

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

GABRIELA ELIZEU RAIMUNDO

**PROGRAMA HIPERDIA E SUAS FRAGILIDADES NO CONTROLE DA
DIABETES E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: uma revisão integrativa**

**VITÓRIA
2023**

GABRIELA ELIZEU RAIMUNDO

**PROGRAMA HIPERDIA E SUAS FRAGILIDADES NO CONTROLE DA
DIABETES E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: uma revisão integrativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais.

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R153p Raimundo, Gabriela Elizeu
Programa hiperdia e suas fragilidades no controle da diabetes e da hipertensão arterial : uma revisão integrativa / Gabriela Elizeu Raimundo. - 2023.
54 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2023.

1. Atenção primária. 2. Diabetes mellitus. 3. Hipertensão arterial. I. Moraes, Tassiane Cristina. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

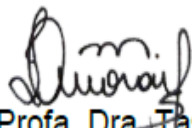
CDD 616.462

**PROGRAMA HIPERDIA E SUAS FRAGILIDADES NO CONTROLE DA
DIABETES E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 15 de fevereiro de 2023.

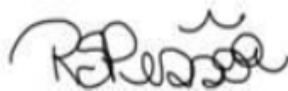
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Alan Patrício da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Prof. Dr. Rafael Souza Pessoa
Membro Titular Externo

Dedico este trabalho a todos os profissionais do programa Hiperdia que com resiliência, amor e alegria fazem do Sistema Único de Saúde um local de acesso à saúde e promoção do cuidado.

Agradeço primeiramente a Deus, pela força divina que sustenta os meus passos e pela oportunidade de atingir todas as conquistas até aqui alcançadas.

Agradeço à minha família pelo apoio, paciência, carinho e compreensão sempre presente na minha vida.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais pelas orientações que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço à EMESCAM e ao corpo docente e discente do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local por toda contribuição para o enriquecimento do meu crescimento pessoal, intelectual e profissional.

Agradeço aos meus amigos e a todos que contribuíram direta ou indiretamente com o meu desenvolvimento como pessoa, pesquisadora e profissional durante os enfrentamentos oriundos dos desafios da vida.

A Todos vocês, os meus sinceros agradecimentos!

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Introdução: O sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, criado pelo Ministério da Saúde em 2002, é uma estratégia de acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus* objetivando a vinculação do indivíduo à Atenção Primária à Saúde, oferecendo assistência de saúde e medicamentos aos usuários cadastrados e programar modelos de atenção à saúde visando uma conscientização sobre a saúde e melhoria da qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus*. **Objetivos:** Identificar as fragilidades do programa Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos da atenção primária no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* e relatar possíveis soluções para a efetivação do programa. **Método:** Trata-se de uma Revisão integrativa da literatura, realizada com base em uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores em Ciências da Saúde utilizados com o operador booleano “and”: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, atenção primária e estratégia de saúde da família, utilizando-se a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* adaptada. **Resultados:** Os onze estudos selecionados demonstram que as ações implementadas pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos apontam fragilidades como falta de profissionais, necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos, demora no atendimento e agendamento das consultas, entre outras, mas, também apresentam aspectos positivos relacionados ao profissional de enfermagem como evidenciar sua importância para o cuidado, prevenção e promoção da saúde, conscientização dos pacientes e adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* e para que obtenham melhor domínio e controle sobre a doença e formas de tratamento. **Conclusão:** O programa sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos apresenta fragilidades na atenção primária à saúde, incluindo a gestão, a educação em saúde, os profissionais de saúde envolvidos no programa e as estratégias das intervenções em saúde. as soluções se baseiam nas mudanças e intensificação de práticas na organização e nos serviços ofertados na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Atenção primária. Diabetes mellitus. Estratégia de saúde da família. Hipertensão arterial.

ABSTRACT

Introduction: The system for registration and monitoring of hypertensive and diabetic patients, created by the Ministry of Health in 2002, is a strategy for monitoring users with systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus with the aim of linking the individual to primary health care, offering health care and medication to registered users and programming health care models aimed at raising awareness about health and improving the quality of life of patients with systemic arterial hypertension and/or Diabetes Mellitus. **Objectives:** Identify the weaknesses of the Hiperdia primary care program in the control of systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus and report possible solutions for the implementation of the program. **Method:** this is an integrative literature review, carried out based on a bibliographic search in the Virtual Health Library, using the following Health Sciences descriptors used with the Boolean operator "AND": arterial hypertension, diabetes mellitus, attention primary care and family health strategy, using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses methodology. **Results:** The eleven selected studies show that the actions implemented by Hiperdia point out weaknesses such as lack of professionals, need for training of professionals involved, delay in service and appointment scheduling, among others, but they also present positive aspects related to nursing professionals such as to highlight its importance for the care, prevention and promotion of health, patient awareness and adherence to the treatment of Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus and for them to obtain better mastery and control over the disease and forms of treatment. **Conclusion:** The systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus program has weaknesses in primary health care, including management, health education, health professionals involved in the program and health intervention strategies. The solutions are based on changes and intensification of practices in the organization and in the services offered in Primary Health Care.

Keywords: Primary attention. Diabetes Mellitus. Family health strategy. Arterial hypertension.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos - Hipertensão Arterial.	34
Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos após análise – Diabetes Mellitus	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos) segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão	27
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorização dos artigos selecionados no estudo quanto ao autor/ano de publicação, objetivo, tipo de estudo e conclusão	36
Quadro 2 – Categorização dos artigos quanto às fragilidades e as soluções para o problema – Hipertensão Arterial	38
Quadro 3 – Categorização dos artigos quanto às fragilidades e as soluções para o problema – Diabetes Mellitus	39

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BNDEF	Banco de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
CIT	Comissão Inter Gestores Tripartite
CVSP	Campus Virtual em Saúde Pública
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	14
1.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	16
1.2.1 A política nacional de atenção básica	20
1.2.1.1 Política de atenção às pessoas com doenças crônicas	21
1.2.1.2 Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial	23
1.2.1.3 Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus	24
1.2.2 Controle da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária do sus ...	26
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3 JUSTIFICATIVA.....	30
4 METODOLOGIA	31
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
4.1.1 Critérios de inclusão e exclusão	32
4.1.2 Análise dos dados.....	33
5 RESULTADOS.....	34
6 DISCUSSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE	52
APÊNDICE A - MATRIZ DE CONHECIMENTO	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

A conjuntura analítica que regeu a Constituição Federal de 1988 (CF), e a consolidação das políticas públicas foi a garantia dos direitos aos cidadãos, retomando à liberdade e igualdade. A chamada Constituição cidadã teve as ações e políticas públicas voltadas à construção do chamado Estado Social, na medida em que promoveu a ampliação das liberdades civis e dos direitos e garantias fundamentais dos cidadãos.

Os primeiros conceitos em torno das chamadas políticas públicas estão vinculados aos avanços do modo de produção capitalista, associado a luta de classes e ao desenvolvimento da intervenção própria do Estado, com o objetivo de atuar nas infrações da questão social, ou seja, no conjunto dos problemas sociais, políticos e econômicos que se colocam em cena com o surgimento da classe operária dentro da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2005).

O termo “Política Pública” envolve diferentes ramos do pensamento humano e é um conceito interdisciplinar, pois sua descrição e definição incluem diferentes áreas do conhecimento, e possui como objetivo o estudo do problema central, ou seja, o processo decisório governamental (DIAS, MATTOS, 2012).

Nesse sentido, as políticas consideradas públicas e sociais “[...] constituem áreas multidisciplinares, cujo foco se encontra nos raciocínios acerca da natureza da política pública, assim como os seus processos” (SOUZA, 2006, p. 25). Na perspectiva das publicações científicas brasileiras, a linha temática que melhor realiza a construção deste conceito das políticas públicas é a de Teixeira (2002, p. 2), no qual tais políticas se constituem em distintas:

[...] diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamento), orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. “Nem sempre, porém, há

compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas” (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

Assim, ao longo das décadas o conceito de políticas públicas foi sendo ressignificado, sendo que na atualidade a definição instituída por Dye (1984) tem sido continuamente citada como aceitável quanto ao que seria uma política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Pode-se resumir, ainda segundo Souza (2006, p. 26) essa área como o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo “colocar o governo em ação” e analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou cursos dessas ações. Para a autora a definição de Dye, de fato, é de forma descritiva e tem um sentido de acessão com o que se pode observar na prática.

