO, et al, 2019; POSTAL, et al, 2021; VIDAL, et al, 2019). Nesse contexto, a proposição de medidas de reorganização das ações que viabilizem o acesso ampliado e a capacidade de

resposta às necessidades de saúde para o cotidiano dos serviços na APS, devem ser analisadas (CAMARGO e CASTANHEIRA, 2020).

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram que o agendamento de consultas, o tempo de espera para o primeiro atendimento e a programação de consultas e exames, apresentaram percentuais acima de 75%, diferente do estudo que avaliou o desempenho da APS de Florianópolis, através de entrevistas acerca dos atributos da APS, entre eles o Acesso de Primeiro Contato/subdimensão acessibilidade, que se referia a capacidade da unidade de saúde em atender os usuários com agilidade e ao tempo de espera desse usuário até o atendimento do médico ou profissional de enfermagem, atributo esse que apresentou os piores resultados, o que sugere que, apesar do grande número de usuários nas UBS, ainda há dificuldades relacionadas à acessibilidade desses serviços (VIDAL, et al, 2019).

A pandemia de COVID-19, obrigou a adoção de medidas de distanciamento social e provocou mudanças para preservação e proteção dos grupos considerados de risco, como é o caso dos hipertensos e diabéticos. Uma delas, foi com relação a prescrição dos medicamentos de “uso contínuo”, que tiveram seu prazo de validade ampliado para mais de 60 dias, principalmente, durante o pico da pandemia (ALMEIDA e GUIMARÃES NETO, 2021). Atualmente, a prescrição e renovação das receitas para a dispensação desses medicamentos tem duração de 30 dias, quando emitidas pelo profissional de enfermagem e de 60 dias, quando emitidas pelo médico. Nessa ocasião, também são realizadas a consulta com o médico ou profissional de enfermagem, o acompanhamento do indivíduo, as ações de educação em saúde para o autocuidado e estratificação de risco para doenças cardiovasculares e encaminhamentos para outros profissionais, quando necessário (BRASIL, 2013).

Ações alusivas à programação do cuidado como o uso de ficha de cadastro e acompanhamento e o registro de risco e gravidade de usuários com HAS e DM assistidos pelas equipes ocorria em mais de 85% das UBS. Esses registros e acompanhamentos eram feitos em todas as UBS por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), associados a fichas de cadastro manual, em algumas unidades, elaboradas e utilizadas pelo profissional de enfermagem ou por vezes, de uso apenas do ACS.

Estudos indicam que a inserção do prontuário eletrônico em serviços de saúde pode trazer benefícios para a gestão do cuidado em saúde, visto que, acarreta mudanças estruturais e na prática dos profissionais e, considerando ser este um novo modelo de tratamento de informação em saúde (ÁVILA et al, 2022; LOURENÇÃO e FERREIRA JUNIOR, 2016). O PEC possibilita ao profissional de saúde o conhecimento detalhado do usuário, seu histórico de atendimentos, sua condição clínica, sua situação de saúde, entre outras informações,

contribuindo para um conhecimento mais aprofundado da realidade de cada usuário e de suas necessidades e potencializando o planejamento do cuidado em saúde (ÁVILA et al, 2022).

A oferta de práticas de educação em saúde de prevenção e tratamento de hipertensos e diabéticos que envolvem ações intersetoriais e as dirigidas à comunidade foram referidas em 98,70% (n=76) das unidades. Segundo os profissionais de enfermagem, essas ações aconteciam ou sob a forma de orientações individuais, durante as consultas, ou na recepção das UBS e, algumas vezes, em ambientes como quadras ou associações.

A educação em saúde é um componente indispensável ao processo de trabalho das equipes de AB, e é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na APS, passando por vários processos ao longo do tempo e incorporando influências dos determinantes sociais de saúde e os fundamentos de educação popular de Paulo Freire (CARNEIRO, et al, 2012; FITTIPALDI, O'DWYER, HENRIQUES, 2021). Na atualidade, tem como principal função promover a democratização do acesso às informações relevantes à saúde da população usuária dos serviços de saúde, constituindo-se como um instrumento de construção dialógica do conhecimento, bem como, de promoção da participação da população, considerando serem estes os sujeitos do seu próprio cuidado, estimulando assim sua autonomia e protagonismo (FITTIPALDI, O'DWYER, HENRIQUES, 2021; MARTINS e SOUZA 2017).

Neste estudo apesar do alto percentual de respostas encontradas com relação às ações de educação em saúde, foi relatado pelos profissionais de enfermagem a baixa adesão por parte dos usuários hipertensos e diabéticos, com relação às ações o que se refletia diretamente no autocuidado desses indivíduos. É preciso pensar no modo de processamento dessas ações no âmbito da APS, considerando que a saúde tem um caráter multidimensional e que o usuário é o sujeito da educação em busca de autonomia (CARNEIRO, et al, 2012; VASCONCELOS, et al, 2017). Essas ações devem englobar atividades estratégicas, planejadas, direcionadas, pautadas por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, que receba a devida capacitação teórica sobre todo o processo, que tenha o apoio dos serviços de saúde e que envolvam todos os atores envolvidos nas etapas do processo educativo (VASCONCELOS, et al, 2017).

O acompanhamento dos usuários pelos profissionais acerca do cuidado clínico alusivos às consultas e exames específicos demonstraram que a coordenação da fila de espera e o acompanhamento de exames e consultas em outros pontos de atenção de acordo com o grau de complexidade, níveis de atenção e assistência à saúde efetuava-se em 85,71% (n=66) das UBS visitadas.

A APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde e orienta-se por eixos estruturantes que internacionalmente, recebem o nome de atributos essenciais,

sendo eles: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Neste sentido, a APS é a coordenadora do cuidado nas RAS, facilitam o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção e garantem a continuidade da assistência ao longo do tempo (ALMEIDA e SANTOS, 2016; FRANK, et al, 2015; LIMA, et al, 2018).

Um estudo realizado no Amazonas que avaliou os atributos longitudinalidade e a coordenação do cuidado, a partir da percepção do profissional e dos pacientes com doenças crônicas em unidades de saúde que aderiram ao PMAQ, com dados coletados de 2013 a 2014, verificou que esses dois atributos eram implementados de forma pouco frequente e fragmentada, visto que, foram classificados, segundo os seus resultados, como regulares (RABELO, et al, 2020).

Com relação à solicitação e realização de exames essenciais para o acompanhamento, monitoramento e para decisão terapêutica ou preventiva na assistência aos usuários com HAS e DM e previstos no protocolo assistencial, como o exame de creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada, segundo relatos os profissionais de enfermagem eram solicitados em 100% (n=77) das UBS. Já os exames inerentes ao cuidado dos pacientes com DM, como é o caso do exame do pé diabético, eram realizados em 92,21% (n=71) das UBS. No entanto, o exame do fundo do olho, era realizado em apenas 15,58% (n=12) das unidades visitadas. Todos esses exames ocorriam com periodicidade diária e em dois turnos (manhã e tarde) em 63,64% (n=49) dessas unidades e em apenas um turno em 27,27% (n=21).

O monitoramento do paciente com HAS e DM, é essencial para evitar o agravamento da doença e a oferta adequada de exames, viabiliza o apoio diagnóstico, auxilia na identificação de outros fatores de risco e na adoção de condutas, cabendo ao profissional responsável pela solicitação considerar sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações apresentadas por estes pacientes, contribuindo para o cuidado integral e acompanhamento longitudinal (DANTAS e RONCALLI, 2019; MUZY, et al, 2022).

Os resultados deste estudo demonstraram uma baixa oferta, 15,58% (n=12), do exame do fundo do olho. Esse exame também chamado de oftalmoscopia ou fundoscopia é parte do exame físico ocular realizado por médico com formação generalista ou por especialista em oftalmologia, que utiliza o oftalmoscópio ou fundoscópio e integra uma relação de outros exames clínicos elencados em um protocolo para rastrear a retinopatia diabética, estabelecido pelo MS (MILANI, PICH, EDELWEISS, 2022; MUZY, et al, 2022).

