

DOENÇAS CRÔNICAS EM POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de submissão: 02/07/2023

Data de aceite: 01/08/2023

Luiz Gustavo Gusson de Camargo

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/2459818233980404>

Sabrina dos Santos Tomé

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/8494630388270224>

Gustavo Rocha Siqueira

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/0002309662649663>

Maria Eduarda Lima de Paula

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/4196901589777595>

Rafaela de Souza Hass

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/9032854278193399>

Evani Marques Pereira

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Enfermagem
Guarapuava – PR
<http://lattes.cnpq.br/1278995262943102>

Tuane Bazanella Sampaio

Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
<https://orcid.org/0000-0002-6149-9226>

RESUMO: As populações em situações de vulnerabilidade social são aquelas que residem em lugares com maior probabilidade de desastres, acidentes domiciliares, que não possuem fácil acesso a recursos materiais, à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais. Em termos de saúde pública, a vulnerabilidade social representa a estrutura social formada por eventos históricos, ocasionais e temporais e como estes impactam na qualidade de vida e saúde de um determinado indivíduo, grupo ou comunidade, que se tornam mais susceptíveis ao risco de infecções agudas e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's). Segundo a Organização Mundial da Saúde, as DCNT's são responsáveis por

cerca de 75% das mortes no Brasil. Nesse contexto, este trabalho oferece uma reflexão sobre o impacto da vulnerabilidade social na saúde, com ênfase nas DCNT's, e suas implicações no cuidado realizado pela equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). A equidade, princípio doutrinário do SUS, está relacionada ao conceito de justiça social, reforçando a importância de ações voltadas para as reais necessidades de saúde que chegam à APS. Nesse sentido, o emprego correto dos instrumentos e estratégias, como a territorialização, o acolhimento com escuta qualificada e a visita domiciliar, constituem maneiras de conhecer as adversidades do contexto em que o usuário vive e contorná-las. Não obstante, a atuação multi- e interprofissional da equipe de saúde se apresenta como um caminho mais viável para o acompanhamento e monitoramento contínuo exigido pelos usuários diagnosticados ou com fatores de risco para DCNT's que vivem em situação de vulnerabilidade social, pois através de um olhar ampliado sobre essas populações é possível propor um tratamento integral que favoreça o alcance dos objetivos do plano terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes Sociais; Equipe Multidisciplinar; Gestão do cuidado em saúde.

CHRONIC DISEASES IN POPULATIONS UNDER SOCIAL VULNERABILITY IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Populations in situations of social vulnerability are those who live in places with a higher probability of disasters, accidents at home, who do not have easy access to material resources, to the structure of social, economic and cultural opportunities. In terms of public health, social vulnerability represents the social structure formed by historical, occasional and temporal events and how these impact on the quality of life and health of a given individual, group or community, who become more susceptible to the risk of acute infections. and non-communicable chronic diseases (NCD's). According to the World Health Organization, NCDs are responsible for about 75% of deaths in Brazil. In this context, this work offers a reflection on the impact of social vulnerability on health, with emphasis on NCDs, and its implications on the care provided by the Primary Health Care (PHC) team. Equity, a doctrinal principle of the SUS, is related to the concept of social justice, reinforcing the importance of actions aimed at the real health needs that reach the PHC. In this sense, the correct use of instruments and strategies, such as territorialization, welcoming with qualified listening and home visits, are ways of knowing the adversities of the context in which the user lives and circumventing them. Nevertheless, the multi- and interprofessional performance of the health team is presented as a more viable path for the follow-up and continuous monitoring required by users diagnosed or with risk factors for CNCDs who live in a situation of social vulnerability, because through a look expanded on these populations, it is possible to propose a comprehensive treatment that favors the achievement of the objectives of the therapeutic plan.

KEYWORDS: Social Determinants; Multidisciplinary Team; Health Care Management.

1 | INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social é definida como o conjunto de fragilidades sofridas por uma população em decorrência da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso

aos serviços públicos, dentre outros) e/ ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero, por deficiências, dentre outras). Ou seja, entende-se por populações em situação de vulnerabilidade social aquelas que residem em lugares com maior probabilidade de desastres, acidentes domiciliares, que não possuem fácil acesso a recursos materiais, à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais oriundas do Estado, do mercado e da sociedade e, quando possuem, tendem a ser de baixa qualidade (SCOTT *et al.*, 2018).

