



Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde^a

Practices of nurses in monitoring Chronic Non-communicable Diseases in Primary Health Care
Prácticas del enfermero en el seguimiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Atención Primaria de Salud

Viviana Mariá Draeger¹

Selma Regina de Andrade¹

Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

Caroline Cechinel-Peiter¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde para o monitoramento das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em um município do interior do Estado de Santa Catarina. **Método:** estudo de caso único, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de triangulação de técnicas: entrevistas focadas, análise documental e banco de dados *on-line*, de janeiro a julho de 2019. As técnicas de análise deram-se por meio de proposições teóricas e da construção da explicação relativas às práticas dos enfermeiros. **Resultados:** as práticas do enfermeiro para o monitoramento das doenças crônicas identificadas foram: Grupo HiperDia; educação em saúde; telemonitoramento; acolhimento; visita domiciliar; consulta de Enfermagem; plano de cuidados; automonitoramento e protocolos. **Conclusão e implicações para a prática:** os enfermeiros do contexto estudado realizam práticas diversas para o monitoramento das doenças crônicas, contribuindo para a efetividade das políticas para esta condição e, possivelmente, com a queda no indicador de mortalidade por essas causas.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Doença Crônica; Enfermagem; Saúde Pública; Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the Primary Health Care nurses' practices for monitoring the four main Chronic Non-communicable Diseases (circulatory system diseases, cancer, diabetes, and chronic respiratory diseases) in a city in the interior of Santa Catarina State. **Method:** single case study, qualitative approach. Data was collected through triangulation of techniques: focused interviews, document analysis, and online database, from January to July 2019. The analysis techniques were given by means of theoretical propositions and the construction of explanation regarding the nurses' practices. **Results:** the nurse's practices for monitoring chronic diseases identified were: *HiperDia* Group; health education; tele-monitoring; welcoming; home visits; nursing consultation; care plan; self-monitoring and protocols. **Conclusion and implications for the practice:** the nurses in the studied context perform several practices for the monitoring of chronic diseases, contributing to the effectiveness of policies for this condition and, possibly, with the drop in the mortality indicator for these causes.

Keywords: Nursing Care; Chronic Disease; Nursing; Public Health; Public Health Surveillance.

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas de los enfermeros en la Atención Primaria de Salud para el seguimiento de las cuatro principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles (enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) en un municipio del interior del Estado de Santa Catarina. **Método:** estudio de caso único, con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de triangulación de técnicas: entrevistas focalizadas, análisis de documentos y base de datos en línea, de enero a julio de 2019. Las técnicas de análisis ocurrieron a través de proposiciones teóricas y la construcción de la explicación relacionadas con las prácticas de los enfermeros. **Resultados:** las prácticas de enfermería para el acompañamiento de las enfermedades crónicas identificadas fueron: Grupo HiperDia; educación para la salud; televigilancia; recepción; visita a casa; consulta de Enfermería; plan de cuidados; autocontrol y protocolos. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los enfermeros en el contexto estudiado realizan diferentes prácticas de seguimiento de enfermedades crónicas, contribuyendo para la efectividad de las políticas para esta condición y, posiblemente, con una caída en el indicador de mortalidad por esas causas.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Enfermedad crónica; Enfermería; Salud pública; Vigilancia de la Salud Pública.

Autor correspondente:

Viviana Mariá Draeger.

E-mail: vividraeger@hotmail.com

Recebido em 17/09/2021.

Aprovado em 29/04/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0353pt>

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem avançado no paradigma de coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na resolutividade dos problemas coletivos de saúde. Isto se deve ao seu potencial para identificar riscos à saúde da população, realizar educação e orientação comunitária com cuidado longitudinal, integral, centrado na família. No Brasil, a APS está estruturada por meio da atuação multiprofissional organizada, prioritariamente, em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).¹

Nessa conjuntura, o enfermeiro vem revelando-se como importante profissional para a consolidação e expansão da APS devido à sua contribuição na identificação das necessidades de cuidado comunitário e empoderamento de pessoas em relação aos processos de saúde e doença.^{2,3} O protagonismo do enfermeiro na ESF é evidenciado no cuidado à saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O aumento da prevalência dessas doenças demanda uma nova forma de atuação em direção à promoção da saúde a fim de evitar complicações e proporcionar qualidade de vida da pessoa com alguma doença dessa natureza.¹

As DCNT representam um dos principais problemas de saúde pública no mundo, estando relacionadas à privação do bem-estar, limitações laborais, além de agravar os problemas econômicos das famílias. Dentre essas doenças, destacam-se quatro principais causas de mortes prematuras: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e pulmonares crônicas. Assim, realizar o monitoramento das DCNT implica uma intervenção custo-efetiva no enfrentamento desse novo perfil epidemiológico para o qual é possível avaliar a efetividade das políticas públicas para as DCNT e delinear melhor o planejamento em saúde.⁴

Atualmente, o relevante crescimento dessas doenças e o alarmante perfil epidemiológico de mortes prematuras projetam uma nova perspectiva de atuação da APS em direção à promoção à saúde, evitabilidade de óbitos e qualidade de vida das pessoas que vivem com essas doenças.²⁻⁴ Destaca-se, nesse contexto, a atuação do enfermeiro cujas dinâmicas de trabalho e intervenção frente às DCNT na APS podem sofrer alterações, dependendo, entre outros aspectos, do porte do município, da cobertura da ESF, do perfil epidemiológico e territorial da população.

