

CURSO DE ENFERMAGEM

Graziela da Silva Freitas

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A ADESÃO DOS USUÁRIOS AO
TRATAMENTO**

Santa Cruz do Sul

2017

Graziela da Silva Freitas

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A ADESÃO DOS USUÁRIOS AO
TRATAMENTO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Enf.^a Ms. Luciane Maria Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2017

Graziela da Silva Freitas

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A ADESÃO DOS USUÁRIOS AO
TRATAMENTO**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Anelise Miritz Borges

Prof.^a Ms. Luciane Maria Schmidt Alves

Prof.^a Dr.^a Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul, novembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me permitido chegar até aqui, me dando força e perseverança.

Agradeço a minha família. por ter me dado o apoio de sempre, torcendo e vibrando junto comigo a cada etapa finalizada neste processo. Obrigada por todo carinho, atenção e cuidado.

Agradeço ao meu marido, por todo respaldo e segurança que me ofereceu nesta caminhada, prestando sua companhia e paciência sempre que precisei.

Agradeço a minha orientadora, professora Luciane Alves Schmidt, por todos ensinamentos passados no decorrer da construção do trabalho, pela tranquilidade e carinho em cada orientação.

De coração, agradeço a todas as pessoas que se propuseram a participar da pesquisa, bem como, toda a equipe do ESF no qual realizei minha pesquisa, pela acolhida e força, cada um com a sua ajuda fez a diferença em muitos momentos na busca por este propósito em minha vida. Sem vocês esta caminhada não seria a mesma.

Este trabalho é resultado de muita luta.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas a primeira causa de morte no mundo, com uma incidência e prevalência que aumentou progressivamente nas quatro últimas décadas, dando destaque para a HAS e DM. Optou-se pela realização de uma pesquisa de caráter qualitativo, de natureza descritiva e exploratória. Teve como objetivo conhecer a percepção dos usuários com DCNT (DM e HAS) sobre a sua adesão ao tratamento e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF. Para tanto, alguns objetivos específicos foram traçados, como: contextualizar, segundo o Ministério da Saúde, como são desenvolvidas as diretrizes para o cuidado das pessoas com DCNT na ESF; traçar o perfil dos usuários com DCNT; compreender como se dá a inserção dos pacientes com DCNT nas ações de saúde na ESF; e, analisar a satisfação dos usuários com DCNT a respeito das ações de saúde desenvolvidas pela equipe. Este trabalho foi desenvolvido em uma ESF localizada no interior de um município do Rio Grande do Sul. No mês de setembro de 2017 foi aplicado um questionário com os usuários desta ESF que se propuseram a participar da pesquisa, com questões semiestruturadas. Como resultados deste trabalho, foi possível verificar que a adesão ao tratamento do usuário com DCNT é uma condição multifatorial; as concepções profissionais – usuários apresentaram resultados positivos e favoráveis quanto ao acolhimento e vínculo com a equipe; foi notável o pouco conhecimento do usuário sobre sua doença e tratamento, por se tratar de uma população com grau de escolaridade baixo e idade avançada, influenciando diretamente na sua concepção e entendimento. Isto reforça a importância do desenvolvimento de atividades de educação em saúde, de forma contínua, pela equipe da unidade. Conclui-se, também, pela importância do apoio familiar no envolvimento e processo de tratamento do usuário com DCNT.

Palavras-chave: Doença Crônica não Transmissível. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência aos Pacientes.

ABSTRACT

The Chronic Non-Transmissible Diseases (NCD) are considered the leading cause of death in the world, with an incidence and prevalence that has increased steadily in the last four decades, giving prominence to SAH and DM. It was opted for conducting a search of character qualitative, descriptive and exploratory nature. Aimed at the perception of users with NCD (DM and HAS) about their treatment adherence and health actions developed by the health team of ESF. To this end, some specific objectives were outlined as: contextualize, according to the Ministry of Health, as are developed the guidelines for the care of people with NCD on ESF; profile of users with NCD; understand how is the inclusion of patients with NCD health actions in the ESF; and analyze users ' satisfaction with NCD regarding the actions of health developed by the team. This work was developed on a FSE located in a municipality of Rio Grande do Sul. In the month of September 2017 it was applied a questionnaire with users of this ESF who proposed to participate in the survey, with semi-structured questions, where the researcher was able to better understand what is the perception of users with NCD (DM and HAS) about their treatment adherence and health actions developed by the team of the health of ESF. With the completion of this research, we were able to conclude that the treatment adherence of the user with NCD is a multifactorial condition; Professional conceptions-users showed positive results and favorable to the host and link to the team; It was remarkable how little knowledge of users about their disease and treatment, because it is a population with low level of schooling and advanced age, influencing directly on their design and understanding. This reinforces the importance of developing health education activities, in a continuous manner, by the unit team. It appears, too, by the importance of family support in treatment process and involvement of the user with NCD.