A política pública pode ser explicada em pelo menos quatro etapas: a primeira refere-se às decisões políticas tomadas para resolver problemas sociais previamente estudados, depois que são formuladas, as políticas decididas precisam ser implementadas. Na terceira etapa, procura-se verificar as partes interessadas numa política foram satisfeitas em sua demanda e, por fim as políticas devem ser avaliadas, com vistas a sua continuidade, aperfeiçoamento, reformulação ou, simplesmente, descontinuidade (HEIDEMANN, 2009).

O chamado “Estado de Bem-Estar Social” foi a saída encontrada para sustentar as reformas demandadas pela população, no decorrer do período pós-guerra, o rápido crescimento de quem recomeçara do zero permitiu a existência de um importante excedente econômico. Tais recursos extrapolaram as necessidades governamentais e ficaram à disposição dos gestores. Impulsionado pelo desenvolvimento e orientado pelas políticas Keynesianas, o “*Welfare State*” passou, então, por um processo de franca ascensão, marcado, em grande medida, pela proteção do governo aos cidadãos e consequente institucionalização dos direitos de cidadania (PINHEIRO JUNIOR, 2010, p. 4).

Ainda segundo Pinheiro Júnior (2010), o Brasil atravessou, desde 1930, etapas que incluíram desenvolvimento econômico, social e participação política, períodos autoritários e crises econômicas. Todo esse processo, incluindo a evolução das políticas sociais não ocorreu da mesma forma e nem sempre atendeu às demandas da população. Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que fica documentado o dever do Estado em relação ao provimento universal dos serviços sociais básicos (saúde, a educação de qualidade e a previdência social). “O

crescimento econômico brasileiro nos anos 2000, proporcionado pela estabilidade econômica e social conquistada nos anos 1990 fez com que esse papel do Estado fosse confirmado” e isso será visto adiante neste estudo (PINHEIRO JÚNIOR, 2010, p. 1).

1.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE

A história das políticas públicas no Brasil demonstra como a realidade prática brasileira reflete diretamente a atividade política nacional. Nota-se que, durante o século XIX e XX o Estado brasileiro demonstrou um foco na evolução da responsabilidade do mesmo em prover auxílio médico a todos os cidadãos, em que as únicas alternativas, eram as Santas Casas de Misericórdia ou métodos alheios à medicina moderna, até a implementação do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, s.d).

Verifica-se ainda a grande relação dos interesses puramente capitalistas com a área sanitária nacional, evidenciando que a busca de maiores investimentos estrangeiros motivou o governo brasileiro a passar a adotar medidas autoritárias a fim de diminuir a possibilidade de contágio de doenças, além de criar mecanismos de seguridade hospitalar previdenciários àqueles que devidamente encontravam-se formalmente empregados, ou seja, aqueles “com carteira assinada” (PAIM, 2013).

De fato, é possível constatar que as iniciativas públicas voltadas a aumentar as disposições sanitárias e hospitalares no Brasil sempre estiveram atreladas ao desenvolvimento econômico nacional. Percebe-se isso, por exemplo, no episódio da imposição da vacinação, no início do século XX, que embora tenha de fato contribuído para diminuir o número de doentes decorrentes da varíola, da cólera, da peste, dentre outras que na época existiam, ocorreu em decorrência direta de um interesse por investimentos de capital estrangeiro, uma vez que estavam sendo mitigados em função das péssimas condições sanitárias dos portos e das grandes cidades brasileiras (PAIM, 2013).

Assim, gradualmente o Estado vai destacando sua intervenção no setor saúde, e após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se

refere à assistência à saúde da população (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Adiante na história nacional, constata-se que, no governo de Getúlio Vargas, caracterizado por seu viés extremamente populista, fato que até lhe atribuiu o título popular de “pai dos pobres”, ocorreram diversas inovações no que tange o auxílio médico público, como por exemplo, a criação do Ministério da Educação e Saúde e os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que também surgiram em decorrência de interesse puramente políticos, uma vez que Vargas almejava o apoio popular para seu governo (CABRAL, 2013).

As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o Estado à uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960. Os direitos e deveres passam a ser parecidos, o que viria a facilitar no futuro a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Desta fusão, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que padronizou e centralizou a previdência social, tornando-se assim o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde (MENDES, 1994).

Na década de 1970, a assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política priorizou o desenvolvimento das atividades hospitalares. A evolução da industrialização acelerada, observada a partir do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira fez com que a economia fosse fortalecida nos centros urbanos gerando um aumento da força de trabalho ocasionando uma maior demanda a ser atendida pelo sistema de saúde. Tal acontecimento observa a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo sua capacidade produtiva (QUEIROZ FILHO, 2020).

Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006) explicam que, com a intenção de atender o aumento da demanda curativa, o surgimento do Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ), ambos em 1974. O PPA deu início a universalização do atendimento e se traduzia em várias ações visando

garantir o atendimento ambulatorial nas demandas urgentes e na desburocratização do atendimento de urgência ao segurado. Os autores observam que na época “muitos investimentos foram realizados privilegiando a assistência médica em unidades de saúde em detrimento das ações preventivas” (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 15).

A primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde data de 1975, com a Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Tratando da organização do Sistema Nacional de Saúde, continha, em seu artigo primeiro as competências do município: 1) a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro. 2) manter a vigilância epidemiológica. 3) articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais. 4) integrar seus serviços no sistema nacional de saúde. Esta Lei objetivou a extensão da cobertura. A maior parte das prefeituras gastou seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro dando pouca atenção aos atendimentos primários. De fato, sob a Lei 6.229/75, a municipalização não prosperou (BRASIL, 1975; ALMEIDA, 1979 *apud* PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 15).

Ainda conforme os mesmos autores (2006), em 1976 ocorre o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, luta contra a ditadura militar e preconização de um novo modelo assistencial a saúde, destacando-se a importância da assistência primária de saúde. O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi o grande gerador de convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram incorporadas pela Constituição Federal de 1986.

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 17).

Com a CF de 1988, atualizada pelo decreto nº 7.508/11, a saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo e não apenas da União e de direito universal. O conceito saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas (SANTANA; LEMOS, 2018).

Para esse novo modelo de saúde, as Leis 8.080/90 e a 8.142/90 se tornam relevantes. A Lei 8.080 de 1990 fortalece as orientações constitucionais do SUS e a Lei 8.142 de 1990 refere-se à participação da comunidade no direcionamento das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo. As conferências, fixadas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nela são definidas diretrizes para formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. A Lei também define as transferências de recursos financeiros sem a necessidade de convênios (BRASIL, 2009).

Os debates e posicionamentos políticos envolvendo as entidades e trabalhadores de centrais sindicais e da saúde, sempre optaram pelo SUS, em detrimento dos planos privados, sendo as expectativas em totalidade relacionadas a crença da democracia do país e do seguimento das diretrizes constitucionais sociais no contexto do SUS, sendo os princípios e diretrizes de toda lei e responsabilidade do Estado: universalidade, igualdade, descentralização, regionalização e participação comunitária. Assim, o grande poder social e político do SUS faz parte de nossa história recente e deve ser considerado para compreender as dificuldades e problemas que surgiram (SANTOS, 2012).

Esta formulação política teve como princípios a universalidade - todo o brasileiro tem direito aos serviços, equidade - na medida de suas necessidades e Integralidade - em dois sentidos, tanto de que o homem deve ser entendido como um ser integral biopsicossocial, quanto que a atenção a ele deve integrar as dimensões de promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1990).

Ademais, o SUS apresenta ainda, os seguintes princípios de organização: Resolutividade - todo serviço deve estar capacitado para resolver os problemas até o nível de sua competência; Participação dos cidadãos - garantia de que a população participará do processo de formulação e controle da execução das políticas de saúde e Descentralização - distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo (DIMITROV, 1995 *apud* ANDRADE; DALBELLO-ARAÚJO, 2003).

É relevante mencionar também as NOBs editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1993 e 1996, particularmente a NOB 01 de 1993 que propunha uma mudança no modelo assistencial, oficializando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como instância de negociação e pactuação, e criando as Comissões Bipartites nas unidades federativas, com representantes dos gestores municipais e do gestor estadual (BRASIL, 1993).

A NOB de 1996, de fato implementada em 1998, definiu modalidades de gestão. A modalidade *Gestão Semiplena*, ampliava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão de recursos financeiros da União repassados aos Municípios, resultando numa maior capacidade de planejamento para os gestores municipais. Com esses novos instrumentos, aumentou consideravelmente o interesse dos gestores municipais em se habilitar para uma das duas condições de gestão preconizadas, a Plena da Atenção Básica de Saúde e a Plena do Sistema Municipal de Saúde (BRASIL, 1993).