Esses múltiplos elementos, aliados às demandas administrativo-assistenciais da APS, indicam possíveis lacunas quanto à complexidade e pluralidade^{3,5} do conhecimento em distintos contextos e demandam a realização de estudos sobre as práticas de monitoramento das DCNT realizadas pelo enfermeiro da APS. Nesse sentido, justifica-se a realização deste estudo cuja divulgação permitirá expor as modalidades de tais práticas em um cenário real, além de contribuir para a vigilância e os cuidados das pessoas com DCNT.

Ao admitir, como proposições teóricas, que as atividades desenvolvidas na APS estão relacionadas com a redução das taxas de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT e que os enfermeiros da APS desenvolvem atividades específicas para o monitoramento das DCNT, questionou-se: “Como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde atuam para

o monitoramento do conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis?”.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as práticas do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde para o monitoramento das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em um município do interior do Estado de Santa Catarina.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso único, que compreende uma investigação empírica que busca aprofundar um fenômeno contemporâneo por meio de características holísticas e significativas dos eventos.⁶ Optou-se pela aplicação metodológica do tipo holístico de caso único por tratar-se de um caso representativo e revelador para o tema em questão, uma vez que as informações simulam eventos institucionais usuais de um fenômeno constante, caracterizando uma unidade lógica.

As etapas do estudo de caso foram respeitadas com os procedimentos de elaboração de protocolo para a realização do estudo a partir da admissão prévia de proposições teóricas. Em seguida, processou-se a coleta de dados, com base em três principais fontes de evidências, com vistas à triangulação de dados: entrevistas, pesquisa documental e pesquisa em bancos de dados públicos *on-line*. Na etapa seguinte, desenvolveram-se a descrição do caso e a construção da explanação ou explicação do fenômeno.⁶

O estudo foi realizado em doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) da APS de um município de pequeno porte de Santa Catarina. O cenário escolhido foi selecionado por ter 100% de cobertura de ESF e classificação majoritária entre “ótimo” e “muito bom” na certificação de desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Como fonte de dados, foram utilizados: 1) entrevista focada, realizada com enfermeiros da APS de um município do interior do Estado de Santa Catarina; 2) pesquisa documental com base em documentos publicados pelo Ministério da Saúde e do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren-SC) e 3) levantamento de dados públicos *on-line* coletados do provedor de soluções de *software* do Ministério da Saúde (DATASUS). Essa triangulação de dados contribui com a validade do constructo, ou seja, permite uma abordagem mais aprofundada dos aspectos relacionados ao objeto de estudo, sendo possível o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, o que confere maior confiabilidade à pesquisa.⁶

Para o levantamento de dados públicos, foram utilizados os registros de óbitos dos residentes de Timbó pelas DCNT classificadas pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): doenças do aparelho circulatório (Códigos I00-I99), neoplasias malignas (Códigos C00-C97), doenças do sistema respiratório (Códigos J30-J98) e *Diabetes Mellitus* (Códigos E10-E14), em indivíduos de 30 a 69 anos, consideradas as causas de mortalidade prematura nos anos de 2005 a 2015. Esse recorte temporal justifica-se pela disponibilidade dos dados no DATASUS. Contudo, apesar de tratar-se de dados oficiais,

faz-se a ressalva de que as doenças do aparelho circulatório e do sistema respiratório não tratam de agravos crônicos à saúde necessariamente, podendo ser agravos agudos que levaram ao óbito. Desse modo, tais dados necessitam de cautela em sua análise.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho de cada participante, com duração aproximada de 30 minutos, no período de janeiro a julho de 2019, utilizando um roteiro semiestruturado, componente do protocolo do estudo de caso elaborado pelas autoras, que buscou responder à questão norteadora: “Como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde atuam no monitoramento do conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis?”. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Quanto aos documentos, foram selecionados 18 documentos, dentre diretrizes, manuais, protocolos e Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, posteriormente nomeados de Doc1 a Doc18 (Quadro 1). Por fim, as taxas de mortalidade foram organizadas após o cálculo das taxas específicas de mortalidade segundo a faixa etária, por 100 mil habitantes, por meio da estimativa populacional no município a partir do Censo do Brasil de 2010, conforme o agrupamento das causas prematuras de mortalidade pela CID-10, pelo método direto e ajustadas por meio da aplicação média centrada em três termos no período pesquisado.