Keywords: Chronic Non-Transmissible Disease. Primary Health Care. Patient Care Team.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CADI	Centro de Atendimento Doenças Infectocontagiosas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
2.1 Definições e atualidades sobre DCNT	13
2.2 Epidemiologia das DCNT	14
2.3 Diretrizes do Ministério da Saúde para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	16
2.4 Promoção da saúde preconizada pelo Ministério da Saúde	19
2.5 Cuidado integral as DCNT	21
2.6 As ações de saúde da equipe multiprofissional da ESFS no tratamento do paciente com DCNT	22
2.7 A satisfação do usuário com DCNT com relação ao ESF.....	25
3 METODOLOGIA	28
3.1 Tipos de pesquisa	28
3.2 Local da pesquisa	29
3.3 Sujeitos do estudo	30
3.4 Procedimentos	30
3.5 Instrumento para a coleta de dados	31
3.6 Análise de dados.....	31
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	33
4.1 Perfil dos entrevistados.....	33
4.2 Entendimento dos pacientes sobre a sua doença e tratamento	35
4.3 A percepção e satisfação dos usuários sobre o trabalho desenvolvido pela equipe do ESF em relação ao tratamento.....	37
4.4 Opinião / percepção dos usuários em relação às causas do abandono do tratamento.	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	49

APÊNDICES	57
APÊNDICE A – Carta de Aceite	58
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados	61
APÊNDICE D – Categorias da Análise Temática	63
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	64

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram sendo considerada a principal causa de mortes no Brasil e no mundo. A incidência e a prevalência das DCNT vêm aumentando progressivamente nas últimas quatro décadas, com destaque para diabetes e hipertensão arterial. O excesso de peso associado à inatividade física e às mudanças desfavoráveis na dieta dos brasileiros são fatores diretamente relacionados a essas doenças. Em contrapartida, diminuíram as mortes por doenças infecto parasitárias, com causas mal definidas e as afecções do período perinatal (ALMEIDA, 2013).

Para Casado et al. (2009), as transformações sociais e econômicas com as quais o Brasil vem passando desde o último século tem determinado mudanças relevantes no perfil morbimortalidade da população, confirmando o evento de que as doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis. Essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública, e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNTs se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Para o Ministério da Saúde, as DCNT apresentam início gradual com duração longa ou incerta, geralmente com múltiplas causas. Seu tratamento envolve mudanças de estilo de vida, com processos de cuidados contínuos que não visam à cura, mas a estabilização do quadro clínico a qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2013).

Hoje, as DCNT corresponderam a 63% dos óbitos mundiais, sendo que 80% destes ocorreram em países de baixa e média renda. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das causas de morte, sendo 31,3% por doenças cardiovasculares, 16,3% por câncer, 5,2% por Diabetes Mellitus (DM), e 5,8% por doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

Toda essa situação de saúde está relacionada à transição demográfica acelerada, ocasionada pela diminuição da fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida, levando ao envelhecimento populacional, assim como a transição epidemiológica resultante da queda na mortalidade por condições agudas, principalmente infecciosa (MENDES, 2012).

Além dos dados relacionados aos casos das doenças, também é importante destacar o grande impacto econômico que elas trazem à saúde brasileira. Registros mostram que as DCNT representam, em nosso país, 69% dos gastos hospitalares no SUS, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por frequentes internações. Vale ressaltar que esses achados demonstram gerações de custo, não apenas para o governo, mas também para os próprios pacientes, sendo que elas afetam a qualidade de vida destes, devido às complicações decorrentes da cronicidade da doença (BRASIL, 2008).

Considerando o contexto, tanto a rede de atenção à saúde, quanto os profissionais que fazem parte da área da saúde precisam adaptar-se à atual situação, reorganizando o cuidado às pessoas com doenças crônicas, proporcionando, assim, a estabilização da condição e qualidade de vida do usuário.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, melhorar a adesão ao tratamento pode ser o melhor investimento para gerenciar as condições crônicas de maneira efetiva. Os benefícios da adesão ao tratamento estendem-se aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia do país. O paciente passa a ter a sua condição controlada e o sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas, ou seja, a economia ganha com o aumento da produtividade (SILVA, 2014).