É evidente que a Constituição Federal da República do Brasil de 1988 desempenhou um papel importante na democratização do acesso à saúde pública, demonstrando avanços políticos e sociais neste e em outros campos. Nesse sentido, é importante compreender a construção histórica desse marco regulatório, uma das principais exigências sociais do Brasil, na saúde pública, aplicado na atenção ao SUS, que atualmente é um dos temas mais diversos e externos em nossa sociedade. Em suma, é um tema abrangente, atual e prático que carece de pesquisas e investimentos que possam melhorar a situação da saúde pública no país (BRASIL, 1993).

1.2.1 A política nacional de atenção básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o resultado acumulado de diversas tentativas de se proporcionar no SUS uma maior estruturação e organização tendo como base o objetivo de se criar uma rede que represente a primeira forma de contato do paciente como o sistema de saúde público (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Guiada pelos princípios da universalidade e da acessibilidade, a PNAB busca uma maior aproximação do SUS para com os cidadãos, concretizando tal aspiração por meio da organização de uma infraestrutura baseada na proximidade física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com as residências e locais mais frequentados pela população local. Identifica-se que toda a atividade desenvolvida pela PNAB, também é pautada na descentralização e capilaridade, tendo como escopo representar a primeira forma de acesso à saúde que a população venha a buscar, como uma espécie de porta de entrada para o SUS (BRASIL, 2012).

Neste cenário, tal política ainda busca o desenvolvimento igualitário do sistema de saúde nacional, porém, sem deixar de considerar as questões relacionadas a equidade, uma vez que, no momento de definição dos valores a serem transferidos para cada município, é levado em consideração o nível sociodemográfico da região, transferindo-se assim, maiores valores para regiões onde residem mais pessoas com poucos acessos a recursos de saúde (MELO *et al.*, 2018).

É possível destacar os seguintes fundamentos de atuação da PNAB: 1. União do território para realizar-se um maior desenvolvimento e descentralização; 2. oportunizar a todos o acesso direto a saúde de qualidade com caráter resolutivo; 3. gerar um vínculo entre a equipe de atuação e a população atendida. Observam-se ainda como objetivos, o gerenciamento e a coordenação das necessidades e serviços a serem prestados pelas UBSs, onde uma atuação multiprofissional, forneça o compartilhamento de informações entre os profissionais, o estímulo aos cidadãos a serem membros participativos da saúde pública, para que exista a participação social no engrandecimento à saúde (BRASIL, 2011).

1.2.1.1 Política de atenção às pessoas com doenças crônicas

No fim do século XX e início do XXI, aconteceu uma grande discussão internacional sobre possíveis modelos de atenção à saúde que se fundamentavam, especialmente, nas necessidades do paciente com doença crônica. Desta forma, foi proposto o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), apresentado pelos

Estados Unidos da América (EUA) e utilizado em diversos países, inclusive no Brasil (FREI *et al.*, 2014).

O MACC realiza ações em níveis que compreendem a promoção da saúde, a saber: prevenção das condições de saúde; gestão da condição de saúde simples; gestão da condição de saúde complexa; gestão de caso para as condições de saúde muito complexas (BRASIL, 2014).

A partir desse modelo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; 2020), tem ajustado as políticas de atenção às pessoas com doenças crônicas, como exemplo o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O desenvolvimento das RAS ocorreu em 2010, por diretrizes que determinavam os fundamentos para a organização da RAS no âmbito do SUS e, atualmente, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. As RAS têm como finalidade melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada, além de garantir o cuidado por meio de ações integradas que promovam a prevenção, a promoção e o tratamento (SANTOS *et al.*, 2015).

Ainda segundo Santos *et al.* (2015), nota-se que a criação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas representou uma grande extensão de atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes, uma vez que esta busca gerar uma maior integralidade, proporcionando um atendimento que promova a prevenção e o tratamento de doenças crônicas, além de buscar uma maior promoção à saúde.

Assim, ao buscar ofertar atendimento médico de qualidade aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, o governo tem buscado a aplicação de políticas públicas que garantam tal atendimento sendo evidente, por exemplo, a existência da política que busca ofertar os insumos necessários ao acompanhamento da doença, por meio da atuação do SUS (BORGES; LACERDA, 2018).

A lei federal de nº 11.347 (do dia 27 de setembro de 2006) determina que os pacientes com diabetes recebam do Sistema Único de Saúde, de forma

gratuita, os medicamentos necessários para o tratamento, os materiais exigidos para a sua aplicação e a monitoração da glicemia capilar. O texto da lei considera que, para ter este direito, é preciso estar inscrito em algum programa de educação especial em diabetes (SBD, 2021).

1.2.1.2 Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial

O Ministério da Saúde (MS) implantou, desde 2001, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Configura-se como uma estratégia de acompanhamento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes *Mellitus* (DM) e têm como finalidade a vinculação do indivíduo à UBS e à Equipe de Saúde da Família (ESF) de sua referência, oferecendo uma assistência de saúde contínua e de qualidade, além de fornecer medicamentos de maneira regular e sistemática a todos os usuários cadastrados (BRASIL, 2004; 2006).

Nessa perspectiva, o programa propõe-se também, implementar modelos de atenção à saúde que incorporem diversas estratégias, coletivas ou individuais, para melhorar a qualidade de vida dos portadores de HAS e/ou DM, objetivando a conscientização sobre a saúde. Dentre os benefícios do programa estão: orientação dos gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção; e o conhecimento do perfil epidemiológico da HAS e DM na população (BRASIL, 2004; 2006).

Sob este prisma, o Hiperdia passou a ser um instrumento de grande importância, tornando-se primordial para que se pudesse operacionalizar o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, por ser capaz de agrupar informações e levantar a situação em diferentes momentos, podendo então fazer o mapeamento de determinados locais e territórios, atuando de forma mais efetiva, a fim de direcionar a atenção e intensificar o cuidado, bem como reduzir os riscos e as complicações geradas por essas doenças (BRASIL, 2006).

Como proposta para atuar na prevenção, avaliação e o tratamento da HAS e do DM, o MS instituiu a realização de atividades de educação em saúde para estes usuários, que podem ser realizadas de maneira individual ou em grupo. Criou-se então, os Grupos de Hiperdia, destinados a realizar tais ações de educação em

saúde no formato de grupos. Os grupos proporcionam à população um tratamento de diversas questões relacionadas às demandas específicas, sendo possível utilizar diferentes espaços para a realização de atividades na compreensão da promoção de saúde. As ações de educação em saúde realizadas pelos grupos de hiperdia nas UBS tem como principal objetivo orientar os usuários sobre os hábitos cotidianos que podem influenciar na saúde (BRASIL, 2001).

Conhecidamente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma significativa causa de morbidade e mortalidade no planeta e a HAS e o DM, atualmente, estão entre os maiores problemas de saúde. No país, tem-se observado um crescente número nas hospitalizações por diabetes em proporções superiores às hospitalizações por todas as outras causas o que, de certa forma, traduz o aumento na sua predominância (FLOR; CAMPOS, 2017).

1.2.1.3 Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus

O Diabetes *Mellitus* se dá por defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo “processos patogênicos específicos, como a destruição das células produtoras de insulina, distúrbios da secreção da insulina, resistência à ação da insulina, entre outros” (DIAS *et al.*, 2021, p. 41).

É uma doença de alto custo social, financeiro e emocional para o indivíduo, além de sobrecarregar o SUS devido às complicações e sequelas, como problemas cardiocirculatórios, cegueira, retinopatia diabética, insuficiência renal e até as amputações de extremidades. Apesar da gama de tratamentos eficazes disponibilizados para prevenir ou retardar as complicações agudas e crônicas que o DM gera no indivíduo, ainda existem pacientes que sofrem com o fardo gerado pela doença, suscitando num aumento significativo pela procura de cuidados de saúde. Os altos índices de hospitalizações decorrentes de complicações e quadros clínicos descompensados da doença geram uma demanda maior aos serviços de saúde e consequentemente aos custos sociais (DIAS *et al.*, 2021, p. 41).

De acordo com Gardner e Shoback (2019), o DM é classificado em quatro principais grupos, divididos pelos mecanismos etiológicos e patológicos: DM-1 ocorrendo em 5,0 a 10 % dos casos e é provocado pela destruição das células beta pancreáticas, geralmente devido a um processo autoimune, levando a deficiência completa de insulina; o DM-2 ocorrendo em 90,0 a 95,0% dos casos e é o tipo mais comum,

caracterizando-se por disfunção heterogênea, causado pela resistência insulínica; outros tipos específicos, que são raros e o DM Gestacional (DMG) que é a intolerância à glicose que se desenvolve ou foi reconhecido pela primeira vez durante a gravidez.

