

# O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

*Data de aceite: 02/09/2023*

### **Isabelly Stefani de Souza**

Discente do Curso de Medicina do  
Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM

### **Marcella Xavier Cardoso**

Discente do Curso de Medicina do  
Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM

### **Mariana de Souza Gontijo Pessoa**

Discente do Curso de Medicina do  
Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM

### **Marisa Costa e Peixoto**

Docente do Curso de Medicina do  
Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) existem formações que são evidentemente necessárias para o bom funcionamento da Atenção Básica, como as Equipes de Saúde da Família (eSF), que utilizam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para estruturar as Unidades Básicas

de Saúde no Brasil (LIMA *et al.*, 2019). Segundo Rocha; Silva, (2019) as eSF são compostas por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nesse sentido, as eSF têm o dever de atender a uma comunidade, de modo a fornecer cuidado permanente, tendo como objetivo o estabelecimento de um vínculo de cuidado entre população e profissionais. Ademais, afirmam Schenker; Costa, (2019) que a eSF apresenta atributos específicos como a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, destacando-se no âmbito da prevenção e cuidado de condições crônicas.

Nesse contexto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são apenas as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), já que apresentam em sua história natural

fatores de risco e de proteção em comum, facilitando o desenvolvimento de políticas de prevenção e controle. Entretanto, de acordo com Simões *et al.*, (2021) outras condições crônicas conceituam-se como DCNT pela definição da OMS, tais como as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e articulares, insuficiência renal crônica (IRC), e distúrbios neuropsiquiátricos (DN). Em 2013, 66 milhões de brasileiros (45,1%) alegaram ao menos uma DCNT, sendo essas as principais causas de adoecimento e morte no mundo. Além disso, segundo Malta *et al.*, (2020), as DCNT ocasionam, incapacidades, perda da qualidade de vida, sobrecarga no sistema de saúde e contribuem para o aumento dos gastos com assistência médica.

É necessário um cuidado e uma atenção aos pacientes com DCNT na Atenção Básica, já que, o tratamento dessas enfermidades em serviços de urgência, emergência ou hospitalizações, além de mais dispendioso, não beneficia as mudanças almejadas no sistema de saúde, visto que não colabora para a prática da promoção e proteção da saúde com prevenção de agravos, tendo um foco apenas no curativo, deixando de lado a humanização e o vínculo entre pacientes e profissionais.

Outrossim, a forma considerada mais conveniente para organização dos serviços de saúde capaz de dirigir efetivamente a carga de adoecimento passa por uma atenção primária fortalecida e resolutive. Isso porque os sistemas com referência para a atenção primária à saúde são mais adequados às necessidades de saúde da população; mais eficientes; menos onerosos; de maior qualidade para os pacientes; e mais efetivos para encarar a situação epidemiológica de aumento das condições crônicas. (ROCHA; SILVA, 2019).

Portanto, é necessário um foco no papel da Equipe de Saúde da Família frente a pacientes com doenças crônicas, visto que a eSF é responsável por fornecer o cuidado contínuo focado não apenas no processo de cura, mas também na melhora da qualidade de vida, na promoção e na prevenção de saúde, ou seja, no zelo integral do paciente. Sendo assim, a eSF se torna a melhor opção para o cuidado das DCNTs, já que elas são um grande problema de saúde pública, não só pelo seu alto acometimento, mas pela alta mortalidade que provocam.

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Historicamente, a ideia de atenção primária foi usada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson. Esse documento inglês tinha o objetivo de se contrapor ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, e como maneira de organizar o modelo de atenção inglês, que enfrentava diversos problemas, como elevados custos, uso indiscriminado de tecnologia e baixa resolutividade.

Esse relatório, dividia os centros de saúde em primários e visitas domiciliares, que deveriam ser resolvidos por médicos formados em clínica geral, e assim, os casos que não conseguissem ser solucionados, seriam encaminhados a atenção secundária, onde haveria especialistas, ou então, para hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia (MATA; MAROSSINI, 2009).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. Essa política internacional ficou conhecida com Declaração de Alma-Ata, e foi assinada por 132 países, propondo a instituição de serviços locais centrados nas necessidades da população e com uma perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades (MATA; MAROSSINI, 2009).