Um estudo que avaliou a estrutura, organização e oferta de serviços na APS relacionadas ao cuidado para DM no Brasil, segundo regiões, a partir da perspectiva das EqSF e dos usuários,

demonstrou um percentual de 32,9% de realização do exame de fundo de olho no Brasil em 2017, com valores de 29% para a região Norte e de 38,6% para a região Nordeste, e relatou que, apesar desse percentual parecer baixo houve um aumento na realização desse exame (MUZY, et al, 2022). Um estudo realizado no Amazonas que avaliou a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, demonstrou que 43,5% das equipes realizam o exame de fundo de olho, classificação considerada regular, segundo o estudo (RABELO, et al, 2020).

Diferentes barreiras podem levar a não realização do exame de fundo de olho, apesar de sua relevância. Este estudo demonstrou uma escassez do oftalmoscópio em 79,22% (n=61) das UBS visitadas. A baixa disponibilidade desse equipamento, também é relatada em um estudo que descreveu a estrutura necessária à atenção às pessoas com diabetes, apontando que apenas 14,3% das unidades de saúde contavam com esse equipamento em 2012 passando para 22,9% em 2014 (NEVES, et al, 2018). Outras causas que podem estar levando a dificuldade na realização desse exame nas UBS, pode ser falta de treinamento, estrutura física adequada, insegurança do profissional e a negativa do paciente (MILANI, PICH, EDELWEISS, 2022).

Neste estudo, os resultados demonstraram que o acolhimento estava implantado, com a escuta e avaliação dos usuários, em 98,70% (n=76) das UBS visitadas, inclusive ocorrendo em dois turnos em 93,51% (n=72) dessas unidades. Ainda, dos profissionais que realizavam o acolhimento, 79,22% (n=61) deles, receberam capacitação para a execução dessa atividade e, em 90,91% (n=70) dessas unidades, acontecia no acolhimento, a avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários.

O acolhimento é uma prática construtiva das relações de cuidado, considerado uma tecnologia leve e uma diretriz operacional, capaz de modificar a lógica de organização e o funcionamento dos serviços de saúde e uma forma de ampliar o acesso a partir da qualificação da escuta e da reorganização do processo de trabalho (FROTA BARROS, et al, 2018; CAMARGO e CASTANHEIRA, 2020).

É uma das diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS – Humaniza-SUS, lançada em 2003, que propõe como orientações estratégicas e diretrizes específicas por nível de atenção, especificamente na AB, a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede local, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; o incentivo de práticas promocionais de saúde; o estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema; e o comprometimento com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-

responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde (BRASIL, 2004).

A PNAB, recomenda que o acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado e que aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, sendo que estas, devem organizar os seus serviços de modo a otimizar os processos de trabalho, organizando os fluxos de usuários na unidade, realizando escuta qualificada e estabelecendo avaliações de risco e vulnerabilidade, com especial atenção para as condições crônicas, com uso de sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea e, de acordo com protocolos estabelecidos, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção, na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, bem como o acesso aos demais níveis de atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2017).

Apesar deste estudo demonstrar, na sua maioria resultados positivos relacionados a prática do acolhimento nas UBS pesquisadas, é preciso analisar os desdobramentos dessas práticas sobretudo, se estão ou não em conformidade com o que está disposto na PNAB e na PNH do SUS – Humaniza-SUS, considerando também que a ausência da prática do acolhimento ou a sua realização de forma inadequada pode dificultar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e interferir no planejamento do trabalho da equipe.

Em se tratando do uso de protocolos com diretrizes terapêuticas para demanda espontânea/urgência, verificou-se que em 100% (n=77) das UBS pesquisadas, não havia o uso desse instrumento. Segundo os profissionais de enfermagem, em vez de protocolos, eram utilizadas condutas nas quais eram ofertados os primeiros atendimentos de urgência e emergência, que incluíam a estabilização e o monitoramento dos pacientes na UBS e a orientação ou encaminhamento desses pacientes para as unidades de urgência e emergência, ou mesmo, a solicitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Identificou-se que, na prática, o acolhimento realizado pelos profissionais nas UBS pesquisadas, não seguia um modelo teórico ou protocolo específico, realidade também apresentada em outros estudos como o que avaliou a AB, no município de Campina Grande, na Paraíba, a partir do Banco de Dados do PMAQ-AB, que constatou que somente 13,5% das equipes pesquisadas, referiram a existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência que subsidiem as ações, 43,8% dessas equipes não souberam responder ou não responderam e o restante não possuía protocolos (CLEMENTINO, et al, 2017). Outro estudo, realizado em UBS do Distrito Federal, que procurou compreender, como ocorre o processo de acolhimento, na percepção dos enfermeiros,

também evidenciou a não utilização de um protocolo ou instrumento construído coletivamente na realização do acolhimento com classificação de risco (CAMELO, et al, 2016). Já, um estudo que descreveu o acolhimento à demanda espontânea no cotidiano da UBS na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários, utilizando dados do PMAQ-AB, do estado de São Paulo, evidenciou que 61,9% das unidades de saúde prestavam atendimento de urgência e emergência utilizando protocolos, apesar de a metade dos profissionais reconhecerem que não foram capacitados para realizar esta atividade (MUNIZ, et al, 2017).

A implantação de protocolos no acolhimento, colabora para o aumento da resolutividade das ações de saúde e tem impacto importante na qualidade do acesso aos serviços, na medida em que pode qualificar a escuta e produzir um melhor aproveitamento do potencial técnico e de integração da equipe e da tecnologia disponível (CLEMENTINO, et al, 2017; MUNIZ, et al, 2017). No entanto, verifica-se que as equipes de AB não utilizam protocolos previamente estabelecidos ou baseados em orientações do MS, ou seja, o acolhimento é realizado, mas não de forma estruturada nem devidamente embasado, não seguindo um protocolo específico ou um modelo teórico, o que demonstra uma ambiguidade presente na operacionalização do acolhimento no âmbito da AB (CLEMENTINO, et al, 2017; CAMELO, et al, 2016)

O acolhimento é caracterizado pelo encontro entre o profissional de saúde e o usuário e, sua prática busca não só melhorar o acesso à consulta médica, mas às ações de toda equipe de saúde (MUNIZ, et al, 2017). Não se restringe a um setor, a uma hora e a um profissional, é uma atividade em que todos os profissionais devem estar comprometidos e capacitados, funcionando como uma base sólida para a humanização da assistência (FEITOSA, et al, 2021; LIMA ROCHA, et al, 2018). A prática do acolhimento no cotidiano das unidades de saúde inclui o desafio da garantia da integralidade do cuidado, com responsabilização e vínculo, visto que, contribui para a ressignificação do modelo de atenção, instituído não somente nos agravos biológicos, mas também na análise da determinação social (MUNIZ, et al, 2017).

Contudo, ainda persistem entraves cotidianos na efetivação do acolhimento na ESF, que repercutem no acesso do usuário ao sistema de saúde, visto que, observa-se falhas na execução das diretrizes propostas pela PNH do SUS – Humaniza-SUS, no que se refere ao despreparo dos profissionais, a sua concepção profissionais sobre o significado do acolhimento, que identificam como uma triagem e aspectos relacionados à dinâmica do trabalho centrada no modelo tradicional, na qual o foco da atenção é a doença e, diante dessas fragilidades, o acolhimento torna-se uma prática ainda nebulosa para as equipes (CLEMENTINO, et al, 2017; MUNIZ, et al, 2017).

Desse modo, é preciso considerar que a demanda apresentada pelo usuário que busca o atendimento na unidade de saúde seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima, não se tornando apenas uma prática de triagem, abrangendo aspectos humanos, estruturais e organizacionais e centrado no território das tecnologias leves, favorecendo a relação entre a equipe e os usuários e promovendo uma reorganização dos serviços de saúde e construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho da equipe, com o propósito de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre o usuário, o trabalhador e os serviços oferecidos (BRASIL, 2004; CLEMENTINO, et al, 2017).

Outro ponto importante no cuidado aos pacientes com HAS e DM pela EqSF, se refere a visita domiciliar, que apresenta-se como uma das estratégias de cuidado longitudinal e integral, realizada no território de abrangência da EqSF, possibilitando estreitamento do vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde e, sobretudo como um instrumento de diagnóstico local e programação de ações a partir da realidade da comunidade (BRASIL, 2017; CUNHA e SÁ, 2013; GOULART, et al, 2021; PINHEIRO, et al, 2019; QUIRINO, et al, 2021).