É importante mencionar a participação da equipe de saúde e da família no estímulo do paciente ao tratamento, para que o diagnóstico seja mais bem aceito, dado que o diagnóstico de uma doença crônica motiva perda da autoimagem, frequentemente é acompanhado de negação da realidade, revolta, depressão e depois aceitação. Cabe, aos profissionais da saúde, participarem no cuidado em situações de saúde e doença, e a família em dar continuidade ao cuidado, evitando as complicações do paciente (GROSSI, 2007).

Para Giovanella (2018), a atenção primária sendo uma das frentes do SUS e conhecedora da importância do controle desta doença, encontra-se mais próxima das demandas que as comunidades apresentam, servindo principalmente como porta de entrada para a Atenção Básica de Saúde, não necessariamente deve se ater aos serviços de saúde, uma vez que esta tem a capacidade de promover uma série de mecanismos para que seja possível não somente o tratamento de doenças, mas também a prevenção, esta inclusive promovida por meio de relações com outras áreas não necessariamente relacionadas a saúde pública, como por exemplo a educação e a assistência social.

Aqui é importante citar, conforme Borges *et al.* (2015), que a expansão das atividades na APS criou um panorama em que diversos fatores de risco a saúde da população foram reduzidos, porém um grande desafio reside no controle e tratamento adequado dado a HAS e DM nas Unidades Básicas de Saúde.

Nota-se que a Atenção Primária a Saúde, ao tratar pacientes portadores de DM, por obvio quando necessário realizam o tratamento medicamentoso, porém tem como pilar de estruturação a atuação voltada também a prevenção da doença e educação em saúde, buscando levar a sociedade a evitar os fatores que levam ao

desenvolvimento da doença, como o sedentarismo, hábitos alimentares ruins, dentre outros (ROCHA *et al.*, 2015).

Percebe-se ainda que a APS, também tem como objetivo, a identificação precoce da HAS e do DM, uma vez que as chances de se evitar complicações relacionadas ao mau controle da doença ocorrem com o diagnóstico precoce, ou seja, enquanto a doença ainda se encontra em fase inicial. Neste cenário cita-se que muitos dos pacientes que buscam a APS se querem sabem que são acometidos com a doença (SZWARCWALD *et al.*, 2015).

Torna-se necessário a busca por estratégias de intervenções que possam favorecer a minimização da situação na atenção aos portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde e, diante disso, Santos *et al.* (2011), expõe alguns fatores envolvidos da adesão ao tratamento, tais como: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento.

Ademais, segundo Farias *et al.* (2011) existe uma carência de estudos avaliativos em relação ao conhecimento de resultados auferidos pela Atenção Básica (AB) em relação a percentuais de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em Unidades de Saúde da Família (USF). No exposto, deve ser considerar a política atual do Ministério da Saúde a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual foram criadas as condições para a reorientação do modelo de atenção em saúde, em substituição ao modelo tradicional de assistência (SILVA *et al.*, 2011).

1.2.2 Controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária do SUS

Um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a HAS sabidamente é uma doença de alta prevalência no

Brasil e no mundo, definida pelo aumento dos níveis pressóricos e possuindo característica silenciosa, o que dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Sua evolução clínica branda, possui uma diversidade de fatores e, se não tratada corretamente, traz complicações, temporárias e ou permanentes, além de representar alto custo financeiro à sociedade, como aumento no número de internações, absenteísmo no trabalho, aposentadorias precoces e principalmente por sua ocorrência associada a agravos como insuficiência cardíaca e renal crônicas e doença vascular de extremidades (BRASIL, 2015).

A medida da Pressão Arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), passa-se a considerar hipertensão arterial quando a pressão está igual ou maior que 130 milímetros de mercúrio (mmHg) por 80 mmHg. Antes a classificação como hipertenso dava-se quando as medidas ficavam igual ou maior que 135 mmHg x 85 mmHg. Para as medições em consultório, os valores de referência para hipertensão continuam sendo de 140 mmHg x 90 mmHg.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão conceituam HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Ainda de acordo com essas mesmas diretrizes são considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90 mm Hg (NOBRE, 2013, p. 256).

Tabela 1 Classificação da Pressão Arterial, pela medida de consultório (> 18 anos) segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
----------------------------------	-------	------

Fonte: Nobre (2013), adaptada pela autora.

*Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

O principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é a prevenção a morbidade e a redução da mortalidade cardiovascular associadas a HAS. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial e, se associado ao uso de medicamentos, pode melhorar a sua efetividade. (BRASIL, 2006)

Embora as mudanças no estilo de vida sejam de extrema relevância, Vancini-Campanharo *et al.* (2015) destacam que um dos fatores mais importantes para o controle bem-sucedido é a adesão ao tratamento o que, por vezes, não acontece em decorrência da ausência de sintomas. Estudos demonstram que a não adesão ao tratamento medicamentoso é um dos principais motivos da procura por serviços de emergência.

O controle da HAS não se resume apenas na utilização do medicamento e demais medidas reguladoras, é preciso o cuidar da pessoa como um todo. A equipe multiprofissional é altamente relevante e sua atuação está vinculada diretamente à adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso e não medicamentoso (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Assim, é de grande relevância que o portador de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* tenha consciência sobre sua condição clínica para obter o controle da doença. Torna-se essencial as ações de saúde implementadas pelas equipes de Saúde da Família e incrementadas pelas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2011).

Dentro deste contexto, quais são as fragilidades do Hiperdia para o efetivo controle do diabetes e da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde do SUS?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as fragilidades do programa HIPERDIA da atenção primária à saúde no controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e relatar possíveis soluções para a efetivação do programa.

3 JUSTIFICATIVA

A proposta da pesquisa consiste em identificar as ações desenvolvidas na APS, para o controle da HAS e do DM, verificando suas fragilidades no SUS.

O Brasil é o 5º país em incidência de diabetes no mundo, com 16,8 milhões de doentes adultos (20 a 79 anos). Em 2019 a pesquisa virtual Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), lançada pelo Ministério da Saúde, mostrou que entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4% e a hipertensão arterial subiu de 22,6% para 24,5% (BRASIL, 2020).

Assim, o interesse pelo tema se justifica pelo crescente número de pessoas afetadas pela Hipertensão Arterial e pelo Diabetes Mellitus, gerando incapacidade e mortalidade e um elevado investimento do governo para o tratamento de suas complicações, muito dessas evitáveis. Torna-se necessário a busca por estratégias de intervenções que possam favorecer a minimização de internações causadas pelo mau controle da doença.

A pesquisa busca identificar as fragilidades encontradas desde a implantação do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), relatando possíveis soluções para a efetivação do programa, o que certamente contribuirá para a produção de novos conhecimentos importantes para a tomada de decisão no que se refere à prática clínica, a prevenção e promoção de saúde em prol do controle da HAS e DM.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para a consecução dos objetivos desta pesquisa foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura científica para responder a seguinte questão norteadora, quais são as fragilidades do HIPERDIA para o controle efetivo da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na APS do SUS e quais possíveis soluções?

Este estudo possibilitou uma avaliação do estado atual do conhecimento e análises para a implementação de possíveis intervenções. Segundo Mendes *et al.* (2008), através da revisão integrativa é possível preencher as lacunas de um determinado assunto, por intermédio da análise de múltiplos textos publicados.

Para Souza *et al.* (2010), a escolha desse tipo de revisão de literatura permite reunir contribuições de diversos autores e sua aplicabilidade em diferentes métodos e práticas, o que possibilitou sintetizar pesquisas desenvolvidas em diferentes metodologias, “permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos” incluídos nesta pesquisa no que se relaciona as atribuições do Hiperdia e sua contribuição para a qualidade assistencial dos usuários do serviço (SOARES *et al.*, 2014, p. 336).

A construção da pergunta norteadora do estudo envolveu a estratégia para pesquisa não clínica PICO de acordo com Silva *et al.* (2019) (P: população - adultos hipertensos; I: interesse – fragilidades e soluções para a efetivação do HIPERDIA; Co: contexto - estudos realizados), empregada para reduzir as chances de vies de seleção e aferição.

O estudo foi fundamentado baseando-se nas recomendações de Souza *et al.* (2010) e Mendes *et al.* (2008), que sugerem seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

4.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

A estratégia de busca do estudo foi conduzida com base em uma adaptação da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* no que tange a busca na literatura (PRISMA-P, 2017). Esse tipo de estudo, sintetiza evidências provenientes de estudos primários, direcionando-os para responder à questão norteadora.