No Brasil, experiências da Atenção Primária de Saúde (APS), começaram a ser instituídas desde o início do século XX. A princípio, essas experiências se limitavam às áreas de relevância econômica e foi sendo ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país. Com isso, a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, possibilitou a construção de uma política que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. O termo utilizado como equivalente à APS é a Atenção Básica (AB), e são associados às noções de vinculação e responsabilização, acessibilidade, atenção abrangente e integral, resolutividade e protagonismo na gestão do cuidado (COUTINHO *et al.*, 2015; MATA; MAROSSINI, 2009).

O modelo utilizado no Brasil, orientado pela APS, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve início em 1994, e, atualmente, configura o maior o maior programa assistencial no país, sendo considerado como um eixo estratégico reorganizador do SUS. Com a implementação da ESF, atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade tornaram-se tema de estudos avaliativos e alvo de políticas específicas, como a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que em 2017, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), teve sua nomenclatura redefinida, passando a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), e tem como principal objetivo fortalecer, ampliar a resolutividade e otimizar a integração desses serviços à rede. (MATTOS *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2011).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. Como tentativa de avanço na qualificação, o Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº 4.279, de 30 de

dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para superar as dificuldades enfrentadas nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, para assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL. Ministério de Saúde, 2013).

Para que a ABS seja realmente resolutive, em especial no cuidado às pessoas com doenças crônicas, é fundamental que a RAS disponha de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, que visa a garantia da assistência farmacêutica para atenção às doenças crônicas, tanto dos medicamentos da farmácia básica quanto daqueles da farmácia especializada, além de oferecer práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais (BRASIL. Ministério de Saúde, 2013).

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, e envolvem perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Como tentativa de superar essa realidade, foi criado em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo 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 e seus fatores de risco. Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, documento que tem o objetivo de dar diretrizes e de alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões para que, durante essa construção, seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas (BRASIL. Ministério de Saúde, 2013).

## DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado, de origem não infecciosa, podendo resultar em incapacidades funcionais (MEDEIROS *et al.*, 2021).

As DCNT constituem importante problema de saúde pública, haja vista serem a principal causa de morte no mundo (MALTA *et al.*, 2020). No Brasil, em 2015, foram responsáveis por 75% do total de óbitos (OLIVEIRA; SOUZA; NETO, 2020).

Os países desenvolvidos apresentam as maiores taxas de incidência de DCNT, no entanto, graças às desigualdades de acesso à alimentação, educação e atenção à saúde, 80% dos óbitos ocorrem em países de baixa e média renda (SIMÕES *et al.*, 2021). Portanto, devido ao fato de essas doenças atingirem de forma mais intensa aqueles pertencentes a

grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda, isso faz com que aumente ainda mais a pobreza dos acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva (MEDEIROS *et al.*, 2021).

Outrossim, as DCNT, além de ocasionarem mortalidade prematura, perda da qualidade de vida e custos diretos e indiretos para a sociedade, elas também contribuem para uma sobrecarga no Sistema de Saúde, devido às necessidades de cuidados mais prolongados e dispendioso, gerando assim um aumento dos gastos com assistência médica e previdência social (PAULA *et al.*, 2022; MALTA *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como DCNT somente as doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM), por apresentarem em sua história natural fatores de risco e de proteção em comum, facilitando o desenvolvimento de políticas de prevenção e controle (SIMÕES *et al.*, 2021).

Estes quatro grupos compartilham os principais fatores de risco para doenças crônicas: alimentação inadequada; tabagismo; inatividade física; e consumo abusivo de álcool (OLIVEIRA; SOUZA; NETO, 2020).

O aumento na incidência e prevalência das doenças crônicas representa grave problema de saúde pública, esse fato decorre do estágio atual da transição demográfica/epidemiológica do Brasil, além do envelhecimento populacional (AZEVEDO *et al.*, 2018).