Este estudo apresentou resultados acima de 85% para todos os itens inerentes às visitas e cuidados domiciliares aos usuários com HAS e DM, nos dois DISA e, apesar desse percentual parecer razoável e, a despeito de suas potencialidades, ainda existem desafios e dificuldades quanto à realização das visitas domiciliares pelas EqSF.

Além das dificuldades inerentes à prática das visitas domiciliares, como a mudanças de endereços, recusas, falta de profissionais, entre outras situações adversas, há também as dificuldades alusivas às relações complexas envolvendo o público e o espaço (CUNHA e SÁ, 2013). Neste estudo, os participantes da pesquisa relataram a questão da violência como uma das principais dificuldades para a realização das visitas e cuidados domiciliares pelas EqSF nos territórios. Da mesma forma, um estudo realizado no Rio de Janeiro, que entrevistou 32 profissionais de saúde, com o objetivo conhecer as atividades das equipes, especialmente com relação às visitas domiciliares, demonstrou que a existência da violência nos territórios aparece como um forte limitador para a realização das visitas domiciliares, prejudicando seriamente o acesso à saúde (GOULART, et al, 2021).

Como observado nos resultados deste estudo, o número de ACS por equipe apresentou uma variação, correspondendo a uma quantidade de um a sete profissionais por EqSF, com maior percentual para a quantidade de quatro 18,18% (n=14), ACS por equipe e, ainda, um total de 1,30% (n=1) das EqSF encontravam-se sem o ACS no momento da pesquisa. Considerando esses resultados, e que cada EqSF cobria de seis a sete microáreas em média, nota-se uma problemática com relação a atuação e ações do ACS na EqSF, especialmente no que se refere

ao acompanhamento e às visitas e cuidados domiciliares nas microáreas descobertas por esses profissionais.

O ACS como integrante da EqSF e sua atuação remete diretamente nas necessidades de organização do processo de trabalho da equipe, ele é o mediador entre os serviços, os profissionais de saúde e os moradores do território, portanto, a falta ou um número insuficiente desse profissional na equipe interfere diretamente na concretização de qualquer atividade inerente à EqSF (ALMEIDA, et al, 2021; MOROSINI e FONSECA, 2018).

A despeito dos resultados encontrados, este estudo apresentou como limitações o fato de ser conduzido em apenas dois dos quatro DISA da área urbana do município de Manaus-AM, não representando, portanto, todas a EqSF. Por se tratar de uma pesquisa desenvolvida com abordagem quantitativa, não houve possibilidade de conhecer a percepção dos profissionais participantes sobre o processo de trabalho das equipes e sobre questões qualitativas relacionadas ao cuidado aos pacientes com HAS e DM, então verificou-se a necessidade de uma abordagem qualitativa no estudo. Ainda, constatou-se a relevância de conhecer a ótica de outros profissionais componentes da EqSF e dos usuários com HAS e DM acerca do cuidado e acompanhamento desses indivíduos nas UBS pesquisadas, assim sendo, estudos posteriores devem ser conduzidos para trazer à luz tais questões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho nas UBS, no que concerne o planejamento e organização das ações de saúde, é muito mais complexo do que somente a atuação *in loco* dos profissionais de saúde. Inclui aspectos estruturais, macroprocessos, determinantes sociais de saúde, financiamento, perfil e valorização do profissional. É composto por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que caracterizam a AB e que tem como base a PNAB e, outras políticas para a efetivação de suas ações, sendo de responsabilidade de todos a sua efetivação, profissionais, usuários e as três esferas do governo.

Neste estudo, foi possível verificar como os profissionais de saúde estavam atuando na AB diante das adequações exigidas, em decorrência da pandemia de COVID-19, apesar de ter sido realizado no período de agosto de 2022 a fevereiro de 2023, período em que os casos por COVID-19 sofreram um significativo decréscimo, inclusive na cidade de Manaus, e que os

serviços nas UBS continuavam em processo de retorno as atividades de rotina, segundo relato dos profissionais de enfermagem.

Levando em conta, que o cuidado em saúde dos pacientes com HAS e DM requer ações longitudinais e contínuas e, devido a pandemia de COVID-19, essas ações passaram por ajustes para que o cuidado a esses pacientes não fosse interrompido, considerando que eles pertencem ao grupo de risco da doença, este estudo permitiu uma análise das ações que caracterizam o processo de trabalho no cuidado aos pacientes com HAS e DM nas UBS pelas EqSF, com base em respostas dos profissionais de enfermagem. Esse profissional tem o domínio de todo o funcionamento da UBS, sendo apto para descrever o processo de trabalho das EqSF no cuidado aos usuários com HAS e DM.

Os resultados apontaram que o processo de trabalho das EqSF nos dois DISA pesquisados no município de Manaus-AM, cujas práticas são desenvolvidas em territórios marcados por importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, depende, dentre outros fatores, do perfil do profissional, da configuração da EqSF (inserida ou vinculada a uma UBS) e do local onde essa UBS está instalada, pelos limites impostos pelo ambiente de trabalho, este considerado a estrutura física do espaço e a disponibilidade de materiais e insumos necessários para o desenvolvimento das práticas cotidianas desses trabalhadores, no atendimento aos pacientes com HAS e DM.

Também, foi possível a identificação de nós críticos inerentes ao esse processo de trabalho das EqSF como: um número significativo de UBS sem infraestrutura adequada para o cuidado em saúde aos usuários, como sala de acolhimento e local adequado para a dispensação de medicamentos; UBS de grande porte que abrigam várias equipes de diferentes modalidades e, em muitos casos, havia o compartilhamento de equipamentos e insumos que deveriam ser disponibilizados para cada equipe inserida na unidade; número insuficiente de profissionais nas equipes, principalmente do ACS; conhecimento dos profissionais da equipe com relação aos princípios do SUS, atributos da APS e processo de acolhimento, temáticas que estão diretamente relacionadas ao processo de trabalho das EqSF e podem refletir no cuidado, acesso e efetividade da AB.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, [s.n.], p. 182–194, out. 2014.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yfcw5Vwss3grcGStj6mx5Tz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 mar. 2023.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, [s. n.], [s.p.], 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, n. 11, p. 11. 2021. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/G5zMWg8gTYZJXFc4WBTFTFD/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS Adriano Maia dos. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev Saúde Pública**. [s.l.], v. 50, n. 80, [s.p.], 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ThGbJp54VGJ85zXNBXMfxQQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

ALMEIDA, Terezinha Andrade; GUIMARÃES NETO, Mario de Castro. *HyperDia in the context of the COVID-19 pandemic*. **Journal of Multiprofessional Health Research**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. e02.47-e02.57, 2021. Disponível em:

<https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/10>. Acesso em: 30 jun. 2023.

ALVARENGA, José da Paz Oliveira e SOUSA, Maria Fátima de. 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 em Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1077-1092, 2022. Disponível

em:<<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2022.v46n135/1077-1092/#>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Claudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 787-830. Disponível em:< <https://portal.fiocruz.br/livro/tratado-de-saude-coletiva>>. Acesso em: 02 ago. 2022.

ANDRADE, Monica Viegas. et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil.

Revista Brasileira de Estudos de População. Rio de Janeiro, v. 36, [s.n.], p. 1–21, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0104>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

AQUINO, Estela Maria Leão. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, [s.n.], p. 2423–2446, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2023.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

ÁVILA, Grazielly Soares. et al. Prontuário Eletrônico na Gestão do Cuidado em Equipes de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 27, n. 27, p. e79641, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cenf/a/HDNgYCbWhCSvWNdsHkrRjHq/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 66, n. 3, p. 358–365, maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ysr5snYv86wQzqWQgQBnWxv/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BARBOSA, Ludmila Gonçalves. et al. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 287–294, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/YwstrbfhwWKSZ6HQ3spQKpp/?lang=pt#>>. Acesso em 14 mar. 2023.

BARROS, Daniela França de. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 19, n. 1, p. 78–84, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nYHWR7LTww7xz5SD7WGL9yx/#>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BARROS, Rafael Damasceno de; AQUINO, Rosana; SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4289–4301, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rRCVJhncQt95Db9xfMxW6TF/#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

BATISTA, Cristina Leal, Valéria. et al. Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde Segundo os Profissionais de Saúde da Família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 15, n. 2, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>. Acesso em: 13 mar. 2023.

BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; COSTA, Victor Catarino; MONTEIRO, Sally Cristina Moutinho. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. **APS**

em **Revista**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 03–08, 2021. Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/139>>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BERTO, Silvia Justina Papini; CARVALHAES, Maria Antonieta Barros Leite; MOURA, Erly Catarina de. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1573–1582, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800011>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BORGES, Tábata Milena Balestro; DETONI, Priscila Pavan. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 143-157. 2017 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000200004>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRAGHETTO, Gláucia Tamburú. et al. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 420–426, out. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/RzQH666DRkjNjnhvf9MYwFh/#>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 22 de setembro de 2017, ed. 183, seção 1, p. 68. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.n>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, v. 143, n. 61, 2006a. seção 1, p.71-76. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. seção 1, p. 48-54. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 de setembro de 2016a. ed. 241, seção: 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 01, 29 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **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 (SUS). Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília, DF, 2014. 160 p. ISBN 978-85-334-2115-8. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Brasília, DF, 23 de março de 2020a, ed. 56-b, Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 18 de jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. ed. 4. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2021. 254 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed-2.pdf. Acesso em 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual - Como Organizar o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas na APS no Contexto da Pandemia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/manual-de-como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.138 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009p. 63 p. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.72 p. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 23 mar. 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. 28 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003, 20 p. – Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023

CAMARGO, Diângeli Soares; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190600, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WYcC7Q6SfbxJtZ3tpXXJjNy/#>. Acesso em 23 mar. 2023.

CAMELO, Marina Shinzato. et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463–468, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/Rw6chsq5Hn3J3hFGYWdqBkD/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 16 mar. 2023.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; CANABRAVA, Claudia Marques. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 133, p. 146–160, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>. Acesso em: 25 set. 2021.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252–264, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JC63pCCBWxw8kfdRKTqfsgH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v.31, n. 2, p.115–120, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a04v31n2.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. Acesso em: 25 set. 2022.

CARVALHO, Rubens Araújo de. et al. Orientação à atenção primária à saúde em uma equipe de saúde da família em Aracaju, Sergipe. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 25, Supl 2, p. 64 – 82, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35482>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

CAVALCANTE, João Roberto. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Distrito Federal, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400306&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 ago. 2022.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio. et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, [s.l.], n. 52, p. 114-124, out 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos. et al. Desafios da Atenção Primária no Contexto da Covid-19: A Experiência De Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 43. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665>. Acesso em: 13 dez. 2022.

CLEMENTINO, Francisco de Sales. et al. Acolhimento na Perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **R bras ci Saúde**, [s.l.], v.21, n. 4, p. 323-332, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/323-332>. Acesso em: 16 mar. 2023.

CORRÊA, Paulo Roberto Lopes. et al. A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Distrito Federal, v. 23, p. e200061, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200061/pt>. Acesso em: 18 jul. de 2022.

COSTA, Marcio Lima da. et al. Avaliação dos pacientes com Diabetes e Hipertensão em uma Estratégia de Saúde da Família localizada na zona rural do interior do Estado do Pará. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 3, p.e2610313025, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/win10t/Downloads/13025-Article-170306-1-10-20210303-1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

COSTA, Rubens Santos; SILVA, Elaine Andrade Leal. Redes de Atenção à Saúde: Desafios dos Gestores para sua Implementação e Funcionamento. **Revista Revise, Dossiê Gestão em Saúde**, Santo Antônio de Jesus, v.3, [s.n.], p.41-55, 2019. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1415/903>. Acesso em: 13 mar. 2023.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta aos estabelecimentos, 2021. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CUBAS, Marcia Regina. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471–485, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CUNHA, Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61–73, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?lang=pt#>. Acesso em: 16 mar. 2023.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira; RONCALLI; Angelo Giuseppe. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295–306, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SPzQTQ6dJYvgf8w7czq8MQ/?lang=pt#>. Acesso em 14 mar. 2023.

DAUMAS, Regina Paiva. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>>. Acesso em: 08 ago. 2022.

DE SOUZA, William Marciel. et al. *Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil*. **Nature Human Behaviour**, Estados Unidos, v. 4, n. 8, p. 856–865, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0928-4.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2022.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FARIAS, Luis Arthur Brasil Gadelha. et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2455. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 28 jun. 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FEITOSA, Maria Vanyelle Nogueira. et al. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. e5308, 21 mar. 2021. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5308>. Acesso em: 23 mar. 2023.

FERREIRA, Jéssica. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **Avances en Enfermería**, BOGOTÁ, v. 39, n. 1, p. 63–73, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2022.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de. et al. *Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 73, n.2, p. e20200673, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/H9BxWMP6bK9QNLkpPBqJhBw/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 14 jul. 2022.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n. 25, p. e200806, 2021. Disponível em: Acesso em: 14 mar. 2023.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64–80, 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FONTBONNE, Annick. et al. Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 418–424, out. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/gbXRg6ZChTNRxktVPDFTzGC/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829–3840, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

FRANK, Bruna Regina Bratt. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.105, p. 400–410, abr. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sw7WGkKVS5QXdh4kVQDWX4K/?lang=pt#>. Acesso em 14 mar. 2023.

FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes. et al. *PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 85, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDVzhLh/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

FROTA BARROS, Myrna Maria Arcanjo. et al. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**. [s. l.], v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1269>. Acesso em: 30 jun. 2023.

FVS - Fundação de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento da COVID-19. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/transparenciacovid19_dadosepidemiologicos. Acesso em: 05 ago. 2022.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, Rio de Janeiro, p. 90–98. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8QsxZbDLnCWwBN6zQVwjbxL/?lang=pt#>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GARNELO, Luiza. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.2, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S012>>. Acesso em: 7 mar. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S012>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

GERALDO, Sineide Martins; FARIAS, Shirley Jackllanny Martins de; SOUZA, Fabiana de Oliveira Silva. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 8, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/win10t/Downloads/17359-Article-221590-1-10-20210715.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 8. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt#>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GIOVANELLA, Ligia. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 2543–2556, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, et al. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. v. 2, cap. 16, p. 746-834. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 18 jul. 2022.

GOMES, Karine de Oliveira. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 881–892, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GOULART, Elisiene Perozini. et al. Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2651, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2651>. Acesso em: 16 mar. 2023.

GUIMARAES, Bárbara Emanuely de Brito; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 143-155, mar. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011. Acesso em: 14 mar. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre os municípios e estados do Brasil, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>. Acesso em: 13 ago. 2022.

KUPEK, Emil. Low COVID-19 vaccination coverage and high COVID-19 mortality rates in Brazilian elderly. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Distrito Federal, v. 24, p. e210041, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/cNrTxfnVbgYjPdrsJ3bjtHG/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LANDIM, Edivânia Lucia Araújo Santos; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo DE Moraes. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n.5, p. 161–173, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MPk6F9RKZ4LFbdjPCn3BVqn/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

LANA, Raquel Martins. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. e00019620, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

LIMA, Juliana Gagno. et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. e00247820, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wtrkTyL7qTmDC4gqftX7B3N/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

LIMA, Juliana Gagno. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 52-66, setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2023.

LIMA ROCHA, Maria Gleiciane. et al. Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, v.19, [s. n.], [s.p.], 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324054783016.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

LOPES, Clarissa Galvão da Silva. et al. Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 376–391, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JJ4gjfHMXK3DChhsY6FVQYs/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 de dez. 2022.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia; FERREIRA JUNIOR, Cleber de Jesus. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 15 n. 1, p.45-53, 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/98/186>. Acesso em: 23 mar. 2023.

MACHADO, Gilmar Antônio Batista. et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, [s.n.], p. eAPE00973, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zH64QjdJHyKjYRGMky7h9j/#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, [s.n.], p. 18–37, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. *Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n.2, p. e00155615, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/54bg8d5mfWmCC9w7M4FKFVq/?lang=pt#>. Acesso em: 23 mar. 2023.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 1383–1388, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700073>>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, [n.s.], p. e190030, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Distrito Federal, v. 29, n. 4, p. e2020407, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>>. Acesso em: 25 set. 2022.

MARANHÃO, Solange Torres Di Pace. et al. Hiperdia: grandes demandas e desafios para o enfermeiro. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.60, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/win10t/Downloads/diagramadora,+SAUDE-COLETIVA_60+ARTIGO+18.pdf. Acesso em: 13 mar. 2023.