Os dados foram processados com o auxílio do *software* MAXQDA®2018 e analisados seguindo a estratégia analítica de proposições teóricas (proposições teóricas previamente elaboradas) para descrição e explicação do caso. Desse modo,

foi utilizada a técnica analítica de construção da explicação cuja finalidade é analisar os dados do estudo, construindo uma explicação sobre o fenômeno.⁶

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer nº 3.168.895. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os trechos de depoimentos dos participantes são identificados no texto por siglas de E1 a E12.

RESULTADOS

A população do estudo caracterizou-se como censitária, uma vez que todos os 12 enfermeiros da APS do município foram entrevistados dos quais 11 são enfermeiras e um é enfermeiro, com idade média de 42 anos. Os participantes apresentaram formação média de 20,6 anos e experiência média no campo da APS de 15,3 anos. Do total, 11 possuíam, ao menos, uma especialização, sendo dois entrevistados com formação *Stricto sensu* (mestrado).

Importante destacar que, preliminarmente à realização das entrevistas, buscou-se identificar a tendência do indicador de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT no município em estudo. Esta iniciativa possibilitou reconhecer o comportamento da mortalidade por DCNT neste caso, bem como estabelecer inferência sobre as taxas de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT e as atividades desenvolvidas na APS.

Quadro 1. Documentos analisados na triangulação de dados do estudo de caso. Timbó, SC, 2019.

Código/ Referência	Título	Ano de publicação	Órgão responsável
Doc1 ⁷	Controle dos cânceres de colo de útero e da mama	2013	Ministério da Saúde
Doc2 ⁸	Rastreamento	2013	Ministério da Saúde
Doc3 ⁹	Doenças Respiratórias Crônicas	2010	Ministério da Saúde
Doc4 ¹⁰	Acolhimento à Demanda Espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica	2012	Ministério da Saúde
Doc5 ¹¹	Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica	2014	Ministério da Saúde
Doc6 ¹²	Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica – <i>Diabetes Mellitus</i>	2013	Ministério da Saúde
Doc7 ¹³	Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica	2014	Ministério da Saúde
Doc8 ¹⁴	Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica – Obesidade	2014	Ministério da Saúde
Doc9 ¹⁵	Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica – O cuidado da pessoa tabagista	2015	Ministério da Saúde
Doc10 ¹⁶	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias	2013	Ministério da Saúde
Doc11 ¹⁷	Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero	2011	Ministério da Saúde/INCA
Doc12 ¹⁸	Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao <i>Diabetes Mellitus</i>	2001	Ministério da Saúde
Doc13 ¹⁹	Integração atenção básica e vigilância em saúde	2018	Ministério da Saúde
Doc14 ²⁰	Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica	2016	Ministério da Saúde
Doc15 ²¹	Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade nas Redes de Atenção à Saúde	2014	Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde
Doc16 ²²	Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	2016	Ministério da Saúde
Doc17 ²³	Saúde da mulher: acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida	2016	COREN/SC
Doc18 ²⁴	Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares	2017	COREN/SC

Assim, no município estudado, no período 2005 a 2015, identificou-se a ocorrência de 590 óbitos pelo conjunto das quatro principais DCNT. Os dados do DATASUS mostraram um declínio na mortalidade por DCNT, principalmente na faixa etária dos 39 a 69 anos de idade. Observou-se uma tendência de redução de 2% ao ano na taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doença pulmonar crônica), no período de 2005 a 2015, em Timbó (SC). Observou-se, também, uma redução significativa da variação anual percentual média da taxa de mortalidade prematura em Timbó no período de 2006 a 2014: -3.1 ^ (-2.8; -2,3).

Estes resultados promissores de declínio da mortalidade sobre as quatro DCNT podem estar efetivamente relacionados

a alguma ação/intervenção realizada, em especial, na APS. A inevitabilidade de tais óbitos guarda relação com ações desenvolvidas para o monitoramento das pessoas com DCNT, além daquelas de promoção da saúde e de prevenção de eventos agudos resultantes destas doenças. Esses fatos permitem triangular com as ações reveladas na análise de documentos públicos e com aquelas reveladas pelos participantes, sugerindo que tais ações contribuíram para a redução da proporção dos óbitos por essas causas.

A análise derivada das fontes de evidências possibilitou a identificação das práticas desses enfermeiros para o monitoramento das DCNT (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese das práticas de monitoramento das DCNT no caso estudado conforme a fonte de evidência. Timbó, SC, 2019.