## **Doenças do aparelho circulatório**

as doenças do aparelho circulatório (DAC), são as maiores causas de mortalidade no mundo, correspondendo a aproximadamente um terço de todos os óbitos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças do aparelho circulatório representam cerca de 15,2 milhões de óbitos em todo o mundo, mostrando as doenças isquêmicas do coração e acidente vascular encefálico como causas mais incidentes (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

### *Doenças isquêmicas do coração*

A aterosclerose é o evento inicial na fisiopatologia das doenças isquêmicas do coração, incluindo a inflamação e disfunção endotelial arterial. Acomete principalmente artérias de médio e grande calibre como aorta, coronárias e cerebrais. Clinicamente, suas principais apresentações incluem infarto agudo do miocárdio (IAM), angina estável e instável, miocardiopatia isquêmica e aneurisma aórtico (DIAS *et al.*, 2022).

### *Acidente vascular encefálico*

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma condição clínica que pode ser classificada como: isquêmico ou hemorrágico, gerando o comprometimento do sistema nervoso central. O AVE isquêmico, considerado o tipo mais comum, acarretando 80% dos casos, acontece quando há um bloqueio do fluxo sanguíneo por um coágulo nas artérias que irrigam o encéfalo, impedindo a chegada de oxigênio e demais nutrientes essenciais. Já o AVE hemorrágico ocorre pelo rompimento dos vasos, causando o derramamento do sangue no encéfalo. Pode acarretar um quadro clínico variável de acordo com a localização da lesão, sendo a hemiparesia o mais frequente deles, no entanto, há também déficits motores, sensitivos, cognitivos e perceptuais associados (SOARES *et al.*, 2020).

### **Neoplaisas ou cânceres**

O câncer é uma doença crônico-degenerativa não transmissível, registrada desde séculos antes de Cristo. Seu histórico está associado ao sofrimento e à morte. Atualmente, os avanços no tratamento do câncer possibilitam aumentar o tempo de vida dos adoecidos e melhorar sua qualidade de vida. No entanto, apesar desses avanços, estudos apontam que a sociedade ainda tem dificuldades em lidar com a doença, pois ela continua representando uma ameaça à vida e à integridade física e mental do acometido (CORBO *et al.*, 2020).

Para a Organização Mundial de Saúde, o câncer é considerado problema de saúde pública, decorrente de causas múltiplas, como os fatores ambientais, culturais, socioeconômicos e estilo de vida, e anualmente responde por 8,8 milhões de óbitos, sendo a maioria em países de baixa e média renda (PICANÇO *et al.*, 2020).

Os cânceres que mais afetam a população masculina do Brasil, são os de próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto e os que mais atingem a população feminina, são os cânceres de mama, cólon e reto, colo de útero (PICANÇO *et al.*, 2020).

### **Doenças respiratórias crônicas**

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), doenças respiratórias crônicas tendem a ser resultados de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, representando cerca de 7% da mortalidade global e causando 4,2 milhões de óbitos anuais. Dentre tais afecções destacam-se: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose cística, estados alérgicos, hipertensão pulmonar, além das que podem se originar a partir de fatores ocupacionais, através da exposição a agentes nocivos (SANTOS; MARTINEZ; CORREIA, 2019). A maioria dos casos aumentam de acordo com o avançar da idade da população, principalmente para

maiores de 60 anos que residem em áreas urbanizadas (SIMÕES, 2021).

## **Diabetes mellitus**

O diabetes mellitus (DM) é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas em que há o comprometimento do metabolismo das gorduras, das proteínas e dos carboidratos, causada por diferentes mecanismos a depender do tipo de DM. Como resultado, há um aumento nos níveis de glicemia e uma redução na utilização de glicose pelas células (CASTRO *et al.*, 2021).

O DM afeta cerca de 3% da população mundial, com prospecto de aumento até 2030, e tem sua prevalência aumentada dado o envelhecimento populacional, além disso, o DM ocupa a nona posição entre as doenças que causam perda de anos de vida saudável (MUZY *et al.*, 2021).

### *Diabetes Mellitus Tipo 1*

Acomete cerca de 5 a 10% dos portadores de DM, e geralmente tem início em indivíduos com menos de 30 anos de idade, entretanto pode acometer pessoas em qualquer faixa etária (FONSECA; RACHED, 2019).