Diante desse contexto, entende-se a importância da prevenção e promoção da saúde, a qual constitui um conjunto de ações em saúde pública, juntando saberes dos profissionais de diversas áreas da saúde e de outras, que operem conjuntamente sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de forma contínua e sistemática, no sentido de modificar a realidade sanitária da população (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

O trabalho preventivo preconizado pelo MS e desenvolvidos pelas ESF consiste em analisar a situação de saúde da população, organizando e reorientando de forma adequada à execução de suas práticas ao enfrentamento dos problemas encontrados (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Visando suprir a demanda dessa reorganização do sistema de saúde, em 2013, foi lançada a Portaria nº 252 do Ministério da Saúde, que institui a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo se justifica e se faz necessário para que as equipes multiprofissionais das ESFs tenham um olhar ampliado sobre a prevenção e os benefícios desta no cuidado ao indivíduo, especialmente aos adoecidos. Para tanto, a equipe da ESF deve estar preparada e treinada para dispor de um cuidado contínuo e integral às famílias cadastradas, fornecendo, assim, uma atenção holística e longitudinal, na presença ou ausência das doenças junto ao enfermeiro, que apresentam uma estratégia de assistência sensível e sociável, objetivando identificar as principais situações de risco que afetam à saúde das famílias. Assim, fica claro que a promoção da saúde depende do trabalho de uma equipe multiprofissional atuante, respeitando as particularidades das funções de cada profissional, que em conjunto realizam intervenções necessárias à sensibilização de mudança do estilo de vida (CONCEIÇÃO et al., 2013).

Para a enfermagem, a elaboração deste trabalho contribui para que este possa conhecer melhores formas de aprimorar, qualificar e instrumentalizar suas ações voltadas à promoção, prevenção, proteção, recuperação, reabilitação do indivíduo, sua família e comunidade. No que se refere às DCNT, é o enfermeiro gestor da unidade o responsável pela maior aproximação dos usuários ao serviço de saúde.

A avaliação e a satisfação do usuário como protagonista do sistema de saúde têm impacto direto na melhoria do serviço, sendo, assim, fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (DIAS et al., 2010). A satisfação dos usuários deve ser avaliada; portanto, a partir de um conjunto de fatores que inclua: as condições de acesso; a capacidade de resolução da situação que gerou a demanda; o próprio atendimento, ou seja, o acolhimento; o profissional de saúde e a forma como presta o atendimento; e as condições do ambiente onde é realizado o atendimento, tais como limpeza, organização e conforto das instalações, as condições do prédio e dos equipamentos (STENZEL; OLIVEIRA, 2004 apud RAUPP et al., 2015).

Diante desse contexto, questiona-se: Quais as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) frente à adesão medicamentosa dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis?

Este estudo tem como objetivo geral conhecer a percepção dos usuários com DCNT (DIA e HAS) sobre a sua adesão ao tratamento e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF. Como objetivos específicos

contextualizar, segundo o MS, como são desenvolvidas as diretrizes para o cuidado das pessoas com DCNT na ESF; traçar o perfil dos usuários com DCNT de uma ESF e compreender como se dá a inserção dos pacientes com DCNT nas ações de saúde na ESF; analisar a satisfação dos usuários com DCNT a respeito das ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Definições e atualidades sobre DCNT

As doenças crônicas compõem um conjunto de condições incuráveis; em geral, estão relacionadas a múltiplas causas, tendo como característica um início gradual, de prognóstico frequentemente incerto, com longa ou indefinida duração, apresentando curso clínico que muda ao longo do tempo, podendo gerar incapacidades (BRASIL, 2013). São doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida resultados de diversos fatores, determinantes e condicionantes como o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação não saudável e a inatividade física (BRASIL, 2014).

As DCNT são as principais causas de óbitos no mundo e tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer (MALTA et al., 2011).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, sendo que elas possuem quatro fatores de risco modificáveis em comum: tabagismo, alimentação saudável, inatividade física e uso nocivo de álcool. Conforme Malta et al. (2006), as DCNT, por se tratarem de doenças com longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde gerando uma demanda grande nos gastos de saúde, sendo estes conhecidos como Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de orçamentos das internações e atendimentos ambulatoriais.

As DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre os países de baixa e média renda (CHOR et al., 2011). A OMS estima que, a cada ano cem milhões de pessoas, será conduzida à pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde.

Avaliações para o Brasil, indicam que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar são resultantes exclusivamente de três DCNT (diabetes, doenças do coração e acidente vascular encefálico), o que levará a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALTA et al., 2014).

Para complementar, pode-se dizer que as doenças crônicas não transmissíveis tendem a ser o maior desafio da saúde pública para muitos países.

Requer-se uma abordagem ampla para a prevenção e controle dessas doenças. Ultimamente, a prevenção primária e o controle são as melhores estratégias para a prevenção das modernas epidemias. Tendo como alvo indivíduos de alto risco, a prevenção em níveis secundário e terciário é, também, uma forma de reduzir a carga de doença crônica (BONITA et al., 2008).

Seguindo este conceito e para melhor compreender qual é a proposta, o desafio provocado pelas DCNT foi mundialmente debatido em 2011, culminando em uma reunião de alto nível da Organização das Nações Unidas (ONU), no mês de setembro, que resultou na proposta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, tornando-se esta a resposta do Governo Brasileiro a esse desafio (SCHMIDT et al., 2011).