Prática de monitoramento	Evidência nas entrevistas	Evidência documental
Grupo “HiperDia”	E1; E2; E3; E4; E5; E8; E10; E11; E12 <i>Com essa estratégia [HiperDia], a gente percebe que a gente não tem mais pacientes descompensados. Impressionante a mudança que a gente vem observando. (E5)</i>	Doc2; ⁸ Doc5; ¹¹ Doc6; ¹² Doc10; ¹⁶ Doc17 ²³
Educação em saúde	E5; E11 <i>Todos os pacientes vêm de dois em dois meses para a unidade buscar seu medicamento, eles têm um dia que é o dia deles, com consulta de Enfermagem, médica e todos eles participam de uma atividade educativa voltada pra patologia da doença crônica. (E5)</i>	Doc2; ⁸ Doc3; ⁹ Doc4; ¹⁰ Doc7; ¹³ Doc8 ; Doc11; ¹⁷ Doc12 ¹⁸
Telemonitoramento	E9 <i>A gente ajuda a buscar qualidade e mudanças no estilo de vida para tentar afastar as comorbidades, mas, sem esse acompanhamento, eles não conseguem fazer. (E9)</i>	Doc2 ⁸
Acolhimento	E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11 <i>No acolhimento, a gente verifica se a pessoa está fazendo acompanhamento ou não, se está medindo a pressão ou não, medindo a glicemia ou não. (E3)</i>	Doc2; ⁸ Doc3; ⁹ Doc4; ¹⁰ Doc 6; ¹² Doc10; ¹⁶ Doc12; ¹⁸ Doc14; ²⁰ Doc15; ²¹ Doc18 ²⁴
Visita domiciliar	E2; E3; E5; E7; E8; E9; E10; E11 <i>O agente de saúde que identifica e monitora os pacientes no domicílio e comunica a gente pra fazer a visita e, assim, verificar como o paciente está. (E10)</i>	Doc1; ⁷ Doc3; ⁹ Doc6; ¹² Doc9; ¹⁵ Doc14; ²⁰ Doc16; ²² Doc18 ²⁴
Consulta de Enfermagem	E2; E3; E4; E5; E7; E8; E9; E10; E11; E12 <i>Nas consultas, orientamos questões de estilo de vida, mudanças necessárias e, depois, a gente vê o resultado. (E10)</i>	Doc1; ⁷ Doc4; ¹⁰ Doc12; ¹⁸ Doc14; ²⁰ Doc15; ²¹ Doc18 ²⁴
Plano de cuidados	E5; E6; E10 <i>A gente vai determinando o que vai fazer com ele [paciente], se vai programar uma avaliação médica ou monitoramento prévio de uma hipertensão ou diabetes por um determinado período para depois avaliar [...] e, assim, se faz um planejamento de ações. (E6)</i>	Doc1; ⁷ Doc2 ⁸ ; Doc4; ¹⁰ Doc8; ¹⁴ Doc9; ¹⁵ Doc10; ¹⁶ Doc11; ¹⁷ Doc12; ¹⁸ Doc13 ¹⁹
Automonitoramento	E5; E10 <i>À medida que a gente acompanha esse paciente, ele consegue fazer esse resgate de forma precoce antes que, necessariamente, um AVC se instale, uma amputação de um [paciente] diabético. (E10)</i>	Doc4; ¹⁰ Doc7; ¹³ Doc8; ¹⁴ Doc14; ²⁰ Doc17 ²³
Protocolos	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E9; E10; E11; E12 <i>Exatamente isso que o protocolo vai trazer, que é essa maior autonomia para gente ser mais resolutivo em algumas situações. (E5)</i>	Doc1; ⁷ Doc14; ²⁰ Doc15 ²¹

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao levar em conta o declínio da taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas no período analisado, dentre as práticas de monitoramento realizadas pelos enfermeiros na APS, destacaram-se: grupo “HiperDia”; educação em saúde; telemonitoramento; acolhimento; visita domiciliar; consulta de Enfermagem; plano de cuidados; automonitoramento e protocolos.

Por meio do Grupo “HiperDia”, os enfermeiros revelaram realizar o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus* no SUS. Essa prática permite identificar cada pessoa e constituir informações regulares e pertinentes à distribuição de medicamentos, realizar atividades individuais e coletivas de educação em saúde, aferição de sinais vitais, consultas médicas e de Enfermagem, entrega da medicação de uso contínuo, entre outros.

Também foram apontadas dificuldades nessa prática como a demanda excessiva de pacientes, o que dificulta o manejo da doença e a educação em saúde (E1, E2, E8, E9, E10), além de problemas com os encontros coletivos devido ao horário de trabalho comercial da comunidade (E3, E6, E9). Dois participantes (E5 e E10) enfocaram que conseguiram facilitar o acesso periódico ao HiperDia por meio de um planejamento de periodicidade.

Nesse âmbito, um documento analisado (Doc 11¹⁷) reforçou a necessidade de planejamento da assistência, especialmente para usuários insulino-dependentes, com destaque à implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, acompanhamento e estabelecimento de metas com a pessoa assistida.

A hipertensão e o diabetes foram as doenças com maiores estratégias de monitoramento destacadas pelos entrevistados, enquanto apenas um participante referiu o telemonitoramento e a busca ativa na visita domiciliar como estratégia para os cânceres de mama e cervical uterino ligada ao programa nacional de rastreamento (Doc 9¹⁵). Já as doenças pulmonares crônicas revelaram-se de difícil monitoramento devido ao subdiagnóstico e à falta de controle dos sintomas, prejudicando a redução de complicações e acarretando internações hospitalares desnecessárias (Doc 9¹⁵).