Ocorre devido à destruição das células beta do pâncreas, geralmente por processo autoimune, determinada forma autoimune tipo 1A, ou, de forma menos frequente, por causa desconhecida, determinada forma idiopática tipo 1B. Nestas formas de DM, a taxa de destruição das células beta do pâncreas ocorrem de maneira variável, podendo ser rápida em alguns indivíduos e lenta em outros (FONSECA; RACHED, 2019).

### *Diabetes Mellitus Tipo 2*

É a forma mais comum de DM, acometendo cerca de 90% dos pacientes diabéticos, e resulta da deficiência da secreção de insulina ou de sua ação, podendo culminar em um aumento da produção hepática de glicose, decorrentes dessas alterações em torno da insulina. A predisposição para ocorrência de DM tipo 2 está interligada entre fatores genéticos e ambientais, onde o estilo de vida é um dos fatores principais para o seu desencadeamento (FONSECA; RACHED, 2019).

## **O PAPEL DOS PROFISSIONAIS**

O adoecimento causa no ser humano, apreensão e ameaça, produzindo desequilíbrio e desconforto, que faz o homem pensar na vulnerabilidade, na finitude e na imprevisibilidade, implícitas no ato de viver. Quando uma doença é sanada, o indivíduo

se reequilibra e encontra forças novamente. Mas, quando as doenças são denominadas crônicas, de longa duração, o equilíbrio está em viver e conviver autonomamente com esta condição. Nesse sentido, inclui-se no tratamento um item significativo, de relevância para o sucesso do cuidado e que representa um desafio, pelo intrincado de variáveis que traz em si, que é o cuidado que o profissional tem com o paciente, e como isso pode interferir no tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção. A atenção multiprofissional deve produzir novas sistemáticas de cuidado, a partir de arranjos no trabalho em equipe, tais como reuniões, discussão de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais (BRASIL. Ministério de Saúde, 2013).

O papel da equipe de saúde é importante, inclusive, para que aconteça a maior adesão aos tratamentos, profissionais com atitudes acolhedoras, com ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional, contribuem para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção a eficácia e à qualidade do tratamento. É possível observar que alguns pacientes aguardam o momento da consulta para externarem suas angústias, porém, em alguns momentos não conseguem espaço para o diálogo e a relação profissional-paciente não se concretiza, o que repercute negativamente na continuidade da prática de intervenção, já que o paciente é mais inclinado a corresponder à prescrição se pensa que conhece bem o profissional que o atende (TADDEO *et al.*, 2012; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A coordenação do cuidado individual como estratégia de cuidado é vista na como uma habilidade essencial para que os profissionais de saúde da APS cuidem de pacientes com doenças crônicas. Ela auxilia a equipe na prevenção quaternária, que visa prevenir a hipermedicalização e evitar intervenções desnecessárias, além de também ser importante economicamente, pois pode evitar gastos irrelevantes, tanto para o sistema de saúde como para a própria pessoa (CHUEIRI *et al.*, 2014).

O modelo de educação em saúde que promove o empoderamento das pessoas está centrado não só no conhecimento profissional, mas também no conhecimento e nas



experiências dos usuários e valoriza, sobretudo, a participação ativa das pessoas no controle de sua saúde. Dessa forma, principal papel da equipe de saúde é educativo, na orientação, na satisfação de certas dúvidas. A doença crônica é um processo longo, é necessário educação para que as pessoas consigam superar as dificuldades do viver com a mesma. As condições crônicas requerem estratégias de cuidado especiais, que ajudem as pessoas e suas famílias a se capacitarem para o autogerenciamento de suas condições de saúde. O tratamento médico é necessário, mas não se mostra suficiente para obter bons resultados. As pessoas precisam participar do cuidado de forma ativa, aprendendo a interagir entre si, com as organizações, com os profissionais de saúde e com o meio ambiente. O cuidado profissional precisa ser direcionado para proporcionar oportunidades para este aprendizado (TRENTINI *et al.*, 2008).