Como critérios de inclusão, recorreu-se: aos artigos científicos originais que abordavam sobre fragilidades do HIPERDIA na APS, além de possíveis soluções para a efetivação do programa, escritos em português publicados na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Sistema Online de Busca e Análise da Literatura Médica (MEDLINE), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e na base de dados Campos Virtual em Saúde Pública (CVSP), entre o período de 2004 a 2019 e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados na busca foram: “Hipertensão Arterial”, “Diabetes Mellitus”, “Atenção Primária à Saúde” e “Estratégia de Saúde da Família”, foi utilizada o operador booleano de busca “AND”. Como critérios de exclusão foram considerados a duplicidade dos artigos, publicações em outros idiomas e artigos que não tinham acesso gratuito.

O período de pesquisa definido justifica-se pelo propósito de se extrair e analisar artigos veiculados dois anos após da criação do Programa HIPERDIA permitindo, assim, a obtenção dos primeiros resultados auferidos com maior veracidade, o que justifica também o encerramento da pesquisa no ano de 2019, entendendo-se que, no final de fevereiro do ano de 2020 foi a data em que surgiu a primeira contaminação pelo novo Coronavírus (COVID-19), mudando a configuração de inúmeros programas de saúde, incluindo o HIPERDIA, considerando que seus usuários constituem um grupo de risco para as formas graves dessa doença.

4.1.2 Análise dos dados

A seleção dos estudos ocorreu em quatro estágios: identificação dos estudos nas bases de dados; seleção com base na leitura de títulos dos artigos; seleção de artigos mediante as informações contidas nos resumos; e leitura na íntegra dos artigos selecionados e posterior extração dos achados. Além disso, foi construída uma matriz de conhecimento com a finalidade de categorizar as informações dos estudos incluídos (apêndice 1).

Após a consecução dos resultados da busca, mediante os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a leitura exaustiva dos artigos científicos, com o objetivo de verificar a sua devida pertinência à questão norteadora do estudo.

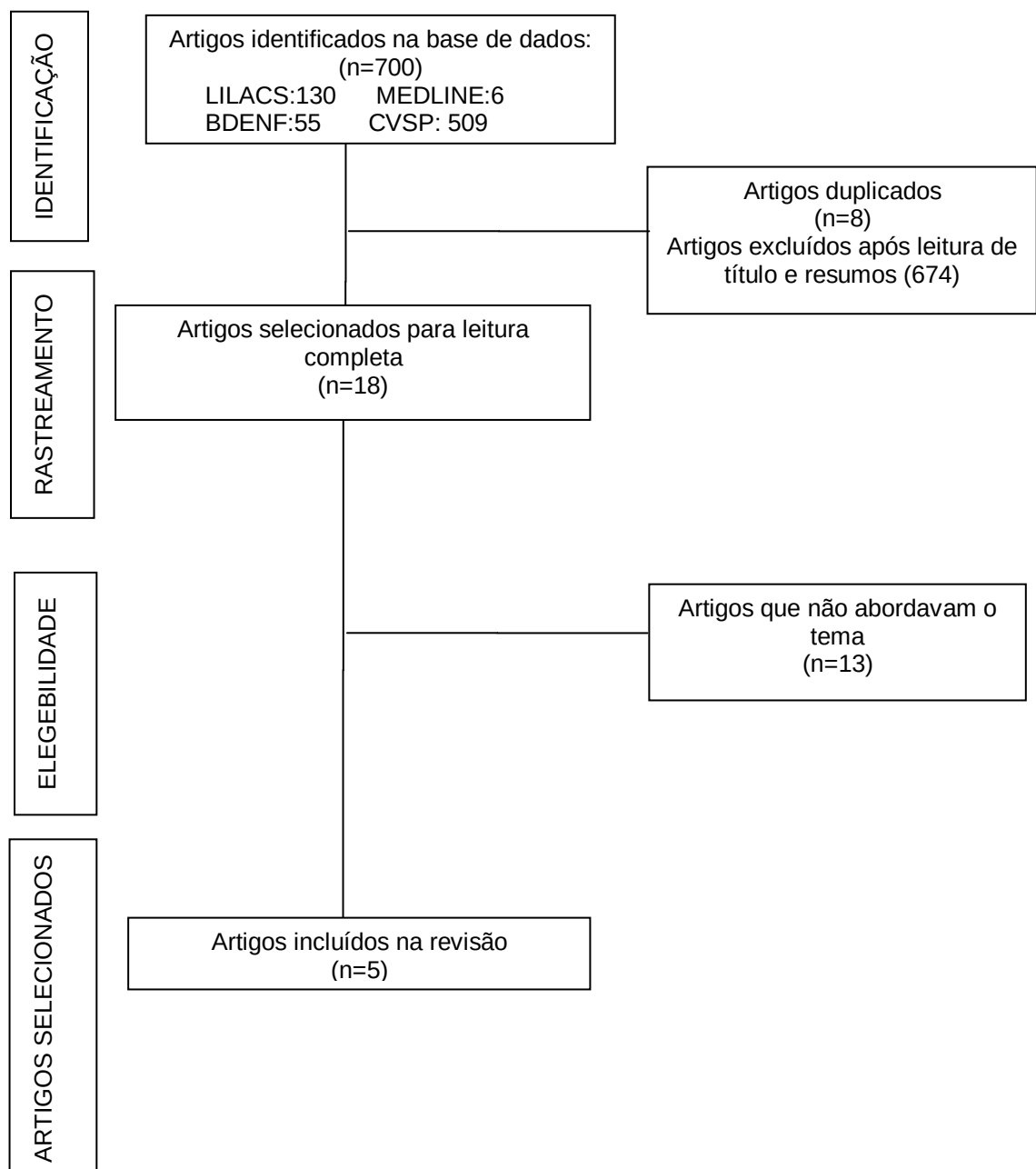
Para a apresentação dos resultados, foram construídos três quadros, sendo o primeiro com a caracterização dos estudos quanto ao autor/ano de publicação, objetivo, tipo de estudo e conclusão, o segundo com a descrição quanto às fragilidades e as soluções para o problema - Hipertensão Arterial e o terceiro com a categorização dos artigos quanto às fragilidades e as soluções para o problema - Diabetes Mellitus.

É importante destacar que o conteúdo dos artigos foi mantido conforme publicação, garantindo a autoria dos textos utilizados. Nesse sentido, torna-se pertinente detalhar a quantidade de estudos encontrados em cada uma das bases, como poderá ser constatado posteriormente nos resultados.