O acolhimento foi considerado prática de monitoramento das DCNT pelos sujeitos deste estudo (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11) em razão dos atendimentos das pessoas que vêm até a UBS em demanda espontânea, sem um agendamento prévio, com eventos agudos ou agudizações das condições crônicas.

Revelou-se que esses atendimentos aconteciam, em geral, de forma rápida devido ao excesso de demanda e à sobrecarga de trabalho (E3). Na análise documental (Doc 8¹⁴), identificou-se que o acolhimento deve fundamentar-se em três aspectos: 1) agenda programada para grupos específicos; 2) agenda de atendimentos agudos identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea e 3) agenda de retorno/reavaliação. Esses aspectos foram considerados imprescindíveis para o equilíbrio do processo de trabalho.

Os enfermeiros consideraram que o monitoramento das DCNT acontecia de modo integrado com o ACS na visita domiciliar, uma vez que este profissional realiza a busca ativa periódica das pessoas com condições crônicas no domicílio (E3, E5, E9,

E10, E11, E12). A importância do trabalho do ACS foi revelada nos documentos analisados, destacando que este profissional identifica a pessoa que necessita da atenção domiciliar (Doc 6¹²), criando, assim, um fluxo de informações sobre a saúde da pessoa com DCNT e o enfermeiro.

A visita domiciliar também foi considerada um facilitador do fluxo das pessoas com DCNT entre os pontos de atenção da RAS (E2, E4, E5, E6, E7), incluindo a APS, essencial para constituir a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas por caracterizar-se como coordenadora do cuidado, complementando intervenções e superando a atuação fragmentada e isolada (Doc 2⁸).

Por meio da consulta de Enfermagem, os enfermeiros revelaram buscar a melhoria do manejo das DCNT com foco nos fatores de risco para DCNT como alimentação, atividade física, estilo de vida e autocuidado (E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12). Os profissionais enfatizaram que as consultas de Enfermagem são, sobretudo, destinadas ao rastreamento de câncer de mama e colo uterino.

O plano de cuidados proveniente da consulta de Enfermagem foi considerado ferramenta para monitorar a condição de saúde e doença das pessoas com DCNT (E5, E10, Doc 2⁸). Todavia, é necessário que esse processo seja dinâmico, assim como a vida das pessoas e seu contexto, para que as ações permaneçam adequadas e em direção ao alcance dos objetivos pactuados, necessitando ser reajustadas sempre que necessário (Doc 10¹⁶).

Contudo, constatou-se que, por vezes, o monitoramento das DCNT não está presente no cotidiano do enfermeiro (E2, E3, E6, E7, E8 e E12) em função de excesso de atendimentos de demanda espontânea e dupla função do cargo assistencial e gerencial da UBS. Apesar disso, os enfermeiros revelaram entender a importância dessa prática, destacando a prevenção e o controle das complicações (E3, E8 e E10) e o empoderamento das pessoas com DCNT na busca por qualidade de vida (E3, E5, E6, E7, E9, E12).

Os protocolos foram considerados, pelos enfermeiros, instrumento que possibilita a comunicação entre processos, obtendo um conjunto de regras e procedimentos a serem respeitados, sendo utilizado, rotineiramente, para a prática de monitoramento das DCNT na forma de consulta ou das diretrizes, manuais para doenças crônicas e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde e protocolos de Enfermagem do Coren (SC).

As melhores práticas dos enfermeiros foram descritas como guias das atividades da Enfermagem voltadas para o cuidado das pessoas com DCNT, podendo exercer o monitoramento com autonomia profissional. Em geral, esses documentos apresentam o modelo assistencial adotado pela equipe multiprofissional, abordando, pontualmente, as atividades de cada profissão em consonância com suas atribuições legais. Contudo, os protocolos citados auxiliam os enfermeiros no levantamento de informações acerca da morbimortalidade das DCNT e as ações que lhes competem desenvolver.

DISCUSSÃO

A vigilância e o monitoramento de DCNT têm como finalidade conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, além de identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle.^{25,26} Apesar disso, os participantes deste estudo possuem diferentes interpretações sobre o monitoramento de DCNT e a respeito dos grupos de doenças que as constituem.