Como forma de retorno ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem proposto importantes políticas de enfrentamento dessas enfermidades, tendo, assim, a Organização da Vigilância de DCNT, a qual tem como objetivo conhecer a distribuição, a dimensão e a tendência das doenças crônicas e agravos, bem como, seus fatores de risco (BRASIL, 2011).

2.2 Epidemiologia das DCNT

As DCNT são as principais causas de óbitos no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, gerando grandes limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (MALTA et al., 2011).

Embora a avaliação da mortalidade bruta por DCNT indique um aumento de 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por cem mil habitantes, quando essas taxas são padronizadas por idade para a população-padrão da OMS e corrigidas para sub-registro com redistribuição das causas mal definidas de morte, a comparação ao longo do tempo mostra que a mortalidade por DCNT diminuiu em 20% de 1996 para 2007. Sendo que, nesse período, a redução foi de 31% para as doenças do aparelho circulatório e de 38% para as respiratórias crônicas (28% doença pulmonar obstrutiva crônica e 34% asma). Para o diabetes, verificou-se

aumento de 2%, e para outras doenças crônicas, diminuição de 2% (SCHMIDT et al., 2011).

A OMS mostrou também que cerca de 80% dos óbitos por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles com alta renda esse percentual é de apenas 13% (DUNCAN et al., 2012).

O Brasil, a partir das últimas quatro décadas, tem seguido uma tendência mundial nos processos de transição sendo que este tem produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. A transição epidemiológica resultou em mudança no perfil de morbimortalidade, ainda que acompanhada de importante diversidade regional decorrentes das diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

Os determinantes principais do crescimento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil são demográficos com uma proporção maior de indivíduos alcançando a senescência, período em que essas doenças se manifestam com maior frequência (BRASIL, 2009).

Conforme Eskinazi e Marques (2015), durante o processo de envelhecimento, inúmeros agravos à saúde poderão surgir em decorrência das diversas alterações fisiológicas e funcionais, tornando o indivíduo idoso mais vulnerável às doenças crônicas. O resultado dessa constatação implica em uma demanda crescente por serviços de saúde, que frequentemente exigem intervenções onerosas, envolvendo tecnologia complexa.

A modificação epidemiológica tem se caracterizado pela alteração no perfil de morbidade e mortalidade, antes marcado pela alta prevalência de doenças transmissíveis. Atualmente, predominam as doenças crônicas e suas complicações, que, muitas vezes, significam décadas de utilização dos serviços de saúde, medicamentos, consultas médicas e internações hospitalares de longa duração (ESKINAZI; MARQUES et al., 2015).

A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido. Como consequência, estima-se que morram a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (MENDES, 2012).

Como mostram Malta et al. (2014), dados coletados de uma amostra com total de 1.170.498 óbitos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em 2011, mostra que 800.118 deles são atribuídos a DCNT, correspondendo a 68,3% do total de óbitos.

Sendo que, entre as causas de óbito analisadas, as mais frequentes foram as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%), representando 79,8% dos óbitos por DCNT. As demais estão agrupadas com outras doenças crônicas incluindo as renais crônicas, as autoimunes e outras, constituindo 14,7% do total de óbitos. Na mesma medida cerca de seis milhões de pessoas, vem a óbito a cada ano pelo uso do tabaco, devendo aumentar até o ano de 2020 para 7,5 milhões (MALTA et al., 2014).

2.3 Diretrizes do Ministério da Saúde para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Conforme Almeida et al. (2013), para começar, precisamos lembrar que o SUS foi resultado de um grande movimento democrático com o propósito de organização e transformação da oferta de assistência à saúde no Brasil. Propósito este, de reduzir a desigualdade na assistência à saúde prestada à população, bem como qualquer cidadão que necessite desse tipo de atendimento.

Seguindo esse contexto, a história nos traz que o SUS apresenta ser o principal modelo oficial público de atenção à saúde no país, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em 1990, e pela Lei nº 8.142 (ALMEIDA et al., 2013). Importantes mobilizações sociais, em especial, o movimento da reforma sanitária, envolvendo trabalhadores do setor saúde, acadêmicos e população, resultaram na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde e na mobilização para aprovação do texto da Constituição Federal concedida pelo Congresso Nacional em 1988, que definiu a saúde como “um direito de todos e um dever do estado” (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), ocorre um momento importante para a saúde nas questões de organização e planejamento marcadas pelo dia 22 de fevereiro de 2006, com a instituição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde por parte das três esferas: federal, municipal e estadual com a finalidade de desenvolver um processo de construção de consensos, atribuições e

responsabilidades dos entes federados, reafirmando a garantia de uma saúde com qualidade coletiva aos sujeitos, ratificando a responsabilidade sanitária do SUS.