## CONCLUSÃO

O presente estudo verificou na literatura como ocorre a relação entre a Equipe de Saúde da Família (eSF) frente à pacientes com doenças crônicas, como doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias ou cânceres (CA), doenças respiratórias crônicas (DRC) e diabetes mellitus (DM). A partir desse estudo foi possível constatar que o serviço de atenção primária de saúde (APS) é o mais adequado para atender as necessidades da população afetada por essas enfermidades, visto que ele apresenta os meios mais efetivos para encarar a situação epidemiológica de aumento das condições crônicas, tendo como base a prática da promoção e proteção da saúde com prevenção de agravos, deixando de lado o modelo curativista e focalizando na humanização do atendimento, o que, por conseguinte, aumenta a qualidade de vida dos pacientes e fortalece o vínculo entre profissionais da saúde e população.

Além disso, a promoção de saúde deve ser pensada em uma lógica intersetorial e interdisciplinar, pois, somente conhecendo de perto os usuários, o contexto, as potencialidades e as adversidades dos indivíduos atendidos, que os profissionais irão manter uma relação que propicie o enfrentamento das dificuldades encontradas pelos pacientes com doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.; FAUSTO, M.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panam Salud Publica**, p. 84-95, 2011.

AZEVEDO, P. R.; SOUSA, M. M.; SOUZA, N. F.; OLIVEIRA, S. H. S. Health education shares in the context of chronic diseases: integrative review / Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 1, p. 260–267, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

CASTRO, R. M. F. *et al.* Diabetes mellitus e suas complicações - uma revisão sistemática e informativa / Diabetes mellitus and its complications - a systematic and informative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3349-3391, jan./fev. 2021.

CHUEIRI, P. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, out. 2014.

CORBO, L.N. *et al.* O impacto do câncer na saúde mental: uma revisão da literatura brasileira em enfermagem. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 23, n. 1, jun. 2020.

COUTINHO, L. *et al.* Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, fev. 2015.

DIAS, J. L. *et al.* Análise epidemiológica de infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração no Brasil nos últimos 10 anos. **Revista de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 73–77, dez./mar. 2022.

FONSECA, K. P.; RACHED, C. D. A. Complicações do diabetes mellitus. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 1, 2019.

LIMA, C. A. *et al.* Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de minas gerais, BRASIL. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. e0018710, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4757–4769, dez. 2020.

MATTA, G.; MOROSINI, M. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, p. 23-28, 2009.

MATTOS, M. P. *et al.* Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 3503-3516, 2022.

MEDEIROS, L. S. P.; PACHECO, R. F.; MEDEIROS, M. A.; SILVA, R. M. The role of care for Chronic Non-Communicable Diseases in Primary Health Care: a look from the Anthropology of Health. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e267101220250, 2021.

MUZY, J. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00076120, 2021.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a 2018 / Diseases of the circulatory device in Brazil according to Datasus: a study from 2013 to 2018. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.832-846, jan./fev. 2020.

OLIVEIRA, J. H.; SOUZA, M. R.; MORAIS NETO, O. L. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, p. e2020121, nov. 2020.

PAULA, E. A.; SCHWARTZ, E.; NUNES, B. P.; SANTOS, B. P.; BARCELÓ, A. Capacidade institucional para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 24, p. 68990, 2022.

PICANÇO, M. S. *et al.* Doença oncológica: perfil epidemiológico em unidade de referência na Amazônia. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 3, p. 169-177, 2020.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. Oferta de cuidado primário para doenças crônicas: uma análise da eficiência técnicas das equipes de saúde brasileiras. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 1, p. 18–28, 2019

SANTOS, L. J. M.; MARTINEZ, B. P.; CORREIA, H. F. Perfil de internações hospitalares e mortalidade por doenças respiratórias obstrutivas crônicas nas regiões brasileiras, entre os anos de 2016 e 2018. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 3, p. 344–346, 2019.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369–1380, abr. 2019

SILVEIRA, L.; RIBEIRO, V. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev. 2005.

SIMÕES, T. C. *et al.* Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3991–4006, set. 2021.

SOARES, B. R.; SOUZA, B. M.; SILVA, K. C. C.; FIGUEREDO, R. C.; GONÇALVES, D. C.; CHAVES, T. V. P. Virtual reality in the rehabilitation of patients with brain stroke sequelae: a bibliographic review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e734986253, 2020.

TADDEO, P. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, p. 2923-2930, ago. 2012.

TRENTINI, M. *et al.* Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais da enfermagem recém formados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, p. 665-671, out. 2008.