É possível notar que a maioria dos participantes deste estudo ainda vincula as DCNT apenas à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao diabetes. Devido à grande magnitude dessas condições na população, o HiperDia, na qualidade de um programa governamental ligado à APS, permite regular, continuamente, a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, além de programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento das pessoas, gerando um sistema de monitoramento.²⁷

Nesse aspecto, o HiperDia está evidente nas atividades da APS, principalmente, para o enfermeiro, revelando-se como prática positiva no monitoramento das DCNT. Assim, propõe-se a superação do modelo tradicional de práticas assistenciais mecanicistas e recomenda-se a promoção da saúde voltada ao olhar ampliado para o indivíduo.²⁸

Para isso, podem-se utilizar outras práticas que facilitem o monitoramento dessas doenças dentro do HiperDia, a exemplo da avaliação do risco cardiovascular²⁹ dentro de uma periodicidade de consultas de Enfermagem e do perfil epidemiológico. Este é capaz de favorecer o processo de vigilância em saúde e a análise da qualidade do cuidado ofertado na APS,¹⁹ indo além da sistematização de indicadores gerais, para uma oportunidade de organizar elementos relevantes ao monitoramento das DCNT.³⁰

Contudo, na prática do enfermeiro, a proposta da educação em saúde presente no HiperDia ainda pode priorizar técnicas limitadas à transmissão de conhecimento, que tendem a colocar o usuário em uma posição passiva.² Essa prática hegemônica, prescritiva e autoritária, que se limita à mudança comportamental de aspectos biológicos e do processo saúde e doença, resulta em baixa adesão das pessoas aos conhecimentos e práticas ofertados, gerando frustrações nos profissionais e, conseqüentemente, prejuízos a essa prática de cuidado³¹ com as DCNT. Os grupos que atuam de maneira horizontalizada, integrada e com vínculo entre sujeitos da comunidade e equipe são propensos à abertura e educação popular, havendo permuta de conhecimento entre seus integrantes, obtendo melhores resultados.²⁸

Os pilares da educação em saúde são direcionados à motivação ao autocuidado,²⁶ que deve acontecer de forma articulada a outros segmentos da sociedade. Assim, é necessário difundir conhecimentos acerca dos enfrentamentos frente à disseminação das DCNT²⁷ de modo a superar a ausência das pessoas nos encontros coletivos sugeridos dentro do HiperDia por falta de acesso.

Outra prática dos enfermeiros para o monitoramento das DCNT na APS é a realização da visita domiciliar. Cabe destacar que, apesar de os dados deste estudo destacarem a atuação do enfermeiro com a contribuição do ACS nesta atividade, a visita domiciliar é uma atribuição comum a todos os profissionais da ESF. Sua proposta aprecia a proximidade dos profissionais ao contexto real familiar e aos diversos fatores que influenciam o processo saúde/doença, ou seja, ao realizar a visita domiciliar como estratégia de cuidado, o profissional pode desenvolver a promoção da saúde dos indivíduos e famílias.²⁸

Vinculada a essa proposta, a busca ativa das pessoas com DCNT é realizada nos domicílios pelos ACS e, quando necessário, pelos enfermeiros. Os ACS foram muito citados pelos enfermeiros deste estudo como auxiliares no processo de monitoramento das DCNT, sendo destacada a busca ativa como prática compartilhada entre os profissionais na vigilância e planejamento em saúde, com protagonismo do ACS e do enfermeiro.³²

Nos resultados deste estudo, também como prática de busca ativa, identificou-se o telemonitoramento. Apesar de esta prática ter sido mencionada por apenas um enfermeiro, é importante ressaltar a contribuição das tecnologias de informação no monitoramento das DCNT como apontado na análise documental.

Nesse sentido, diversos estudos apontaram que o uso dessa tecnologia vem sendo amplamente destacado como prática para o monitoramento das DCNT em países europeus e norte-americanos.³³⁻³⁷ No Brasil, percebe-se a incipiência de estudos que revelem essa prática. Contudo, essa tecnologia consiste em uma estratégia de acompanhamento não presencial de diversos formatos, ativos ou receptivos, aplicados de acordo com as prioridades estabelecidas pelo sistema de saúde.³⁷

Na APS, a utilidade do telemonitoramento ligado à tecnologia persuasiva, como os aplicativos de *smartphones* ou outras plataformas e *e-mails*, permite o acompanhamento contínuo dos parâmetros clínicos e outras informações relevantes ao processo de saúde-doença pelo enfermeiro e automonitoramento da pessoa sobre a DCNT. Esses recursos facilitam o acesso das pessoas e ainda permitem que os profissionais realizem ações educativas remotas.³⁷ Essas características são essenciais para a prática do monitoramento das DCNT nesse contexto e sugestivas de serem adotadas em todo o país.

Neste prisma, é importante ressaltar que o termo monitoramento é frequentemente confundido com rastreamento.¹⁹ O rastreamento consiste em exames ou testes aplicados em pessoas saudáveis, o que implica a garantia de benefícios relevantes face aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção.¹⁹ Já o monitoramento consiste em um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de uma intervenção em um conjunto significativo e periódico de dados e informações que permitem mensurar, compreender e avaliar os efeitos de uma determinada intervenção. O monitoramento subsidia as escolhas da comunidade no processo de tomada de decisão oportunas para atingir seus resultados e impactos.³⁸

Com esse efeito, associando as práticas mais desenvolvidas no monitoramento das DCNT, o acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, reorganizando a assistência nos serviços de saúde, produzindo mudanças no modelo técnico-assistencial. O acolhimento é um dispositivo da Política Nacional de Humanização e auxilia o profissional a identificar e resolver o problema daquele que é acolhido.³⁹ Desse modo, se uma pessoa com DCNT apresenta muitas agudizações de sinais e sintomas, indica ao enfermeiro rever o plano terapêutico e de cuidados.