Ou seja, a perspectiva de mudança emerge, surgindo, com o Pacto pela Saúde, os compromissos e responsabilidades das três esferas de gestão do sistema sanitário, estabelecendo um trabalho solidário e cooperativo quanto à situação de saúde da população Brasileira

O Pacto pela Vida, assim, age ao estabelecer que tais ações sejam parte de “um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (BRASIL, 2008).

O objetivo do Pacto é compor uma rede de compromisso e solidariedade entre as diversas áreas do governo, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, que conduza à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT (ALMEIDA et al., 2013).

Diante da realidade encontrada pelo impacto causado pelas DCNT, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a prática de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT, e seus fatores de risco, tendo como terceiro eixo principal o cuidado integral (BRASIL, 2013).

Para melhor compreendermos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que o objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, fortalecendo, assim, os serviços de saúde voltados ao atendimento das DCNT.

Neste sentido, o plano de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis define os quatro principais grupos de DCNT, sendo elas as circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes mellitus. Já como diretrizes e importantes eixos de ações são apresentadas a vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. Um dos fundamentos principais da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais

fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física (BRASIL, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo várias ações em articulação com diversos setores governamentais e não governamentais, objetivando promover a qualidade de vida prevenir e controlar as DCNT, ou seja, a Vigilância em DCNT, proposta pelo governo federal a todos os municípios, reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças, bem como seus fatores de riscos na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de auxiliar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e seu controle. A prevenção, controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças, suas consequências para a qualidade de vida do indivíduo e para o sistema de saúde no país (BRASIL, 2005).

Os três elementos essenciais da vigilância de DCNT são o monitoramento dos fatores de risco; monitoramento da morbidade e mortalidade específicas das doenças; e respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos (MALTA et al., 2011).

O Sistema Nacional de Vigilância de DCNT está sendo estruturada por meio de um processo de capacitação das equipes de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades, de problemas, definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais. Monitorar de forma contínua a morbimortalidade das DCNT é uma atividade fundamental no que se refere ao sistema de vigilância, devendo ser executada em todos os níveis gestores do sistema, do municipal ao nacional (MALTA et al., 2006).

Segundo Duarte (2003), conforme citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), entender e analisar a situação de saúde, no que se refere às DCNT, consiste de certa forma mensurar e explicar o perfil de saúde de uma determinada população, incluindo os danos e os problemas de saúde, bem como os determinantes. O entendimento de todo esse contexto torna-se útil para o apoio à tomada de decisões, desenvolvimento de ações em saúde, em especial, para a definição de necessidades e prioridades.

Ainda nessa mesma linha de considerações, o SUS dispõe de diversos sistemas de informação em saúde, entre eles o Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM), criado em 1975, sistema este que possibilita a obtenção regular de dados sobre mortalidade de forma abrangente e confiável, proporcionando, assim, a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas, também, sócio demográfico (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a estruturação da vigilância em DCNT implica em:

- a) equipe técnica mínima composta de pessoas capacitadas em vigilância de DCNT;
- b) acesso garantido aos bancos de dados de mortalidade e mortalidade e outros disponíveis que subsidiem a vigilância;
- c) proposta de monitoramento das principais DCNT, com indicadores definidos;
- d) proposta de vigilância de fatores de risco estruturada;
- e) proposta de vigilância da utilização dos serviços de saúde, mostrando os impactos nos custos diretos (ao sistema de saúde) e indiretos (sociais e econômicos para a sociedade) da epidemia de DCNT;
- f) agenda de trabalho estratégico para as atividades de sensibilização e defesa (*advocacy*) intra e extra setorial, enfatizando para a necessidade de priorização das ações de prevenção de DCNT e promoção de saúde, demonstrando que esse é um investimento vital.

2.4 Promoção da saúde preconizada pelo Ministério da Saúde

Em novembro de 1986, na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa no Canadá, foi divulgado um importante documento com o propósito de alcançar saúde para todos, um marco de referência para a promoção de saúde. Assinala como desafios à redução das iniquidades, o incremento das ações preventivas; a ampliação do fortalecimento e capacidade dos indivíduos para lidar com limitações advindas das DCNT (BUSS, 2000, 2003; CARVALHO, 2002; HEIDEMANN et al., 2006).

A partir da Carta de Ottawa, a promoção de saúde passou a ser definida como o processo que capacita os indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle desse processo

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). A promoção de saúde está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros.

Entendendo a importância de realizar promoção em saúde em sua dimensão social, com o propósito de superar, os fatores de risco foram definidas diferentes ações, envolvendo diversos ministérios com o objetivo de criar intervenções que impactem positivamente aos fatores de risco a saúde (MALTA et al., 2011).