Em termos de saúde pública, a vulnerabilidade social representa a estrutura social formada por eventos históricos, ocasionais e temporais e como estes impactam na qualidade de vida e saúde de um determinado indivíduo, grupo ou comunidade (ORANJE *et al.*, 2022). Sendo assim, descreve-se uma população como em situação de vulnerabilidade social, quando os contextos a caracterizam como uma minoria fragilizada e em desvantagem em comparação às demais parcelas da sociedade. Sua conceptualização envolve questões econômicas, como a obtenção de renda e a acessibilidade a bens, direitos e serviços públicos (CARMO e GUIZARDI, 2018).

Segundo Oranje *et al.* (2022), a vulnerabilidade social possui dimensões que podem ser classificadas em: 1) individual: referente a realidade do indivíduo, as informações que este dispõe sobre os problemas em que está inserido e a sua capacidade de usufruir destas informações para modificar suas práticas, considerando suas crenças, atitudes e interesses; 2) social: envolve os recursos disponibilizados pela sociedade (emprego, renda, escolaridade, acesso à bens e serviços, etc.) e como estes influenciam na vivência da comunidade; e 3) programática: participação de governos e instituições no desenvolvimento de políticas públicas e procedimentos que influenciam no acesso de qualidade aos serviços (ORANJE *et al.*, 2022).

Somado a isto, a vulnerabilidade social também envolve nuances etárias e socioeconômicas. O fator tempo prediz a exposição de um indivíduo a eventos indesejados, que podem causar consequências de longo prazo em sua vida, à exemplo do contato com drogas, violência ou gravidez precoce. Já a vulnerabilidade socioeconômica, diz respeito à propensão de um grupo a doenças agudas e crônicas em razão da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e cenário social marginalizado (ORANJE *et al.*, 2022).

Baseado no exposto, o presente trabalho pretende refletir sobre o impacto da vulnerabilidade social na saúde, com ênfase nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), e suas implicações no cuidado realizado pela equipe de saúde.

2 | IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA SAÚDE

Uma vez que o impacto da vulnerabilidade social na saúde está relacionado à existência de aspectos demográficos e/ ou socioeconômicos e maior facilidade de exposição a riscos que afetam negativamente o bem-estar do indivíduo ou coletivo, o contexto social

influencia na determinação de grupos mais susceptíveis aos riscos de infecções agudas e DCNT's (CARMO e GUIZARDI, 2018).

Sendo assim, é notável que o processo de saúde-doença se relaciona com as condições epidemiológica, demográfica, socioeconômica e nutricional provenientes do estilo de vida do indivíduo. Logo, sem acesso às condições básicas para saúde (moradia, saneamento básico, alimentação) e condições cognitivas (acesso à informação e formas de prevenção e tratamento de agravos), o indivíduo fica inerte à sustentabilidade de DCNT's e infecções agudas acarretando mortes prematuras tanto de populações jovens quanto de idosas (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT's são responsáveis por cerca de 75% das mortes no Brasil, sendo principalmente entre doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (OMS, 2022). A nível mundial, estima-se que 15 milhões de pessoas, com idade entre 30 e 69 anos, morrem prematuramente devido às DCNT's e suas complicações. Além disso, 77% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda, nos quais os gastos assistenciais com saúde correspondem a mais de 70% (OMS, 2019).

O aumento da morbimortalidade pelas DCNT's está relacionado aos efeitos da transição epidemiológica, demográfica, nutricional e ao crescimento de fatores de risco modificáveis, como o consumo de tabaco, bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (MALTA *et al.*, 2020). Tais doenças causam incapacidades, perda da qualidade de vida e sobrecarga no sistema de saúde pública, por serem fatores de risco para o desenvolvimento de multimorbidades e elevado consumo de medicamentos (MALTA *et al.*, 2020).

O termo multimorbidade se refere à coexistência de duas ou mais morbidades crônicas de caráter físico ou mental (MELO *et al.*, 2019). Ela está relacionada ao processo de envelhecimento, que aumenta o declínio funcional, culminando na redução da expectativa de vida (MELO *et al.*, 2019; SKOU *et al.*, 2022). Contudo, devido ao número de pessoas em cada faixa etária, de forma absoluta, há mais pessoas com menos de 65 anos de idade que apresentam mais de uma DCNT de forma simultânea do que pessoas com 65 anos ou mais (SKOU *et al.*, 2022). Ademais, Skou *et al.* (2022) evidenciaram que a coexistência de mais de uma DCNT aumenta os riscos de morte prematura, hospitalização e tempo de internamento, além do impacto negativo sobre a qualidade de vida e polifarmácia.