Assim, a consulta de Enfermagem ressalva os resultados esperados estabelecidos no plano de cuidados para as pessoas com DCNT, sustentando, no monitoramento, se estes resultados estão sendo alcançados.³⁷ Nessa perspectiva, a clínica ampliada aborda além da doença, mas se importa com o sujeito em seu contexto individual e no âmbito coletivo.³² O enfermeiro tem seu respaldo normativo legal para atuar no atendimento às pessoas com DCNT, aumentando a resolutividade das necessidades de saúde dessas pessoas, mas, para isso, é necessário o apoio institucional na superação do modelo biomédico.³⁰

O acolhimento significou, para os profissionais da saúde, uma prática de recepção do usuário por meio de atitudes e comportamentos atenciosos. O acolhimento leva em conta uma assistência integral e holística, de modo que exista uma responsabilização do cuidado, sendo pela resolubilidade dos problemas ou pelos encaminhamentos necessários, mediante a avaliação de riscos e vulnerabilidades, que podem ser classificados em intervenções programadas (“não agudo”) ou atendimento imediato, prioritário ou no dia (“agudo”).³⁹ Desse modo, o acolhimento pode auxiliar o monitoramento de agudizações de sinais e sintomas, orientando a revisão do plano terapêutico e de cuidados.

Assim, a consulta de Enfermagem permite acompanhar o monitoramento periódico das pessoas com DCNT.³⁷ Nessa perspectiva, destaca-se a importância da clínica ampliada, que aborda além da doença, mas se importa com o sujeito em seu contexto individual e no âmbito coletivo.³² Contudo, apesar do respaldo normativo legal para a atuação do enfermeiro no atendimento às pessoas com DCNT, é ainda necessário o apoio institucional para ampliar o escopo de atuação do enfermeiro e aumentar a resolutividade das necessidades de saúde das pessoas.³⁰

Estudos mostraram que o uso de protocolos apoia a tomada de decisão dos enfermeiros no manejo de DCNT, além de permitir uma prática mais segura.^{3,5,32,33} O protocolo de mapeamento de DCNT fornece, aos enfermeiros, um processo sistemático de definição da doença, diagnóstico e tratamento em condições regulares e específicas, acompanhamento, desenvolvimento e implementação, encaminhamentos e critérios de revisão, orientação e educação do paciente, implementação e avaliação dos pacientes com DCNT.³⁸

Nesta pesquisa, foram reveladas diferentes maneiras de fazer o monitoramento das DCNT pelo enfermeiro. Com isso, observam-se dilemas e questões éticas, teórico-metodológicas

e técnico-operativas, que necessitam ser exploradas. Como visto, a crescente demanda de pessoas com DCNT incide nas diferentes práticas dos profissionais para conseguir atender a esse contexto sem prejudicar o cuidado integral e a inércia do monitoramento das DCNT.

Foi possível identificar, ainda, a interferência do paradigma biomédico na atuação profissional. Apesar dos esforços institucionais, esse modelo de atenção ainda prevalece em muitos espaços nos serviços de saúde.⁴⁰ Assim, esse cenário complexo e desafiador não pode reduzir a atuação do enfermeiro face às potencialidades de sua competência.³²

Com base nos achados deste estudo, outras interpretações podem ser feitas, inquirindo, por exemplo, se seria possível ampliar, em âmbito nacional, diferentes práticas de monitoramento das DCNT na APS pelo enfermeiro. Nesse sentido, seria oportuna uma revisão do conjunto de documentos disponíveis, pelos dirigentes dos distintos níveis de gestão, de modo a considerar as ações já consolidadas, acrescentando práticas mais atuais, incluindo a telemedicina, o telemonitoramento e a educação digital em saúde.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados deste estudo de caso evidenciaram as práticas dos enfermeiros para o monitoramento das DCNT no contexto da APS. Destacaram-se como de monitoramento o Grupo HiperDia, educação em saúde, telemonitoramento, acolhimento, visita domiciliar, consulta de Enfermagem, plano de cuidados, automonitoramento e protocolos.

Ao analisar as práticas de monitoramento das DCNT realizadas pelos enfermeiros, em sua rotina diária na APS, junto às pessoas com algum dos diagnósticos relacionados ao indicador de mortalidade prematura, este estudo oportuniza a reflexão e realça a possibilidade de aplicação dos resultados como ferramenta para um melhor enfrentamento das DCNT em contextos semelhantes aos do caso estudado. Colabora-se, desse modo, com o avanço do conhecimento relativo à essência das práticas do enfermeiro no monitoramento das DCNT, incluindo a qualificação do cuidado de Enfermagem e das práticas de vigilância e de atenção à saúde.