MARCANO-CARABALLO, Ramón; CASTANEDA-SILVA, José. Caracterización epidemiológica de pacientes diabéticos e hipertensos en consultorio en Quinta Normal, 2018-2019. **Rev. méd. Chile, Santiago**, Chile, v. 150, n. 1, p. 17-22, 2022. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872022000100017&script=sci_arttext. Acesso em: 13 mar. 2023.

MARINHO, Carolina Chacra Carvalho. et al. O Olhar de uma Equipe Multiprofissional Sobre as Linhas de Cuidado: (VI)Vendo o Tecer dos Fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.35, n.3, p.619-633 jul./set. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2640.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MARTINS, Maique Berlote; CARBONAI, Davide. Atenção Primária à Saúde: A Trajetória Brasileira e o Contexto Local em Porto Alegre (RS). **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 725–748, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/GXVqFt6mVpwNL3zN4TMp7cm/#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa; SOUZA, Cristiane Andion de Souza. A educação em saúde no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. Triângulo Mineiro, v. 2, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955351002/497955351002.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2023.

MARTINS, Talyta Cássia de Freitas. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4483–4496, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n10/4483-4496/#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MEDINA, Maria Guadalupe. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em 01 ago. 2022.

MELO, Eduardo Alves. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, [s.n.], p. 38–51, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431–436, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNGmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB/?format=pdf&lang=pt.> >. Acesso em: 13 ago. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.) As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MENDES, Eugênio. Vilaça (org.). O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília, DF: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 13 ago. 2022.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; VASCONCELLOS, Miguel Murat; VIANA, Ana Luiza D'ÁVILA. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. s4–s5, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fRkmt4fdzsgtFbDWKkqPR9k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

MENDONÇA, Milena Marques. et al. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1625–1636, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04722021>>. Acesso em 14 ago. 2022.

MILANI, Lucas Zanetti; PICH, Santiago; EDELWEISS, Marcos Krahe. Barreiras para a realização de oftalmoscopia direta por médicos de família e comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 2970. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/win10t/Downloads/2970-Texto%20do%20artigo-20449-18229-10-20220402.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2023.

MOREIRA, Kênia Souto, et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogit. Enferm.** (Online), [s.l.], v. 22, n.2, p. 51283, abr-jun 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868424/51283-206972-1-pb.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 261–274, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mar. 2023.

MOTTA, Luís. Cláudio. de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Distrito Federal, v. 39, n. 2, p. 196–207, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/m8M3Ycwj38fJtMkCJhVYbvs/#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

MUNIZ, Milena Seoane Colmenero. et al. Acolhimento a demanda espontânea nas perspectivas dos profissionais e usuários da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública St. Catarina**, Santa Catarina, v.10, n.2, p. 38-54, maio-ago. 2017. Disponível em:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128726/acolhimento-a-demanda-espontanea-nas-perspectivas-dos-profissi_Sx101Wg.pdf. Acesso em 23 mar. 2023.

MUZY, Jéssica. et al. Caracterização da atenção ao paciente com diabetes na atenção primária a partir do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3583–3602, set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bTswJZLF7shwb5Nt8PvsRk/#>. Acesso em: 14 mar. 2023.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do. et al. *Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n.2, p. 10s, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5bDGrkW779cCJ35Hdp8LTjK/?lang=pt#>. Acesso em: 23 mar. 2023.

NEPOMUCENO, Raquel de Castro Alves. et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1637–1646, maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WsgvDVG3gBmZz5Lyr6gNhcc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

NEVES, Rosália Garcia. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00072317, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qLrXpkBm9ZyrwBhBzm8T7Kr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 16 mar. 2023.

NEVES, Rosália Garcia. et al. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Distrito Federal, v. 30, n. 3, p. e2020419, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/rsdyyHsm96CZgHyBzxZY7Vh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022.

NOBRÉGA, Vanessa Medeiros da. et al. *Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 51, [s.n.], p. e03226, 2017. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/4n3hRsSwPKHDh3SCpmcyjms/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 12 dez. 2022.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de. et al. Recursos Humanos em Saúde no Fortalecimento da Atenção Primária em direção a Saúde Universal: Prêmio APS Forte. **APS EM REVISTA**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 245–259, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/148>. Acesso em 15 mar. 2023.

OLIVEIRA, Jacy Cavalcante de; CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. **Research, Society and Development**, Vargem Paulista, v. 11, n. 10, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/win10t/Downloads/32645-Article-367697-1-10-20220728.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho (org.). **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: EDUFMA, 2016. 57 p. ISBN: 978-85-7862-583-2. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%B+Ade%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2022.

OLIVEIRA, Maria Amélia DE Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 66, [s.n.], p. 158–164, set. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Estrutura para a tomada de decisões: implementação de campanhas de vacinação em massa no contexto da COVID-19, 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52284/OPASWFPLIMCOVID-19200016_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 07 ago. 2022.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall. et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. e00120020, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020>>. Acesso em: 03 jul. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. **Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2021. 373 p. Bibliografia: p. 139-231. ISBN 978-85-8404-222-7.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 62, n. 2, p. 265–271, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200015>. Acesso em: 18 jul. 2022.

PERILLO, Rosângela Durso. et al. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 961–974, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45722020>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

PINHEIRO, Juliana Viana. et al. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1818, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1818>. Acesso em: 22 mar. 2023.

PIRES, Denise Elvira Pires de. et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180216,

2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WvsWj7JWYvzwHkSSZ7fKxyj/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mar. 2023.

PIRES FILHO, Luís Antônio Soares. et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605–613, abr. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gBZ9q7kH36VM9pphyhfXsPq/?lang=pt#>. Acesso em 23 mar. 2023.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen Duarte. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Distrito Federal, v. 26, n. 2, p. 275–284, abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/vBkF7bqFkvJkXJTyLhJTqfQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 mar. 2023.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255–276, abr. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/?format=pdf&lang=p>. Acesso em 23 mar. 2023.

POSTAL, Lucas. et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2023–2034, jun. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMLGMTVS8LXJhyYYMfQkRtq/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 mar. 2023.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes. et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

Revista SUSTINERE, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 253-273, 2020. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50869/34330>. Acesso em: 22 mar. 2023.

RABELO, Amanda Lia Rebelo. et al. *Care coordination and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 73, n. 3, p. e20180841, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/t3zBZDr4F7RYBwyZXWH6w5s/?lang=pt#>. Acesso em 14 mar. 2023.

RIBEIRO, Lorena Araujo; SCATENA, João Henrique. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 95–110, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas. Condições de Saúde da População Brasileira. *In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/livro/politicas-e-sistema-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 02 ago. 2022.

RIBEIRO, Mara Dayane Alves; BEZERRA, Euriene Maria de Araujo; SILVA, Jefferson Carlos Araujo; et al. A Visão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) Acerca do Serviço de Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Parnaíba, Piauí. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 12, n. 2, 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/377>. Acesso em: 14 mar. 2023.

RIBEIRO, Sabinny Pedreira; CAVALCANTI, Maria DE Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SAMPAIO, Aurélia Danda. et al. Características laborais e atitudes de enfermeiros no cuidado às famílias na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.12, n.8, p.1-18. 2022. Disponível em: file:///C:/Users/win10t/Downloads/8_67045_Por.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

SANTOS-MELO, Giane Zupellari. et al. Organização da rede de atenção à saúde no estado do Amazonas - Brasil: uma pesquisa documental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 17, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37963>. Acesso em: 07 mar. 2022.

SANTOS, Lais Soares. et al. Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, [s.l.], v.18, n.4, p. 552-560. 2019. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2756>. Acesso em: 13 dez. 2022.

SANTOS, Lucas Gomes. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Indivíduos com COVID-19: Um Estudo Retrospectivo de Óbitos em Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 117, n. 1, p. 416–422, ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/qNZWLWBLw7s8RP5WYZ5T9sk/#>. Acesso em 13 mar. 2023.

SANTOS, Tâmyssa Simões dos. et al. Qualificação profissional de enfermeiros da atenção primária à saúde e hospitalar: um estudo comparativo. **Revista Cuidarte**. Bucaramanga, v.11, p. 2. 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200100. Acesso em 13 dez. 2022.