5 RESULTADOS

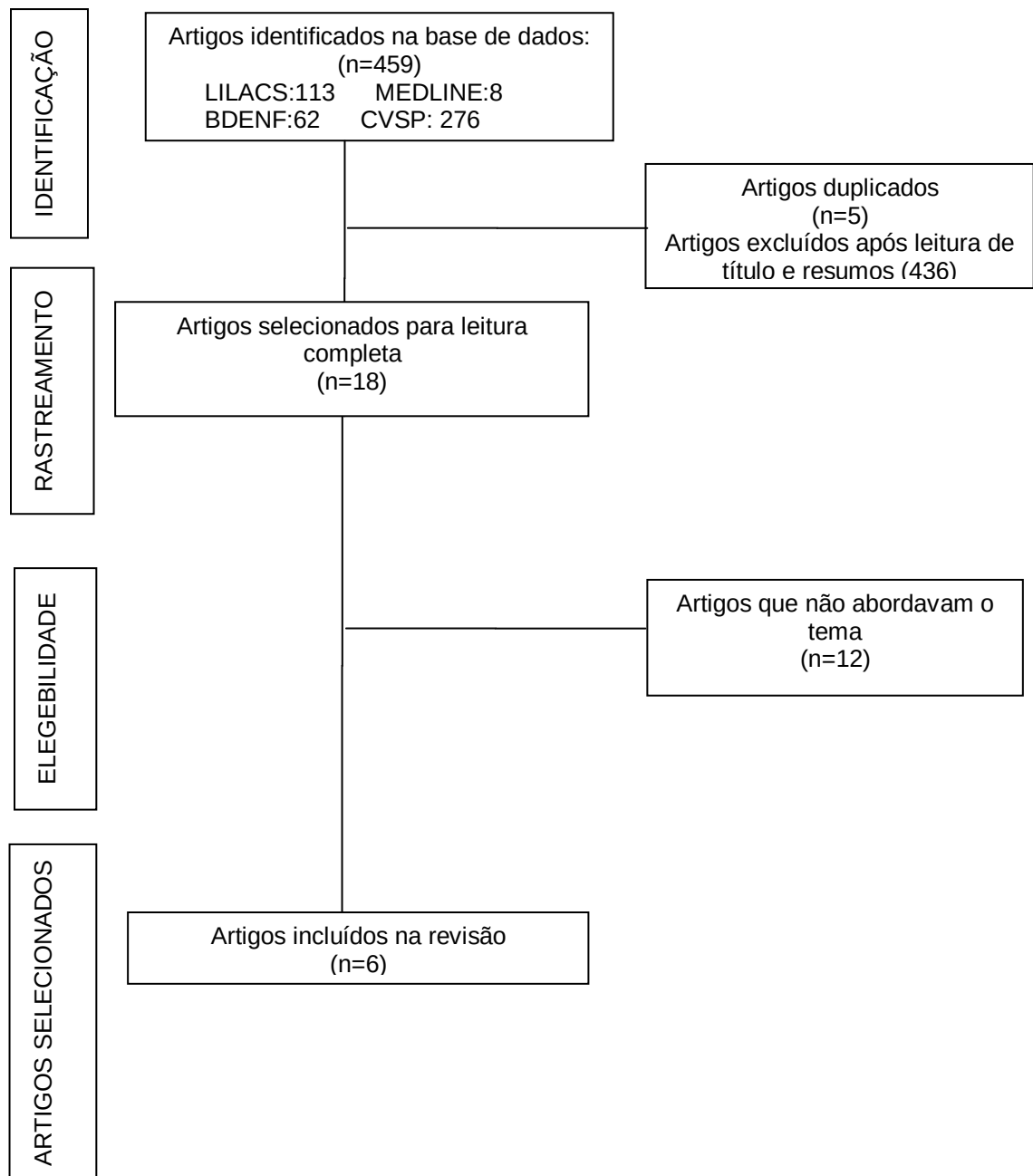
Após a realização da busca de artigos nas bases de dados, foram selecionados cinco artigos referentes aos descritores (DeCS): Hipertensão Arterial, Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família e seis artigos referente aos DeCS Diabetes Mellitus, Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família, como ilustrado na Figura 1 e 2.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos – Hipertensão Arterial



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos após análise – Diabetes Mellitus



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Os artigos que abordaram as fragilidades do programa Hiperdia no controle da HAS e do DM na APS do SUS, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Categorização dos artigos selecionados no estudo quanto ao autor/ano de publicação, objetivo, tipo de estudo e conclusão

Autor/ano	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusão
SALLES <i>et al.</i> , 2019	Identificar os recursos utilizados pelo enfermeiro da (ESF) para estimular a adesão do paciente ao tratamento da HAS	Estudo qualitativo	Recomenda-se a implantação de novas estratégias e recursos para o fortalecimento da adesão dos pacientes ao tratamento e, assim, reduzir as complicações e custos
SOUZA <i>et al.</i> , 2018	Investigar práticas de educação em saúde de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família voltadas para portadores de HAS e DM	Estudo exploratório com abordagem qualitativa	Recomenda-se o fortalecimento da educação continuada para a educação em saúde
SANTOS <i>et al.</i> , 2018	Conhecer a percepção dos usuários com diabetes acerca da assistência recebida na Atenção Primária à Saúde.	Estudo descritivo qualitativo	Sugere-se o atendimento realizado de forma organizada, humanizado e individualizado, baseado no vínculo comunidade x equipe, distribuição de medicamentos gratuitos, além do acesso e acessibilidade às consultas
SANTOS; SILVA; MARCON, 2018	Apreender como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família percebem as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com Diabetes na Atenção Básica	Estudo qualitativo do tipo estudo de caso	Percebe-se lacunas na organização do processo de trabalho da equipe, especialmente quanto ao envolvimento de todos os profissionais no planejamento e implementação das ações do programa HIPERDIA, além da fragilidade dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis para tais ações e pouco envolvimento da família nos cuidados com a doença
CORTEZ <i>et al.</i> , 2018	Avaliar o efeito de um programa educacional baseado no empoderamento das práticas de autocuidado para favorecer o cumprimento de metas em usuários com DM-2 na Atenção Primária à Saúde	Estudo quase-experimental	Algumas limitações são apontadas no estudo, tais como: inexistência de grupo controle, limitando o estabelecimento de evidências de associação com relação a intervenção avaliada
VASCONCEL OS, <i>et al.</i> , 2017	Analisar a produção científica sobre educação em saúde voltada à clientela hipertensa no cenário da mudança de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família	Relato de caso	São necessárias novas estratégias educativas que sejam condizentes com a realidade dos usuários hipertensos, favorecendo a promoção da saúde e a qualidade de vida
TORRES <i>et al.</i> , 2017	Analisar a comunicação terapêutica na interação entre profissional de saúde e paciente	Estudo descritivo com	As estratégias de comunicação terapêutica são pouco exploradas pelos profissionais de saúde, sendo

		abordagem qualitativa	necessário, portanto, desenvolver habilidades para empregá-las adequadamente no cuidado ao hipertenso
LIMA; SANTOS; MARCON, 2016	Conhecer a percepção de pessoas com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	Foi possível verificar a insatisfação quanto ao atendimento, especialmente no que diz respeito à estruturação das reuniões de Hiperdia, servindo prioritariamente para entrega de medicamentos, a ausência da consulta médica e a dificuldade para agendar as consultas, bem como a inflexibilidade de horários para as reuniões
SILVA <i>et al.</i> , 2014	Investigar as ações realizadas durante a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica	Estudo descritivo	A consulta de enfermagem ainda é incipiente em relação às pessoas com DM, fazendo-se necessário um processo de educação permanente dos enfermeiros
MATSUMOTO <i>et al.</i> , 2012	Contribuir na reorganização do processo de trabalho em relação ao Programa na unidade de saúde	Estudo qualitativo	Dificuldades dos usuários e dos próprios trabalhadores de saúde em conduzir cuidados que sejam mais integrais e permeados pela autonomia dos sujeitos
CARVALHO; NOGUEIRA; VIANA, 2011	Avaliar o Programa Hiperdia na perspectiva dos usuários	Descritivo, avaliativo, com abordagem quantitativa	Perceberam-se lacunas na realização de consultas, exames e oferta de medicação

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Apenas cinco artigos especificaram as fragilidades da atenção primária no controle da Hipertensão Arterial e seis artigos no controle do Diabetes Mellitus, como se observa no quadro 2 e 3, respectivamente.

Quadro 2 – Categorização dos artigos quanto às fragilidades e as soluções para o problema – Hipertensão Arterial

Autor/ano	Fragilidade	Solução
SALLES <i>et al.</i> , 2019	Falta de informação sobre a doença HAS; sobrecarga profissional com atividades administrativas e descrença nas atividades educacionais.	Desenvolvimento de ações em educação em saúde com estímulos de hábitos e atitudes de qualidade de vida; atualização e capacitação profissional.
VASCONCELOS, <i>et al.</i> , 2017	Educação em saúde em HAS não valorizando as diferentes formas de apreensão do conhecimento, tornando-se engessadas, não avançando seu real objetivo.	Métodos educacionais mais ativos, que possibilitem o envolvimento de todos os presentes na ação e que promovam, por meio de troca de conhecimento, aprendizados e adesão a novos hábitos de vida saudável. As rodas de conversa e oficinas remetem um novo olhar à educação em saúde, dinamizando momentos em grupos, oportunizando o estabelecimento de vínculos e facilitando a promoção da saúde e qualidade de vida.
TORRES <i>et al.</i> , 2017	Falta de habilidade profissional; comunicação terapêutica deficitária.	Qualificação profissional sobre as abordagens empregadas no processo comunicacional.
LIMA; SANTOS; MARCON, 2016	Ausência de profissional médico durante as reuniões do HIPERDIA; demora e/ou dificuldade no agendamento de consultas; ausência de exame físico durante as consultas e inflexibilidade de horários das consultas.	Flexibilização dos horários de atendimento; presença do profissional médico durante as reuniões, a fim de reduzir a necessidade de nova ida do usuário a ub's; garantia de retorno das consultas médicas e de enfermagem e Capacitação da equipe centrada na solução dos problemas de acordo com as necessidades de cada usuário.
CARVALHO; NOGUEIRA; VIANA, 2011	Frequência insatisfatória dos usuários as consultas; ausência da estratificação de risco cardiovascular; falta constante de medicamentos nas ub's; uso de medicamentos que não constam na lista fornecida pela farmácia básica e ausência de atividades de educação em saúde.	Sensibilização dos profissionais sobre a importância da estratificação de risco cardiovascular e os exames de rotina; inserção de outros tipos de medicações na farmácia básica que se adéquem a esquemas terapêuticos mais eficientes e possibilitem outras opções medicamentosas aos profissionais de saúde; Educação em saúde como prática constante no cotidiano.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Quadro 3 – Categorização dos artigos quanto às fragilidades e as soluções para o problema – Diabetes Mellitus