Dessa forma, são necessárias políticas públicas que visem a promoção e recuperação da saúde, prevenção de agravos em todos os níveis de atenção à saúde, além de estratégias de vigilância e ações voltadas aos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT's. Tais questões se fazem ainda mais necessárias na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (MELO *et al.*, 2019).

3 I GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE EM DCNT'S

A gestão do cuidado em saúde engloba a elaboração de planos terapêuticos, sistematização do cuidado e assistência prestada de acordo com as necessidades específicas de cada usuário. Sendo assim, ela pode ocorrer em até seis dimensões, sendo elas individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e social. Além disso, a gestão do cuidado em saúde inclui a organização, articulação e integração dos níveis de atenção à saúde. Sendo assim, quando a APS atua de forma hábil e resolutiva, evita encaminhamentos para a atenção especializada, facilitando a adesão dos usuários ao plano terapêutico (MORORÓ *et al.*, 2017).

A necessidade de incluir os determinantes sociais na gestão voltada aos cuidados de saúde culminou no desenvolvimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT's. Criado em 2010, esse plano possui o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT's e seus fatores de risco. Assim, a implementação do cuidado foi dividida em redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde (RAS), com o propósito do atendimento de forma integral, por meio de serviço contínuo de cuidados à saúde, articulados de forma complementar e com base territorial (BRASIL, 2013).

Conforme ilustrado na Figura 1, o modelo de atenção voltado às DCNT's é separado por níveis e possui como objetivos gerais: (i) fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com DCNT's; (ii) garantir o cuidado integral às pessoas com DCNT's; (iii) impactar positivamente nos indicadores relacionados às DCNT's; e (iv) contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das DCNT's e suas complicações (BRASIL, 2013).

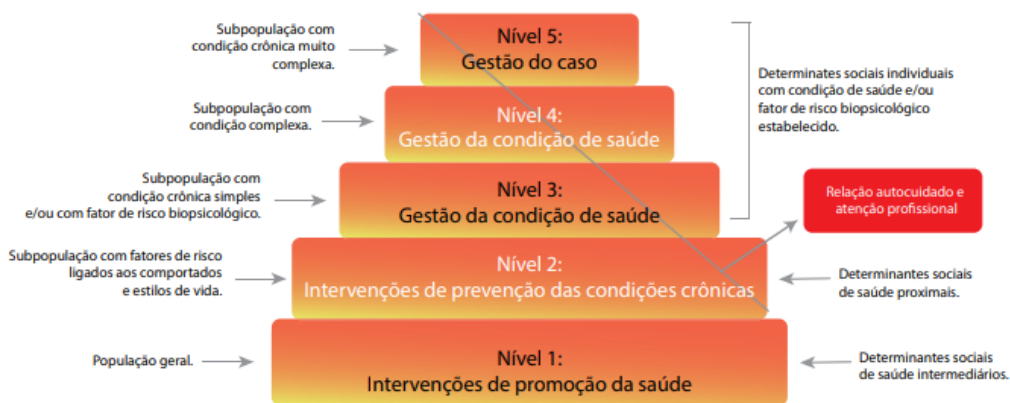


Figura 1. Modelo de atenção às doenças crônicas não transmissíveis.

Fonte: Mendes, 2012.

No nível 1, trabalha-se com a população total de uma RAS e com foco em seus determinantes sociais intermediários, ou seja, os macros determinantes (aspectos econômicos, ambientais, culturais daquela sociedade em geral). Nesse nível, as intervenções de promoção à saúde para a população total são realizadas por meio de ações intersetoriais (BRASIL, 2013).

No nível 2, estão as subpopulações estratificadas por fatores de risco relacionados aos comportamentos e aos hábitos de vida. Seus determinantes sociais de saúde são proximais, sendo os fatores de risco modificáveis (por exemplo, alimentação inadequada, sedentarismo, uso de drogas lícitas, como tabaco e álcool) o foco das intervenções. Nesse nível, já existem alguns programas, como o “Saúde na Escola” e a “Academia da Saúde”, aprovados em tripartite, para incentivar a prevenção de DCNT's (BRASIL, 2013).