Esta pesquisa limita-se por sua restrição a um único município (caso) estudado, o que não permite generalizar, quantitativamente, os resultados encontrados para outras realidades. Entretanto, é possível estender a aplicação metodológica de abordagem substantiva a contextos semelhantes em municípios do mesmo porte e cobertura de ESF.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Bolsa de doutorado concedida a Caroline Cechinel-Peiter.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), bolsa de mestrado concedida a Viviana Mariá Draeger.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade.

Coleta ou produção dos dados. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade.

Análise de dados. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Caroline Cechinel-Peiter.

Interpretação dos resultados. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Caroline Cechinel-Peiter.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Caroline Cechinel-Peiter.

Aprovação da versão final do artigo. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Caroline Cechinel-Peiter.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Viviana Mariá Draeger. Selma Regina de Andrade. Betina Hörner Schindwein Meirelles. Caroline Cechinel-Peiter.

EDITOR ASSOCIADO

Maria Catarina Salvador da Motta 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. Interview: the chronic conditions approach by the Unified Health System. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):431-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. PMID:29412401.
- Becker RM, Heidemann ITSB, Meirelles BHS, Costa MFBNA, Antonini FO, Durand MK. Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 6):2643-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>. PMID:30540039.
- Lowen IMV, Peres AM, Ros C, Poli No P, Faoro NT. Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):898-903. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>. PMID:28977213.
- Malta DC, Andrade SSSAA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190030. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190030>. PMID:30942336.
- Ferreira SRS, Perico LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl1):704-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. PMID:29562031.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Doenças respiratórias crônicas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica: Série A - Normas e Manuais Técnicos, n. 25)
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28)
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. 154 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 40).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 28 p.
- Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011. 104 p.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Relatório da campanha nacional de detecção de suspeitos diabetes mellitus*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. 21 p.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. 68 p.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. 62 p.
- Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. *Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. 116 p. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10).
- Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
- Conselho Regional de Enfermagem (SC). *Protocolos de Enfermagem. Saúde da mulher: acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida*. Vol. 3. Florianópolis (SC): COREn; 2016.
- Conselho Regional de Enfermagem (SC). *Protocolos de Enfermagem. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares*. Vol. 1. Florianópolis (SC): COREn; 2017.
- Cazarin G, Reis Y, Costa JMBS, Duarte MS, Bezerra LCA. *Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: análise dos usos*

- e da influência. *Saúde Debate*. 2020;44(125):427-37. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012511>.
26. Malta DC, Stopa RS, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Jr JB, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil - National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(Suppl 2):3-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>. PMID:27008599.
 27. Carvalho Fa FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde Debate*. 2014;38(special):265-78. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S020>.
 28. Becker RM, Heidemann ITSB. Health promotion in care for people with chronic non-transmittable disease: integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180250. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0250>.
 29. Dantas RCO, Roncalli AG. Protocol for hypertensive individuals assisted in Basic Health Care. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):295-306. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.35362016>. PMID:30698262.
 30. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, Dutra VGP, Campos CEA. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Cien Saude Colet*. 2017;22(5):1407-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. PMID:28538913.
 31. Barreto ACO, Rebouças ECA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 1):266-85. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>. PMID:30942372.
 32. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0):e2721. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>.
 33. Stephen C, McInnes S, Halcomb E. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2018;74(2):279-88. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13450>. PMID:28880393.
 34. Martin-Lesende I, Orruno E, Mateos M, Recalde E, Asua J, Reviriego E et al. Telemonitoring in-home complex chronic patients from primary care in routine clinical practice: Impact on healthcare resources use. *Eur J Gen Pract*. 2017;23(1):135-42. <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2017.1306516>. PMID:28446045.
 35. Vest BM. Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: a multiple-case study. *Prim Health Care Res Dev*. 2017;18(1):3-13. <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423616000190>. PMID:27269513.
 36. Smolowitz J, Speakman E, Wojnar D, Whelan EM, Ulrich S, Hayes C et al. Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nurs Outlook*. 2015;63(2):130-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.004>. PMID:25261382.
 37. Lenzen SA, Daniels R, van Bokhoven MAV, Weijden TVD, Beurskens A. Development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plans with primary care patients. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):891. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3734-1>. PMID:30477566.
 38. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):289-301. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s119>.
 39. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015;39(105):514-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.
 40. Baptista MKS, Santos RM, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. The patient and the relation between power-knowledge and care by nursing professionals. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(4):e20170064. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0064>.

^a Artigo Extraído da dissertação de mestrado intitulada "Práticas dos enfermeiros para o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis no contexto da atenção primária à saúde", de autoria de Viviana Mariá Draeger, e orientação da professora Dra. Selma Regina de Andrade. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.