Autor/ano	Fragilidade	Solução
SOUZA <i>et al.</i> , 2018	Falta de preparo profissional em educação em saúde	Capacitação de profissionais, ação em saúde voltada ao atendimento da família e da comunidade por meio de raciocínio crítico e empoderamento dos sujeitos. Uso da sala de espera para desenvolver educação em saúde.
SANTOS <i>et al.</i> , 2018	Demora ou dificuldade no agendamento de consultas, estrutura física inadequada e número insuficiente de profissionais.	Seguimento periódico dos usuários do programa; Acessibilidade do usuário aos serviços ofertados na UBS; Escuta profissional qualificada.
SANTOS; SILVA; MARCON, 2018	Ausência de atividades educativas exclusivas para DM; Ausência de consulta médica durante a realização do hiperdia; Tempo insuficiente para realização do grupo em saúde, Grupo de hiperdia voltado apenas para troca de receitas.	Capacitação em diabetes para os profissionais de saúde; disponibilidade do profissional médico na participação dos grupos; Participação da família e cooperação interdisciplinar, valorizando assim diferentes saberes.
CORTEZ, <i>et al.</i> 2018	Inexistência de grupo controle, limitando o entendimento dos usuários durante a participação no grupo.	Desenvolvimento de programas educativos com abordagem de empoderamento a fim de oferecer a esses usuários, condições para gerir de maneira eficaz sua saúde.
SILVA <i>et al.</i> , 2014	Consultas de enfermagem sem registro em prontuário; consulta de enfermagem somente na demanda espontânea.	Melhora do registro em prontuário a partir da capacitação dos profissionais; Programação de consultas de enfermagem agendada para continuidade dos cuidados.
MATSUMOTO <i>et al.</i> , 2012	Baixa adesão dos usuários cadastrados; visita domiciliar com tempo insuficiente para realização da educação em saúde.	Organização de ações para melhoria do autocuidado apoiado; divisão de grupos de hiperdia por equipes.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

6 DISCUSSÃO

As fragilidades do Programa HIPERDIA da APS no controle da HAS e DM encontradas neste estudo estiveram relacionadas, principalmente a: carência da educação em saúde; quantidade e/ou qualidade insuficiente de consultas médicas e/ou com enfermeiros; dificuldades no agendamento e/ou predominância de consultas de demanda espontânea; insatisfação no atendimento profissional; qualificação profissional insatisfatória; baixa adesão dos usuários cadastrados e ausência de equipamentos/medicamentos necessários para a condução dos grupos.

As principais soluções encontradas na literatura para esses desafios por sua vez se apoiaram no: desenvolvimento de práticas em educação em saúde com foco na qualidade de vida; presença mais frequente dos médicos na participação dos grupos; consultas de enfermagem agendadas para dar continuidade aos cuidados; na atualização e capacitação profissional com estímulos direcionados à progressão na carreira profissional; na flexibilização dos horários de atendimento; na escuta profissional qualificada e na acessibilidade do usuário aos serviços ofertados na USF.

A carência de educação em saúde é uma das fragilidades notáveis no HIPERDIA. Santos, Silva, Marcon (2018) perceberam a ausência de atividades educativas exclusivas para DM, em concordância com o estudo de Matsumoto *et al.* (2012) que problematizaram a visita domiciliar com tempo insuficiente para educação em saúde. Souza *et al.* (2018) corroboraram com essa ideia apontando que o profissional no HIPERDIA não apresenta preparo em educação em saúde. Cortez *et al.* (2018) por sua vez notaram que a inexistência de grupo controle limita o entendimento dos usuários durante a participação no grupo HIPERDIA, dificultando o empoderamento desses usuários em sua própria saúde.

As principais soluções encontradas para a carência em educação em saúde no HIPERDIA são: capacitações para os profissionais de saúde; disponibilidade do profissional médico nos grupos; participação da família e cooperação interdisciplinar; (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018); divisão de grupos de HIPERDIA por equipes

(MATSUMOTO *et al.*, 2012); ações em saúde voltadas ao atendimento familiar e da comunidade, além do uso da sala de espera para desenvolver educação em saúde (SOUZA *et al.*, 2018). Outras soluções para essa fragilidade são representadas ainda pelo desenvolvimento de programas educativos com abordagem de empoderamento de cuidados eficazes em saúde (CORTEZ *et al.*, 2018).

Sobre a quantidade e/ou qualidade insuficiente de consultas médicas e/ou com enfermeiros no HIPERDIA, Carvalho, Santos, Nogueira (2011) perceberam que tem sido constante a ausência da estratificação de risco cardiovascular durante as consultas. Em concordância com esses achados, Silva *et al.* (2014) deram destaque ao fato de que muitas consultas de enfermagem acabam ficando sem registro em prontuário. Ainda, Lima, Santos, Marcon (2016) mencionaram a respeito da ocorrência de ausência de exame físico durante as consultas.

A alternativa encontrada perante a ausência da estratificação de risco cardiovascular durante as consultas se baseia na sensibilização dos profissionais sobre a importância da estratificação de risco cardiovascular e os exames de rotina (CARVALHO; SANTOS; NOGUEIRA, 2011). Para superar as consultas de enfermagem sem registro no prontuário, o ideal seria a melhora do registro em prontuário a partir da capacitação dos profissionais (SILVA *et al.*, 2014). Ademais, visando driblar a ausência de exame físico durante as consultas, é recomendada garantia de retorno das consultas médicas e de enfermagem e capacitação da equipe centrada na solução dos problemas de acordo com as necessidades de cada usuário (LIMA; SANTOS; MARCON, 2016).

A respeito das dificuldades no agendamento e/ou predominância de consultas de demanda espontânea no HIPERDIA, Silva *et al.* (2014) abordaram o fato de que no HIPERDIA predominavam as consultas de enfermagem somente na demanda espontânea. Nesse sentido, Santos *et al.* (2018) mencionaram a respeito da demora e/ou dificuldade no agendamento e da inflexibilidade de horários das consultas. Além disso, Santos, Silva, Marcon (2018) notaram que o grupo de hiperdia estava voltado apenas para troca de receitas.

Nesse sentido, recomenda-se superar esse problema por meio da programação de consultas de enfermagem agendada para continuidade dos cuidados (SILVA *et al.*, 2014), do seguimento periódico dos usuários do programa, além da própria acessibilidade do usuário aos serviços ofertados na UBS, de uma escuta profissional qualificada (SANTOS *et al.*, 2018), da disponibilidade do profissional médico na participação dos grupos e da participação da família e cooperação interdisciplinar (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Tratando-se da insatisfação dos usuários no atendimento profissional durante o HIPERDIA, frisando a qualificação profissional insatisfatória, Lima, Santos, Lima (2016) relataram sobre a ausência de profissional médico durante as reuniões do HIPERDIA. Já Torres *et al.* (2017) notaram que existe uma falta de habilidade profissional, além de uma comunicação terapêutica deficitária que poderia justificá-la. Nesse mesmo raciocínio, Salles *et al.* (2019) inferiram que essa fragilidade também poderia estar associada a sobrecarga profissional com atividades administrativas e descrença nas atividades educacionais.

O que pode solucionar esse tipo de problemática é a realização de uma qualificação profissional com direcionamento sobre as abordagens empregadas no processo comunicacional (TORRES *et al.*, 2017; SALLES *et al.*, 2019) e a presença do profissional médico durante as reuniões do HIPERDIA (LIMA; SANTOS; LIMA, 2016). Além disso, uma outra alternativa para aumentar a satisfação dos usuários no atendimento profissional durante o HIPERDIA seria o desenvolvimento de ações em educação em saúde com estímulos de hábitos e atitudes de qualidade de vida (SALLES *et al.*, 2019).

No que se refere a adesão dos usuários cadastrados no HIPERDIA, Matsumoto *et al.* (2012) expuseram a problemática da baixa adesão dos usuários cadastrados e, que essa fragilidade pode ser superada por meio organização de ações para melhoria do autocuidado apoiado.