A partir do nível 3 até o nível 5, trabalha-se com subpopulações que já apresentam DCNT estabelecida e que ascendem de nível conforme a sua complexidade, sendo subdivididas em simples, complexas ou muito complexas. Nestes casos, há determinantes sociais individuais à saúde do usuário e/ou fatores de risco biopsicológicos. Somado a isto, implementa-se ações de autocuidado e atenção profissional. Nesse contexto, no nível 3, a atenção clínica é conferida pela APS; no nível 4, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado; e, no nível 5, tais subpopulações consomem a maior parte dos recursos globais do sistema de atenção à saúde, sendo as intervenções realizadas pela tecnologia da gestão de caso que, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares (BRASIL, 2013).

Baseado no exposto, uma gestão efetiva do cuidado em saúde é indispensável para que toda a população seja assistida de acordo com os princípios do SUS. Contudo, há diversos desafios neste serviço, principalmente no que versa às populações em situação de vulnerabilidade social. Em municípios de pequeno porte, a capacidade técnica reduzida da equipe gestora, a menor densidade demográfica e poder aquisitivo da população, bem como a capacidade insuficiente de financiamento, aumentam os desafios de gerir o sistema de saúde (PINAFO *et al.*, 2020).

Não obstante, os gestores necessitam trabalhar para fornecer acesso e assistência à população em um sistema que com frequência falha no repasse dos recursos financeiros. Um exemplo atual e de impacto elevado sobre a atenção à saúde é a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congelou os gastos da União em saúde por um período de 20 anos e estabeleceu limites desfavoráveis de correção no financiamento, comprometendo ainda mais a capacidade da esfera municipal em gerir as políticas públicas locais de forma eficiente e individualizada à realidade de seus territórios (BRASIL, 2016).

Com o intuito de sanar - ao menos em partes - tais problemas, estratégias como consórcios, compras de serviços e adesão aos programas são adotadas, porém ainda não são potentes para a resolução dos mesmos. Na APS, a situação geralmente é ainda pior. Por estar vinculada à atendimentos de menores complexidades, a APS tende a

ser entendida como um local que necessita de menor densidade tecnológica, recebendo pouca valorização política, econômica e social. Com isso, comumente carece de infraestrutura física e recursos humanos, originando obstáculos para a atenção à saúde do paciente em vulnerabilidade social, visto que muitas vezes a APS é o único serviço de saúde acessível a ele (MENDES, 2012).

4 | O PAPEL DA APS NO CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

A APS corresponde ao primeiro nível de atenção, responsável por ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, bem como diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde. É norteada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, políticas públicas, protocolos e diretrizes estabelecidos para prestar assistência e cuidado aos indivíduos, famílias e comunidade. A APS é conhecida como a principal porta de entrada do SUS, pois estabelece o contato direto e contínuo com os usuários, identifica as necessidades de saúde e potenciais riscos e fragilidades dentro dos grupos sociais e territórios (SANTOS *et al.*, 2018).

A equidade, princípio doutrinário do SUS, está relacionada ao conceito de justiça social. Significa atender a população de acordo com as suas necessidades, criando um plano de cuidados específico para cada indivíduo, baseando-se na ideia de oferecer mais a quem precisa de mais, garantindo acesso a todos (SOUZA *et al.*, 2021). Contudo, por muitos anos, as unidades de saúde e os recursos estiveram centralizados nas capitais e grandes metrópoles (SANTOS *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, criou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornando possível a reorganização do modelo assistencial de saúde e a ampliação do acesso aos serviços em âmbito nacional, em especial, para regiões de maior vulnerabilidade. As disparidades sociais reforçam a importância de ações voltadas para as reais necessidades de saúde que chegam à APS, que devem considerar as adversidades encontradas no contexto em que o usuário vive (BRASIL, 2013).

Considerando que as populações em situação de vulnerabilidade social são caracterizadas por processos sociais dinâmicos e multigeracionais, que envolvem a exposição a trajetórias de riscos, capacidades internas e externas de reação e possibilidades de adaptação baseada tanto na intensidade do risco quanto na resiliência das pessoas, torna-se desafiadora a proposição de intervenções assertivas para a melhoria da saúde, evidenciando a importância do trabalho da equipe multidisciplinar (REIS e OLIVEIRA, 2017).