SAPS, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369–1380, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 03 ago. 2022.

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, **2022-2025**. Manaus: SEMSA, 2020. 124 p. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025.pdf>. Acesso em 23 mar. 2023.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599–615, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

SILVA, Breno Ribeiro Gonçalves DA; CORRÊA, Ana Paula DE Vechi; UEHARA, Silvia Carla DA Silva André. Primary health care organization in the Covid-19 pandemic: scoping review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 94, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4kVw4hwwN97j7CczQ5mHCrF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SILVA, Gulnar Azevedo e; JARDIM, Beatriz Cordeiro; SANTOS, Cleber Vinicius Brito dos. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3345–3354, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/znnzkJyv6VyCsmzN4RByddy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2022.

SILVA, Kátia Jamile da. et al. Implantação das Linhas de Cuidado para a Organização do Serviço: Contribuições da Norma Regulamentadora 440. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 21, [s.n.], p. e58991 - e58991, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/win10t/Downloads/58991-Texto%20do%20artigo-751375250349-1-10-20220624.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza; GIOVANELLA, Lígia. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 3.p. 592–604, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JQMTFkpwdMqChxTYjBPCkLn/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 8 de abr. 2023.

SILVEIRA, João Paulo Mello da; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS EM REVISTA**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 91–96, 2020. Disponível em:< <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>>. Acesso em 18 de jul. 2022.

SIMÕES, Arlete Lima; FREITAS, Carlos Machado de. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 47–58, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rPTqRbWdKlGh7CWk7yGz3m/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

SOARES, César; RAMOS, Marília. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 708–724, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

SOUSA Valmi D, DRIESSNACK Martha, MENDES Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [s.l.], v. 15, n. 4, p. 684-688, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 mar. 2023.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de; FRANÇA, Elisabeth Barbosa; CAVALCANTE, Adeilson. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do *Global Burden of Disease* (GBD) Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 01–03, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/cwDkPDjSkDcC3hB73kp7yfC/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

STURMER, Giovani. et al. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 1, p. 04–26, 2020. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639>. Acesso em: 12 dez. 2022.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyFvFY9jcfnzTQjb/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 666–680.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmkyMzhTVcBdfYYPYgYVF/#>. Acesso em: 12 dez. 2022.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. et al. Educação em Saúde na Atenção Básica: uma Análise das Ações com Hipertensos. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v.20, n.2, p. 253 - 262. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15943/8283>. Acesso em: 14 mar. 2023.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ROSA, Tereza Etsuko DA Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113–135, jan. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/rbn3NQM8XtmNMRRbMXKJbfbk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2023.

VIDAL, Tiago Barra. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v. 53, n.38, abr. - 2019. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6WTxWL89CGqZ3Nnbj6BM8nJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marilia Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Acesso em: 18 jul. 2022.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Atuação das equipes de saúde da família no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus durante a pandemia de COVID-19**”. Após ser esclarecido com as informações a seguir, no caso de aceitar, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador. **Pesquisador responsável:** Vanderlane de Souza Duarte, Avenida Carvalho Leal nº1777, Cachoeirinha, Manaus/AM, telefone: (92) 98600 2780, e-mail: vdsd.msc21@uea.edu.br. **Orientadora:** Angela Xavier Monteiro. Avenida Carvalho Leal nº 1777, Cachoeirinha, Manaus/AM, telefone: (92) 981741064, e-mail: axmonteiro@uea.edu.br.

O estudo tem como **objetivo geral** analisar o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) durante a pandemia de COVID-19 no município de Manaus-AM. Como **objetivos específicos** a pesquisa visa descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família (EqSF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Manaus – AM; caracterizar as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Manaus – AM considerando os aspectos da estrutura física e insumos; identificar os nós críticos no processo de trabalho das equipes de saúde da família (EqSF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Manaus – AM. Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa, devido as suas atribuições nas ações das equipes de saúde da família no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), se enquadrando no perfil solicitado para o grupo de participantes do estudo. Como **benefícios** aos participantes voluntários da pesquisa pode-se mencionar a geração de conhecimentos produzidos acerca do processo de trabalho das equipes de saúde da família no cuidado aos pacientes com hipertensão e diabetes mellitus, que podem nortear o planejamento de ações e aprimorar o processo de trabalho e acolhimento aos pacientes, bem como o desenvolvimento de políticas públicas na gestão governamentais, principalmente no âmbito da APS, considerando que os resultados da pesquisa serão compartilhados com a gestão municipal, gestão das unidades de saúde e profissionais das equipes de saúde da família. A **metodologia** do projeto consiste na aplicação de um questionário ao participante composto por um total de 74 questões objetivas divididas em 3 partes: a primeira parte se refere a identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica, a segunda parte se refere a infraestrutura e insumos da unidade de saúde e a terceira parte questões relacionadas aos profissionais da equipe. O tempo de aplicação do questionário será em média de 20 minutos. Como possíveis **riscos** aos participantes do estudo, há a possibilidade de constrangimento e cansaço, ao responder o instrumento de coleta de dados, quebra de sigilo, e risco de divulgação de dados. Esses riscos serão minimizados com as seguintes providências: garantia do sigilo em relação às respostas dos participantes, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, cabendo ao pesquisador, responsabilidade pelo armazenamento adequado de todos os dados coletados na pesquisa, bem como garantia do sigilo e da confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa; garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, realizar uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, com a coleta de informações, apenas necessárias à pesquisa; garantir a não identificação nominal do participante no formulário de pesquisa e no banco de dados, a fim de

garantir o seu anonimato; esclarecer e informar, inclusive por meio do TCLE, a respeito do anonimato do participante e da possibilidade de interrupção da pesquisa durante qualquer etapa da pesquisa, quando este assim desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e ao participante. Uma vez concluída a coleta de dados, será feita a tabulação de todos os dados coletados, garantindo o anonimato dos participantes e confidencialidade das informações, para um dispositivo eletrônico local não mantendo todo e qualquer registro de qualquer plataforma, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

Será garantido o ressarcimento de despesas com transporte, alimentação ou demais despesas que se façam necessárias relacionadas à sua participação no estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Caso a participação na pesquisa ocasione dano ao participante, estão assegurados direitos a indenizações e cobertura material para reparação do dano (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). O participante tem direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornarem-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica). Este documento assegura a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade do participante da pesquisa durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº.466 de 2012).

Para qualquer informação adicional a qualquer tempo pode ser procurada a pesquisadora Vanderlane de Souza Duarte, telefone (92) 98600 2780; e-mail: vdsd.msc21@uea.edu.br e no endereço Avenida Carvalho Leal nº 1777, Bairro: Cachoeirinha, Manaus, AM. CEP: 69065-001. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) se localiza na Avenida Carvalho Leal, 1777 - Cachoeirinha, Manaus/AM, CEP: 69065-3/4 001; telefone (92) 3878-4368, e-mail: cep.uea@gmail.com, com horário de atendimento das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00. Tem como finalidade regulamentar, analisar e fiscalizar a realização de pesquisas conforme áreas de conhecimentos especificadas pelo COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA - CONEP no âmbito das unidades compreendidas pela UEA e de outras instituições. O presente documento contém duas vias, sendo rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo senhor (a) convidado (a) a participar da pesquisa, ou por seu(sua) representante legal, assim como pela pesquisadora responsável.

Eu, _____
portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** declaro que li e concordo em participar da pesquisa.
Por estarem de acordo assinam o presente termo de consentimento.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Vanderlane de Souza Duarte



Impressão
datiloscópica

ANEXO B - Medidas de Segurança Sanitária Contra a COVID-19

1 Introdução

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a condição de Emergência em Saúde Pública Internacional, em decorrência da infecção humana pelo vírus Sars-CoV-2. No Brasil, conforme o decreto de nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 a Portaria nº 188 /GM /MS declarou, no dia 3 de fevereiro de 2020, a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) devido a propagação de infecções pelo vírus.

O Plano de resposta à COVID-19, conforme a OMS, deve contemplar três objetivos, sendo que um deles é diminuir e interromper a transmissão, evitar epidemias e retardar sua transmissão.