Tem-se compreendido que as ações em saúde têm como foco no planejamento, gestão do espaço e do território nas suas múltiplas dimensões leva a reconhecer que as ações de promoção da saúde para o cuidado integral são marcadas pela necessidade de articulação intersetorial. O processo de articulação intersetorial nem sempre é fácil, pois requer que os setores trabalhem juntos na construção de estratégias, políticas e planos de ação locais, bem como o estabelecimento de redes de co-responsabilização entre sujeitos e coletivos pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde. Portanto, os gestores estaduais e municipais, ao definirem a aplicação dos recursos, devem sempre avaliar as ações relacionadas à Vigilância em Saúde, ações essas destacadas como prioridades no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2010).

Conforme já destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a vigilância em saúde deve estar diariamente inserida em todos os níveis de atenção à saúde, pois é a partir dos resultados adquiridos por suas específicas ferramentas que as equipes de saúde poderão desenvolver da melhor forma a programação e planejamento dos serviços e ações de atenção à saúde das pessoas, aumentando o acesso de todo e qualquer cidadão as diferentes ações.

Com relação às principais ações de promoção a saúde, temos em destaque:

- a) atividade física;
- b) alimentação saudável;
- c) tabagismo e álcool;
- d) envelhecimento ativo.

Para efetivar as ações de promoção de saúde e de vigilância recomendadas pela OMS e incorporadas dentro do Plano de Enfrentamento brasileiro, será necessário um *scaling up* na capacidade técnica em todos alguns esforços os níveis do SUS; esforços no sentido de capacitar quadros técnicos que já foram iniciados e precisam ser ampliados.

Exemplos de necessidades em nível nacional são:

- a) desenvolver elos interministeriais que permitam planejamento baseado na avaliação dos impactos de ações fora do setor saúde;
- b) preparar e apresentar ações legislativas em relação a bebidas alcoólicas e alimentos;
- c) expandir e gerenciar ações de vigilância de doenças e fatores de risco;
- d) incorporar tecnologias em saúde.

Exemplos de necessidades em nível local são:

- a) gerenciar intervenções clínicas mais complexas, dentro da visão do modelo de atenção às condições crônicas;
- b) criar e manter infraestrutura de apoio clínico como prontuários eletrônicos nas redes de atenção aos portadores de doenças crônicas (DUNCAN et al., 2012).

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos, que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2011 apud BRASIL, 2012).

2.5 Cuidado integral as DCNT

Nesta linha, serão realizadas ações dirigidas ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, bem como a ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas capazes de uma abordagem integral da saúde com objetivo à prevenção e ao controle das DCNT (BRASIL, 2011). Como principais ações, temos:

- a) realizar Pesquisa Nacional de Saúde – 2013;
- b) estudos sobre DCNT;
- c) portal para o Plano de DCNT.

Ao adotarmos como foco o cuidado integral das DCNT, entendemos que o eixo da Promoção da Saúde é essencial na construção de intervenções que atuem nos fatores de risco e de proteção, considerando fator de risco, quando os profissionais não podem prover informação qualificada à população, bem como a falta de práticas que envolvam a população em uma vida mais ativa.

O planejamento na gestão de estratégias de Promoção da Saúde, especialmente aquelas marcadas pela intersetorialidade, para poderem alcançar maior potência e efetividade, devem promover de autonomia e o envolvimento de todos os sujeitos coletivos para que todos sejam protagonistas e identifiquem às propostas desenvolvidas. A construção coletiva é fundamental para que as ações de Promoção da Saúde tenham maior sustentabilidade e efetividade (MEDINA et al., 2014).

A organização do processo de trabalho consiste na implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, tendo como objetivo o de promover mudanças na atenção à saúde em uma série de dimensões, sendo uma delas as modificações necessárias no processo de trabalho das equipes, que devem acontecer em todos os pontos de cuidado, desde a Atenção Básica de Saúde pela urgência, e pelo cuidado hospitalar e domiciliar (BRASIL, 2013).

A atuação das equipes de saúde da família é essencial para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como objetivo a efetivação da integralidade, o estímulo à participação popular e o controle social, com os quais existam relações de vínculo e responsabilização, principalmente a promoção da equidade. Os processos de trabalho das equipes já agrupam em suas práticas as características de respeito às particularidades do seu território, possibilitando, assim, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, bem como a redução e prevalência dos principais fatores de risco (MALTA et al., 2011).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família é a principal estratégia de organização e expansão da ABS; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade é o principal indutor da ampliação do acesso e da qualidade do cuidado; e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde possibilita a qualificação da infraestrutura da ABS (BRASIL, 2013).