De importância, o cuidado continuado/programado oferecido aos usuários que apresentam DCNT's é de responsabilidade da equipe multiprofissional da ESF. Isto é, de acordo com a estratificação de risco e a diversidade de necessidades do usuário, haverá a programação periódica de consultas, exames e procedimentos com diferentes profissionais de saúde, tais como médicos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros,

fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos e educadores físicos. Com isso, a equipe possui o papel de atender a demanda, discutir e buscar soluções para os problemas de saúde dessa população/usuário, através de um olhar multi e interdisciplinar, realizando arranjos no trabalho em equipe, como reuniões - abrangendo a RAS quando necessário, discussões de casos, atendimentos compartilhados, entre outros (BRASIL, 2013).

Somado a isto, com o intuito de melhor compreender as particularidades de um local, cabe a ESF realizar o processo de territorialização, que considera as características demográficas, geográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população em questão. Logo, a territorialização permite mapear os processos de saúde-doença, possibilitando a realização de diagnósticos e sinalizando a necessidade de intervenções para os problemas presentes naquele território. Para isto, divide-se o território em área e microárea. A definição de microárea, subdivisão da área, é realizada a partir da homogeneidade de grupos socioeconômicos e culturais, de risco ou não, com intuito de melhoria das condições de saúde. Com isso, aumenta-se o vínculo do paciente com a equipe da APS, minimizando a possibilidade de agravos e colaborando com o tratamento de doenças (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2018).

O momento do acolhimento na ESF também pode ser visto como uma oportunidade para a criação de vínculo, levantamento de informações e fatores de risco à saúde e entendimento do impacto destes na qualidade de vida do indivíduo, direcionando a assistência e o cuidado que devem ser prestados de maneira individualizada (SOUZA *et al.*, 2021). O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários, ou seja, requer exercitar uma escuta com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2013).

Todos os profissionais de saúde podem fazer o acolhimento através da escuta de queixas, medos e expectativas do usuário e de sua família, identificando riscos e vulnerabilidades. A incorporação deste conceito na prática da APS possibilita a formação de uma aliança terapêutica, baseada em respeito, confiança, compartilhamento de informações completas, participação e colaboração de todos nas decisões, bem como implementação e monitoramento sobre o plano de cuidados elaborado, que resulta em maior adesão ao tratamento e melhores resultados terapêuticos, principalmente em usuários com DCNT estabelecida (BRASIL, 2013).

Adicionalmente, a linguagem e a comunicação merecem destaque, uma vez que são compreendidas como prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa tanto pela fala e escrita, como através de comportamentos gestuais. Uma comunicação assertiva afeta diretamente o vínculo profissional-paciente, impactando no entendimento do usuário/cuidador sobre as condições de saúde e a adesão terapêutica, o que os tornam autônomos à negociação diante do tratamento e das condições que favorecem o autocuidado (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Por fim, um melhor conhecimento do indivíduo e sua realidade pode ser obtido através da visita domiciliar (VD). A VD é desenvolvida pela equipe multiprofissional de saúde no domicílio do paciente, permitindo realizar um cuidado à saúde de forma mais humana e acolhedora e estabelecer laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e a comunidade em geral (ANDRADE *et al.*, 2014). Além do cuidado individualizado, essa ferramenta auxilia na apreensão da realidade, permitindo expressar condições de vida e trabalho, subsidiar o planejamento das ações para atender de forma adequada às necessidades de saúde do indivíduo/família (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

5 | CAMINHOS E DESAFIOS NO CUIDADO AO USUÁRIO EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Apesar da criação da ESF e da proposição de equipes multidisciplinares, a realidade da APS permanece alicerçada na consulta médica de curta duração, a qual têm apresentado resultados insatisfatórios e instabilidade no acompanhamento dos usuários portadores de DCNT's. Embora o número de médicos disponíveis seja com frequência o foco das resoluções propostas, a efetiva implantação de equipes multiprofissionais - com tarefas distribuídas conforme a área de atuação de cada profissional - e atuação interprofissional se apresenta como um caminho mais viável para o acompanhamento e monitoramento contínuo exigido pelos usuários diagnosticados ou com fatores de risco para DCNT's que vivem em situação de vulnerabilidade social (MENDES, 2012).