Por fim quando se menciona a ausência de equipamentos/medicamentos necessários para a condução dos grupos no HIPERDIA, Carvalho, Nogueira e Viana

(2011) mencionaram que existe uma constante de medicamentos nas UBS, além do uso de medicamentos que não constam na lista fornecida pela farmácia básica. A solução para esse problema encontra-se em consonância com a inserção de outros tipos de medicações na farmácia básica que se adéquem a esquemas terapêuticos mais eficientes que possibilitem outras opções medicamentosas aos profissionais de saúde, além da educação em saúde como prática constante no cotidiano.

Em suma, o HIPERDIA é significativamente importante para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e qualidade de vida para os indivíduos que apresentam HAS e DM e frequentam o SUS, no contexto da APS. Entretanto, são necessárias mudanças em sua implementação de modo a visualizar na prática, bem diferente da legalidade, um real comprometimento das equipes de saúde e da educação continuada. Nesse sentido, esse estudo teve limitações, levando em consideração que forneceu informações mais amplas sobre a temática, mas, cumpriu seu objetivo principal, de modo a estimular a tomada de decisão fundamentada sobre a melhor assistência prestada aos usuários do SUS que compõem esse programa.

7 CONCLUSÃO

O Programa Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos apresenta diversas fragilidades em sua implementação na Atenção Primária à Saúde. No que se refere principalmente aos aspectos que incluem: a gestão; os mecanismos de educação em saúde; o perfil dos profissionais de saúde envolvidos no programa e o fluxo e as estratégias das intervenções em saúde, o que interfere diretamente como lacunas no controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Constata-se que as soluções para as fragilidades da implementação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos se baseiam na intensificação de práticas em educação em saúde; na assiduidade, atualização e capacitação dos profissionais presentes no programa; na escuta profissional qualificada; na acessibilidade do usuário aos serviços ofertados nas Unidades de Saúde da Família, além da reorganização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

Além disso, medidas intraterritoriais, como a busca ativa, o empoderamento do usuário enquanto ser ativo de sua condição de saúde, participante das tomadas de decisões e condutas, e, não apenas um sujeito passivo de cuidados e o envolvimento familiar são extremamente importantes na manutenção nos cuidados em saúde, assim como o trabalho multiprofissional que adquire o papel de um instrumento significativo para intervenção em saúde na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. *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, p. 1-8, 2018.

ANDRADE, A. N.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Paradoxos das políticas públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Org.). **Psicologia e saúde**: um campo em construção. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2003.

BRASIL. **Hiperdia**. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/hiperdia/hiperdia.php?area=2907^1B0C0D0E0F2907G1628HIJd1L2MON&Vinclude=../site/texto.php>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Lei Federal de nº 11.347 de 17 de setembro de 2006**: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, 2006.

BORGES, M. *et al.* Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: ERVATTI, L. G.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções das populações. Brasília, DF: IBGE, 2015.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na atenção básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, Florianópolis, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União seção 1, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**. Institui a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família – PSF**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva - trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União seção 1, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252/GM de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União seção 1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Diário Oficial da União seção 1, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Cadernos de Atenção Básica, 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Una-Sus. **Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros**. 2020.

CABRAL, I. **Os reflexos do neoliberalismo para o sucateamento da saúde pública e seus rebatimentos nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais da ESF e do NASF**. Orientador: Edla Hoffmann. 2013. 202 f. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social: Natal, 2013.

CORTEZ, D. *et al.* Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. **Ciencia y Enfermeria**, v.24, n.3, p. 1-10, 2018.

DIAS, B. A. S. *et al.* Distribuição espacial das internações hospitalares por diabetes mellitus no Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 22, n. 2, p. 40-47, 2021.

DIAS R.; MATOS, F. O conceito de política pública. *In*: DIAS, R e MATOS, F. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

FARIAS, H. T. G. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, 2017.

FREI, A. *et al.* Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. **Diabetes Care**, v. 37, n. 4, p.1039-1047, 2014.

GARDNER, D.; SHOWBACK, D. **Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology**. 9th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2019.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de saúde pública, v. 34, n. 8, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00029818

GIRÃO, A.; FREITAS, C. Usuários hipertensos na Atenção Primária à Saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.2, 2016.

GROSSI, S. A. A. **Educação em diabética**. 1 ed. São Paulo (SP): Instituto para o Desenvolvimento em Saúde, 2001, 250p. Disponível em: <http://www.ids-saude.uol.com.br/>. Acesso em: 01 agosto 2021.

HEIDEMANN, F. G. **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LIMA, J; LIMA, A.; MARCON, S. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. **Revista de Pesquisa é Cuidado Fundamental Online**, v.8, n.1, p. 3945-3956, 2016.

MATSUMOTO, P. *et al.* A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p. 761-765, 2012.

MELO, E. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n.1, p. 38-51, 2018.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: Mendes, E. V. **Distrito sanitário**: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: ABRASCO; HUCITEC, 1994. p.19-91.

MENDES, K. *et al.* Revisão integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MENEZES JÚNIOR, J. E. *et al.* Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 1045-1051, 2011.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina Ribeirão Preto Online**, v. 46, n. 3, p. 256-72, 2013.

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.10, 2013.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/ resource/pt/lil-45625>. Acesso em: 05 junho 2021.

PINHEIRO JÚNIOR, F. A. F. **A evolução das políticas sociais no Brasil**: o período de 1930 a 2010. São Paulo, 2010. Tese de Doutorado em Administração Pública e Governo. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas: São Paulo, 2014.

QUEIROZ FILHO, G. **Desenvolvimento capitalista no Brasil no contexto da reforma trabalhista de 2017: avanços e/ou retrocessos**. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano. UNIFACS: Salvador, 2020.

REIS, D.; ARAÚJO, E.; CECÍLIO, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Gestor. P. 31-47, s.d. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad e_4.pdf. Acesso em: 01 junho 2021.

SALLES, A. *et al.* O enfermeiro e a questão da adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Enfermagem UERJ**, v.27, n.1, p. 1-7, 2019.

SANTANA, P. C.; LEMOS, M. C. (Org.). **30 anos da Constituição da República**: análises contemporâneas e necessárias. Brasília: Praeceptor, 2018.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas: Saberes Editora, 2012.

SANTOS, A. *et al.* Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na atenção primária à saúde. **Revista da ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, v.21, n.2, p. 251-258, 2018.

SANTOS, A.; SILVA, E.; MARCON, S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enfermagem**, v.27, n.1, p. e2630014, 2018.

SANTOS, R. S. *et al.* Rede de Atenção à Saúde ao portador de diabetes mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde em Debate**, v. 39, n. esp., p. 268-282, 2015.

SILVA, T. *et al.* Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes *mellitus* na atenção básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.3, 2014.

SILVA, W. C. *et al.* Disponibilidade farmacológica e não adesão a terapêutica: um problema de saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.20, n.323, 2019.

SILVA, J. V. *et al.* Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 626-632, 2015.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde coletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

SOARES, C. A. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

ROCHA, R. G. *et al.* Complicação do diabetes *mellitus*: uma revisão de literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 92-104, 2015.

SOUZA, E. *et al.* Educação em saúde a portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária. **Nursing**, v.21, n.240, p. 2178-2183, 2018. Acesso em: 07 junho 2021.

SOUZA, M. *et al.* Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, v.1, Pt 1, p.102-106, 2010.

SOUZA, I. P. *et al.* Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p. 618-627, 2009.

SOUZA, A. P.; SILVA, D. F.; MAREZE, C. Associação entre parâmetros do sono, estilo de vida e fatores de risco para síndrome metabólica e hipercreatininemia em pacientes acompanhadas pelo Programa HiperDia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 2, p. 65-78, 2017.

SZWARCWALD, C. L., *et al.* Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.2, p. 132-145, 2015.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, Salvador, p. 1-11, 2002.

TORRES, G. *et al.* Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.38, n.4, p. 1-8, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica no serviço de emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.6, p. 1149-1456, 2015.

VASCONCELOS, M. *et al.* Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v.20, n.2, p. 253-262, 2017.

VILA VELHA (Município). Secretaria de Saúde. Vila Velha online. **Informações sobre serviços de saúde**. Prefeitura de Vila Velha, 2021.

VIDIGAL, P. G. *et al.* Challenges of the Unified Health System: present status of public laboratory services in 31 cities of Minas Gerais, Brazil. **J Bras Patol Med Lab.**, v.50, n.2, p. 115-123, 2014.

VITURI, D. W. *et al.* Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Latin Am J Nurs.**, v.21, n.5, p. 1179-1187, 2013.