Dessa forma, considerando-se a condição de transmissão comunitária deste vírus e a necessidade de garantir todos os esforços em minimizar a sua propagação a equipe executora da pesquisa intitulada **“Atuação das equipes de saúde da família no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus durante a pandemia de COVID-19”**, a ser realizada pela pesquisadora Vanderlane de Souza Duarte sob a orientação da Profa. Dra. Angela Xavier Monteiro, a seguirá, em todas as etapas de sua execução, as recomendações de segurança sanitárias estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e as recomendações do Ministério da Saúde.

2 Planilhas de ações:

Projeto de Pesquisa	Procedimento Operacional Padrão	Tarefa: Assinatura do TCLE e aplicação dos questionários
Executante	Pesquisadora	
Medidas de Segurança Sanitária	Manutenção do distanciamento social Execução de etiqueta respiratória Higienização das mãos até a altura dos punhos com água e sabão ou álcool 70% Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)- máscaras de proteção facial, avental descartável e outros, caso necessário.	
Resultados esperados	Realizar a orientação sobre os objetivos da pesquisa e suas etapas de execução, assinatura do TCLE e aplicação do questionário aos possíveis participantes com segurança minimizando as chances de infecções, sobretudo, pelo vírus Sars-CoV-2.	
Atividades	Manutenção de distância mínima de 1 metro entre os membros da equipe executora e entre os possíveis participantes da pesquisa utilizando máscara e higiene das mãos com água e sabão ou álcool 70%; Realizar a orientação sobre os objetivos da pesquisa e suas etapas de execução, assinatura do TCLE e aplicação do questionário em ambiente limpo e bem ventilado.	

3 Saúde e Segurança

As seguintes medidas de higiene sanitária serão implementadas durante a realização da pesquisa, conforme a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), Lei Federal nº13.979, Decreto Municipal nº806 e as Recomendações de prevenção à COVID-19 do Ministério da Saúde.

Para minimizar as chances de infecção decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, e visando garantir a proteção da coletividade devem ser adotadas as seguintes medidas:

- 3.1 Utilização de máscaras de proteção facial pelos pesquisadores e participantes da pesquisa durante o ingresso, permanência ou desempenho de qualquer atividade em ambientes compartilhados com outras pessoas, nos setores público e privado;
- 3.2 Comunicação imediata de possíveis contatos com agentes infecciosos do coronavírus;
- 3.3 Lavagem com frequência das mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienize com álcool em gel 70%;
- 3.4 Manutenção de distância mínima de 1 (um) metro entre os membros da equipe executora da pesquisa e entre a equipe executora e os participantes da pesquisa. Evitando abraços, beijos e apertos de mãos;
- 3.5 Higienização com frequência do celular e outros objetos que serão utilizados;
- 3.6 Se algum membro da equipe executora da pesquisa tossir ou espirrar, deve-se cobrir o nariz e a boca com um lenço ou com a parte interna do cotovelo. Não tocar olhos, nariz ou máscara de proteção facial com as mãos não higienizadas. Se tocar olhos, nariz, boca ou máscara, higienizar sempre as mãos como já indicado;
- 3.7 Se algum membro da equipe executora da pesquisa estiver doente, evitar contato próximo com os demais pesquisadores e participantes da pesquisa;
- 3.8 Os equipamentos de proteção individual descartáveis como avental e máscara serão descartados devem ser lavados e desinfetados diariamente sempre que houver contaminação com material infectante, devem ser substituídos imediatamente, lavados e esterilizados.

4 Técnica de Higiene das mãos



ANEXO C - Instrumento de Pesquisa - Questionário

Gênero: _____ Idade: _____
 Tempo de atuação nesta equipe de atenção básica? _____
 Formação profissional (pós-graduação) _____
 Nome da Unidade de Saúde: _____
 Região de Saúde: _____
 Tipo de equipe: _____

I-IDENTIFICAÇÃO DA MODALIDADE E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	
1-Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade:	<input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família com saúde bucal <input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal <input type="checkbox"/> Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal <input type="checkbox"/> Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal <input type="checkbox"/> Outras configurações <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não tem
2-Quantidade de profissionais na unidade que compõem a(s) equipe(s) mínima(s):	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de saúde bucal <input type="checkbox"/> Auxiliar de saúde bucal <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> Técnico de laboratório <input type="checkbox"/> Microscopista <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não tem
3-Quantidade de profissionais na unidade que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s):	<input type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não tem
II- INFRAESTRUTURA E INSUMOS	
4-Equipamentos e materiais	<input type="checkbox"/> Antropômetro <input type="checkbox"/> Esfigmomanômetro Adulto <input type="checkbox"/> Balança antropométrica de 150 kg <input type="checkbox"/> Balança antropométrica de 200 kg <input type="checkbox"/> Estetoscópio Adulto <input type="checkbox"/> Glicosímetro <input type="checkbox"/> Oftalmoscópio <input type="checkbox"/> Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro)
5-Insumos para atenção à saúde	<input type="checkbox"/> Agulhas descartáveis de diversos Tamanhos <input type="checkbox"/> Fita métrica <input type="checkbox"/> Tiras reagentes de medida de glicemia capilar <input type="checkbox"/> EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas

6-Medicamentos componentes da Farmácia Básica		
6.1-Medicamentos anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular		Em quantidade suficiente?
<input type="checkbox"/> Besilato de anlodipino. <input type="checkbox"/> Atenolol/cloridrato de propanol/carvedilol/succinato de metropolol <input type="checkbox"/> Captopril/maleato de enalapril. <input type="checkbox"/> Cloridrato de hidralazina. <input type="checkbox"/> Espironolactona. <input type="checkbox"/> Furosemida. <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida. <input type="checkbox"/> Cloridrato de verapamil. <input type="checkbox"/> Cloridrato de amiodarona. <input type="checkbox"/> Cloridrato de propafenona. <input type="checkbox"/> Ácido acetilsalicílico. <input type="checkbox"/> Sinvastatina. <input type="checkbox"/> Digoxina. <input type="checkbox"/> Espironolactona. <input type="checkbox"/> Losartana potássica.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.2-Medicamentos antidiabéticos		Em quantidade suficiente?
<input type="checkbox"/> Glibenclamida. <input type="checkbox"/> Metformina. <input type="checkbox"/> Insulina regular <input type="checkbox"/> Insulina NPH		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-Equipamentos de tecnologia da informação e Telessaúde na unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Câmera <input type="checkbox"/> Caixa de som <input type="checkbox"/> Estabilizador <input type="checkbox"/> Microfone <input type="checkbox"/> Impressora <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Acesso à internet <input type="checkbox"/> Telessaúde <input type="checkbox"/> Número de consultórios com equipamento com acesso à internet	<input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso? <input type="checkbox"/> Quantos em condição de uso?
III – PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE		
8-Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe		
8.1-Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	
8.2-Foi realizado processo de levantamento de problemas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	
8.3-Foram elencadas prioridades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	
8.4-Foi estabelecido um plano de ação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	
9- Apoio matricial à equipe de Atenção Básica (AB)		
9.1- A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu	

apoiar na resolução de casos considerados complexos?	
9.2-Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais)	<input type="checkbox"/> Médico ginecologista/obstetra <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Médico pediatra <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Profissional de educação física <input type="checkbox"/> Sanitarista <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Médico acupunturista <input type="checkbox"/> Médico homeopata <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Médico geriatra <input type="checkbox"/> Médico internista (clínica médica) <input type="checkbox"/> Médico do trabalho <input type="checkbox"/> Arte educador (com formação em arte e educação) <input type="checkbox"/> Periodontista <input type="checkbox"/> Endodontista <input type="checkbox"/> Protesista <input type="checkbox"/> Estomatologista <input type="checkbox"/> Outras especialidades médicas <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
9.3-Profissionais específicos para a atividade	<input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Profissional de educação física <input type="checkbox"/> Médico acupunturista <input type="checkbox"/> Médico homeopata <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Médico geriatra <input type="checkbox"/> Outras especialidades médicas <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
9.4-Qual a frequência que a equipe recebe o apoio?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Sem periodicidade definida <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
9.5-Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe?	<input type="checkbox"/> Consultas clínicas de pacientes da atenção básica <input type="checkbox"/> Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores <input type="checkbox"/> Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica

	<input type="checkbox"/> Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da equipe de atenção básica <input type="checkbox"/> Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica <input type="checkbox"/> Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial <input type="checkbox"/> Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe <input type="checkbox"/> Realizam visitas com os profissionais da sua equipe <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
10 - Acolhimento à demanda espontânea	
10.1-Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
10.2-Em quais turnos é feito o acolhimento?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
10.3-Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
10.4-Quais profissionais participam do acolhimento?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico em saúde bucal <input type="checkbox"/> Auxiliar em saúde bucal <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
10.5-A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
10.6-A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
10.7- Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
10.8-A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
10.9-Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado:	<input type="checkbox"/> Marca usuários na agenda do médico <input type="checkbox"/> Marca usuários na agenda do enfermeiro <input type="checkbox"/> Marca usuários na agenda do dentista <input type="checkbox"/> Marca usuários na agenda de outro profissional <input type="checkbox"/> Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema

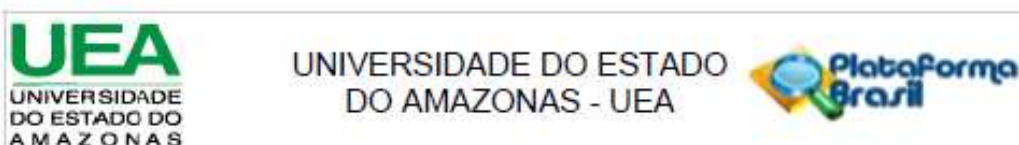
	<input type="checkbox"/> Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta <input type="checkbox"/> Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação <input type="checkbox"/> Prescrição de alguma medicação <input type="checkbox"/> Outro(s) _____ <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
11-Utilização de protocolos	
11.1-A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
12-Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	
12.1-Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12.2-Quais centrais de marcação disponíveis?	<input type="checkbox"/> Marcação de consulta especializada <input type="checkbox"/> Marcação de exames <input type="checkbox"/> Marcação de leitos <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
12.3-Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca
12.4-Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca
12.5-Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
12.6-Qual é o fluxo institucional de comunicação?	<input type="checkbox"/> Discussão de casos <input type="checkbox"/> Reuniões técnicas com os especialistas da rede <input type="checkbox"/> Teleconferência <input type="checkbox"/> Telessaúde <input type="checkbox"/> Prontuário eletrônico <input type="checkbox"/> Comunicação eletrônica <input type="checkbox"/> Ficha de referência/ contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
12.7-Qual canal está disponível na unidade de saúde para que o contato se efetive?	<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
13-Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames	
Consulta em Cirurgia Geral	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em Cardiologia	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento

Consulta em Neurologia	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em Urologia	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em Angiologia	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em Nefrologia	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta com endocrinologista	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Dias de espera <input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
14-Atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS)	
14.1-Como são agendadas as consultas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	<input type="checkbox"/> Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário <input type="checkbox"/> Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos <input type="checkbox"/> Dias específicos fixos em até três dias na semana <input type="checkbox"/> Dias específicos fixos em mais de três dias na semana <input type="checkbox"/> Outro(s)
14.2-Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Dias
14.3-A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14.4-A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14.5-A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14.6-A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
15-Atenção à pessoa com Diabetes mellitus	
15.1-Como são agendadas as consultas para pessoas com Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário <input type="checkbox"/> Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos <input type="checkbox"/> Dias específicos fixos em até três dias na semana <input type="checkbox"/> Dias específicos fixos em mais de três dias na semana <input type="checkbox"/> Outro(s)
15.2- Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com Diabetes mellitus na unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Dias
15.3-A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.4-A equipe de atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim

possui registro de pessoas com Diabetes mellitus com maior risco/gravidade?	<input type="checkbox"/> Não
15.5-A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.6-A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com Diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não respondeu
15.7-A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.8-A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16-Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica	
16.1-Para hipertensão arterial sistêmica?	<input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Perfil lipídico <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
16.2-Para Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Hemoglobina glicosilada <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
17-Oferta e resolubilidade de ações da equipe	
17.1-A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
17.2-Em geral, a coleta de material para exames de laboratório é realizada com que frequência?	<input type="checkbox"/> Diariamente (manhã/tarde) <input type="checkbox"/> Diariamente (somente um turno) <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro vezes por semana <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu <input type="checkbox"/> Outro(s)
18-Promoção da saúde	
18.1-A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	<input type="checkbox"/> Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica <input type="checkbox"/> Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
19-Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio (no que se refere aos pacientes com diabetes e hipertensão)	
19.1-A equipe realiza visita domiciliar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19.2-As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19.3-Os agentes comunitários de saúde têm a programação das visitas feitas em função das	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

prioridades de toda a equipe?	
19.4-Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de:	<input type="checkbox"/> Hipertensos faltosos <input type="checkbox"/> Diabéticos faltosos <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
19.5-A equipe possui levantamento/ mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19.6-Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico/auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista <input type="checkbox"/> Técnico/auxiliar de saúde bucal <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores
19.7-A participação de outros profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios?	<input type="checkbox"/> Demanda programada <input type="checkbox"/> Critérios de risco biológico e vulnerabilidade social identificado pela equipe <input type="checkbox"/> Demanda espontânea com solicitação da família <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação das equipes de saúde da família no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus durante a pandemia de COVID-19

Pesquisador: Vanderlane de Souza Duarte

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59803822.7.0000.5016

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.564.669

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Atuação das equipes de saúde da família no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus nos distritos de saúde Leste e Sul de Manaus durante a pandemia de COVID-19

Pesquisador Responsável: Vanderlane de Souza Duarte

Área Temática:

CAAE: 59803822.7.0000.5016

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

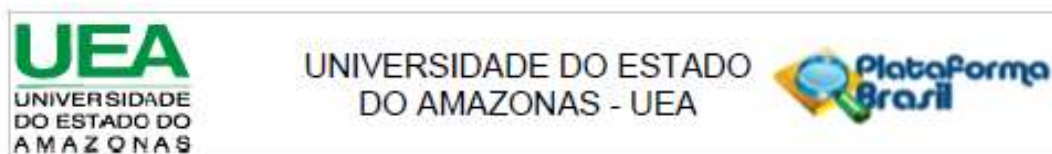
Resumo:

O objetivo deste projeto é analisar o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) no cuidado aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) durante a pandemia de COVID-19 no município de Manaus-AM. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, no qual farão parte os profissionais de saúde (enfermeiros), que possuam conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe no cuidado aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus que atuam nas equipes de saúde da família (EqSF) dos distritos de

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777		CEP: 69.050-030
Bairro: chapada		
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (92)3878-4368	Fax: (92)3878-4368	E-mail: cep.uea@gmail.com

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP

(continuação)



Continuação do Parecer: 5.564.669

serão analisadas descritivamente por meio de frequências absolutas, percentuais e médias e apresentadas em tabelas e gráficos, utilizando-se o programa IBM SPSS versão 20.0.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões e ou pendências

Recomendações:

Atualizar o Cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um protocolo de pesquisa com seres humanos, o mesmo atende os preceitos da Resolução 486/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, somos pela APROVAÇÃO. Salvo o melhor juízo é o parecer

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1951343.pdf	20/05/2022 12:54:34		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	20/05/2022 12:53:34	Vanderlane de Souza Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	20/05/2022 12:52:39	Vanderlane de Souza Duarte	Aceito
Outros	anuenciasemsa.pdf	20/05/2022 12:49:52	Vanderlane de Souza Duarte	Aceito
Outros	cronograma.pdf	20/05/2022 12:25:59	Vanderlane de Souza Duarte	Aceito
Outros	questionario.pdf	20/05/2022 12:16:36	Vanderlane de Souza Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/05/2022 12:10:12	Vanderlane de Souza Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

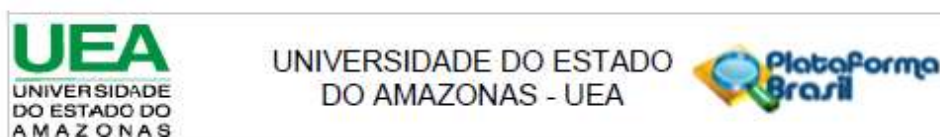
Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP

(conclusão)



Continuação do Parecer: 5.564.669

Não

MANAUS, 05 de Agosto de 2022

Assinado por:
ELIELZA GUERREIRO MENEZES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada CEP: 69.050-030
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 Fax: (92)3878-4368 E-mail: cep.uea@gmail.com