2.6 As ações de saúde da equipe multiprofissional da ESFS no tratamento do paciente com DCNT

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece o direito à saúde e permite a criação de um Sistema Nacional de Saúde, bem como impõe ao Estado o dever de

conceder garantia à saúde do cidadão brasileiro com acesso universal e igualitário, por meio do qual as ações e serviços de saúde têm como propósito a promoção, a proteção e a recuperação do indivíduo (art.196), e menciona que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo esta participar de forma integrante ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante diretrizes do Poder Público (art.199) (OGATA et al., 2013, p.17 apud BRASIL, 1988).

A atenção básica é a porta de entrada de todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de um acolhimento singular e que considera a inserção sociocultural de cada sujeito, que passamos a fornecer uma assistência integral e que prioriza ações preventivas (BRASIL, 2010).

Conforme Oliveira e Pedroni (2015), para sistematizar a integralidade das ações o Ministério da Saúde disponibiliza programas de atenção à saúde destinados aos diferentes públicos frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde. A finalidade desses programas é nortear o atendimento do indivíduo e assegurar os princípios da universalidade, de acessibilidade ao vínculo, à integralidade da ação, da responsabilização, da continuidade do trabalho e da humanização.

Com o fato de que as doenças crônicas não transmissíveis vêm assumindo na atualidade, valores crescentes de indicadores de morbimortalidade representando, assim, 70% da carga atual de doenças no território nacional (MEDINA, 2014 apud SCHMIDT et al., 2011). Conforme Medina et al. (2014), frente ao debate, tem-se moldado o assunto sobre a promoção da saúde, passando-se a associá-la a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida do qual o indivíduo vive, ou seja, a promoção em saúde não está mais só voltada exclusivamente para indivíduos e famílias com enfoque biomédico, mas, sim, voltada a um olhar integral do indivíduo.

No que diz respeito às inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, se tem como destaque a inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva, mediante a realização de ações de educação e comunicação em saúde dirigidas ao incentivo de mudanças comportamentais e a determinados hábitos e estilos de vida do indivíduo, bem como a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde (BRASIL, 2011).

É preciso ter claro que as intervenções intersetoriais de promoção da saúde podem ser desenvolvidas em diferentes esferas, articular as intervenções locais das equipes da ESF com os programas de organizações governamentais e não governamentais de diferentes setores, levando à melhoria dos níveis de saúde da população adscrita à ESF (MEDINA, 2014).

A ESF pretende promover a saúde por meio de ações básicas que possibilitem a incorporação de procedimentos programáticos de forma mais abrangente, centrados na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e melhor acompanhamento dos indivíduos (ZAVATINI et al., 2010).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o atendimento domiciliar a partir do trabalho multiprofissional, que prioriza aspectos epidemiológicos da área adstrita, executando, assim, ações programáticas, tendo como objetivo e finalidade a redução da procura por centros de saúde e hospitais, além de estimular a participação comunitária e o controle social.

Para o enfrentamento das DCNT pelos serviços de saúde, é importante ter como foco central os usuários e seus familiares que esperam encontrar, no serviço de saúde, profissionais comprometidos com a qualidade na ação individual e em equipe (LINHARES et al., 2014 apud BRASIL, 2012).

Seguindo esse propósito, o MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), apresentou uma minuta de portaria, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

Quando há um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da estratégia de saúde da família, com claros objetivos de inclusão social, exigem qualificação dos profissionais inseridos e adesão ao programa por parte desses profissionais. Assim, tem-se um apropriado suporte para alcançar a finalidade que é atender os usuários de uma forma integral e satisfatória (MOREIRA et al., 2012 apud ESCOREL et al., 2007).

De acordo com Thomé (2012 apud WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), para a OMS, as intervenções adaptadas à cultura e ao ambiente são as mais bem-sucedidas, não somente na implementação, como na continuidade. Além disso, o envolvimento dos trabalhadores e de líderes da comunidade no planejamento e implementação dessas ações é fundamental, pois é desse modo que suas reais necessidades podem ser consideradas.

Dessa forma, para que o trabalho de prevenção das DCNT seja mais abrangente e efetivo, é necessário que o enfermeiro, ponto chave da equipe multiprofissional do ESF, mobilize a sociedade utilizando as suas habilidades de liderança.(SOUZA et al., 2017)

O mesmo autor Souza et al.(2017) traz, desse modo, que o Estado brasileiro tem como papel a definição da forma e dos princípios da prestação da assistência à saúde, a ordenação das políticas públicas e privadas e a regulação do setor como um todo. A Constituição Federal define os seus princípios, consolidados no Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime ao setor privado, compete organizar-se de forma complementar e suplementar ao público.

Conclui-se que é na atenção primária que se busca identificar as necessidades de saúde das pessoas independente da procura pelos serviços, existindo uma preocupação com o cuidado aos pacientes crônicos, além de prevenir e detectar precocemente as doenças.