A implantação de uma equipe multiprofissional gera especificidade no atendimento, além de permitir a ampliação da oferta dos serviços de saúde, sendo uma das principais estratégias para a consecução da integralidade (GUIMARÃES e BRANCO, 2020). Nesse sentido, pode-se utilizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um instrumento que viabiliza o cuidado integral à saúde do sujeito através do planejamento interdisciplinar de ações individualizadas para o manejo de um paciente (ORANJE *et al.*, 2022). De destaque, em situações de vulnerabilidade social, ações interdisciplinares, multidisciplinares e transdisciplinares são de suma importância. Para tal, a inclusão do serviço de assistência social à equipe da ESF é um diferencial, pois auxilia nas intervenções socioeconômicas que impactam na qualidade de vida e saúde do usuário (BEZERRA *et al.*, 2019).

Adicionalmente, tendo em vista a perspectiva do usuário enquanto ser biopsicossocial, os profissionais de saúde encontram desafios para executar ações que promovam o cuidado integral, por estarem muitas vezes inseridos em um modelo centrado em ações prescritivas e tecnicistas. Tratando-se de contextos de vulnerabilidade social, nos quais o acesso à informação e serviços, bem como o nível de esclarecimento são frequentemente precários, tais desafios são ainda maiores.

Nesse sentido, o emprego correto dos instrumentos e estratégias anteriormente elencados, como a territorialização, o acolhimento com escuta qualificada e a visita domiciliar, constituem maneiras de contornar tais dificuldades. Uma vez que permitem compreender e vivenciar a realidade do indivíduo, da sua família e da rede de apoio, bem como seus medos e dúvidas, favorecem a criação de uma comunicação acessível e assertiva, que propicie a criação de vínculo e a adesão ao plano terapêutico individualizado para as necessidades e contexto do usuário (SODER *et al.*, 2018).

6 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, é evidente a importância de medidas voltadas para a prevenção e controle das DCNT's na APS; em especial, às populações em situação de vulnerabilidade social, que somam a influência dos determinantes sociais na sua qualidade de vida. Cabe frisar, que tais intervenções só são possíveis quando um olhar ampliado é direcionado às reais necessidades de saúde apresentadas pela população e geram ações de saúde mais assertivas. Adicionalmente, a equipe multiprofissional é elemento de suma importância para a percepção e tratamento integral do indivíduo com DCNT's estabelecida ou fator de risco associado, favorecendo o alcance dos objetivos do seu plano terapêutico.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é parte do projeto PET-Saúde: Gestão e Assistência, o qual foi realizado com auxílio financeiro na forma de bolsa de estudos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE-2022/2023), do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ademilde Machado *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 165-175, mar. 2014.

BEZERRA, Camila de Almeida Gomes *et al.* O serviço social na estratégia saúde da família e a promoção da saúde: uma revisão sistemática baseada no método prisma. **Cadernos ESP**, Fortaleza-CE, Brasil, v. 12, n. 1, p. 69–79, 2019.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 1-14, 26 mar. 2018.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderley de Lavor *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014.

GUIMARÃES, Bárbara Emanuely de Brito; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: pesquisa bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, [S.L.], p. 143-155, 7 fev. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 12, p. 4757-4769, dez. 2020.

MELO, Laércio Almeida de *et al.* Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 22, n. 1, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado nas condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1º edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 323-332, maio 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Ten threats to global health, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs Sustainable Development Goals, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>

ORANJE, Beatriz dos Santos *et al.* Linha De Cuidados Enfocando A Vulnerabilidade: pessoas em situação de rua. **Enfermagem no Cuidado À Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade**: volume 1, [S.L.], p. 33-39, 1 abr. 2022.

PINAFO, Elisângela *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1619-1628, maio 2020.

REIS, Lúcia Margarete dos; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Vulnerabilidade social em famílias que convivem com comportamento aditivo por tempo prolongado. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 412-419, ago. 2017.

SANTOS, Vanei Pimentel *et al.* Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Revista Cuidarte**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 1-16, 5 set. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde/Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF. Brasília, 2018

SCOTT, Juliano Beck *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 600-615, 21 dez. 2018.

SKOU, Soren T. *et al.* Multimorbidity. **Nature Reviews Disease Primers**, [S.L.], v. 8, n. 1, 14 jul. 2022.

SODER, Rafael *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 76-80, 26 nov. 2018.

SOUZA, Katyucia Oliveira Crispim de *et al.* Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, 2021.