A equipe multiprofissional não pode ser entendida como vários profissionais atuando no mesmo serviço, mas, sim, como um grupo de profissionais conhecedores da missão em saúde, compreendendo sua tarefa e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma democrática e participativa.

2.7 A satisfação do usuário com DCNT com relação ao ESF

Conhecer a satisfação dos usuários no setor saúde vem sendo tema desde o início na década de 70, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção nas últimas décadas. Este tema vem sendo considerado como um elemento importante na qualidade do cuidado, bem como provedor de informações confiáveis e adequadas sobre a opinião do público em relação aos serviços oferecidos, permitindo, assim, o aprimoramento dos serviços de saúde (COTTA et al., 2005).

Conforme traz Cotta et al. (2008), a ESF trata-se de um programa de estratégia do Ministério da Saúde, da qual consiste em uma proposta de humanização do setor saúde, pois propõe uma mudança no modelo assistencial tradicional a partir de ações voltadas para a atenção primária centrada na família. Isso se dá por meio de equipe multiprofissional que deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias, suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, prestando, assim, uma assistência integral desenvolvendo processos educativos, ampliando o vínculo da população com os profissionais, aumentando a qualidade e abrangência do trabalho realizado, além de buscar a satisfação do usuário.

Nesse entendimento, durante a prestação de um cuidado eficiente e eficaz ao usuário, são necessários diferentes tipos de tecnologias, dentre elas, destacam-se as leves, em que na implantação do cuidado há o estabelecimento de relações, como o vínculo e o acolhimento (SANTOS et al., 2014).

De acordo com o contexto, Santos et al. (2014) salientam que um atendimento humanizado se constitui como uma necessidade nos serviços de saúde sendo que o descomprometimento, o desrespeito e a desatenção, aliados à carência de profissionais, podem ser considerados alguns dos principais motivos de insatisfação dos usuários podendo inclusive, refletir na não adesão do cuidado à saúde, principalmente quando se refere ao usuário portador de DCNT.

A avaliação da satisfação dos usuários pode fornecer elementos para adoção de novas estratégias ou melhora para aquelas que já existem, qualificando, assim, o resultado do cuidado; portanto, o usuário pode ser um grande colaborador da organização do serviço se a este for dada voz (SILVA, 2012 apud COIMBRA et al., 2011).

Diante de todo o exposto, pode-se dizer que a satisfação dos usuários é um importante indicador para a avaliação dos serviços de saúde aliar a satisfação do usuário na avaliação dos serviços, que tende a potencializar melhoras na adesão ao tratamento, à relação médico-paciente e à maior adequação no uso do serviço, uma vez que quando se tem usuários satisfeitos, estes tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações para o provedor e a continuar utilizando os serviços de saúde, e o principal de tudo, é que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (ALMEIDA; MELO, 2010).

A eficácia da ESF vem sendo confirmada a partir dos impactos positivos produzidos nos indicadores de saúde da população e da garantia de maior equidade

em saúde no país; entretanto, a implantação significativa no ESF não garante a modificação do modelo assistencialista, se esta não garantir novas formas de organização no processo de atuação da sua equipe. A estratégia ainda está em construção necessitando de qualificação profissional, assim como participação dos gestores e usuários, para concretizar a mudança do modelo e obter resultados mais expressivos (GUANDALINI, 2013).

3 METODOLOGIA

Segundo apresentado por Minayo (2014), a metodologia inclui concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, e também o potencial criativo de quem está pesquisando. Conforme Leopardi (2002, p. 163), a metodologia “é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”. É o caminho pelo qual se consegue chegar à meta prevista, sendo que a metodologia de pesquisa de um projeto deve se adequar ao problema que será investigado, levantando hipóteses, e a que tipo de informantes será passada. Então, a metodologia não é igual para todos os tipos de investigação (LEOPARDI, 2002).

3.1 Tipos de pesquisa

Este estudo é qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, que, segundo Goldim (2000), a abordagem qualitativa possui técnicas com níveis claros e precisos, sendo de extrema utilidade na área da saúde exigindo do pesquisador, dedicação e aprofundamento constante no trabalho.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. As abordagens qualitativas se enquadram em investigações de grupo e segmentos delimitados e focalizados (MINAYO, 2007). O autor ainda ressalta que a pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador. Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, revelando o que convém ser feito, mas não quantificam os valores, pois os dados analisados não são métricos e se valem de diferentes abordagens.

Esse tipo de metodologia, além de permitir desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, proporciona a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2007).

Quanto à pesquisa exploratória, esse tipo de estudo tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve:

- a) levantamento bibliográfico;
- b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e,
- c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na ESF 1, localizada no bairro Coronel Brito, na cidade de Venâncio Aires. O município possui sete ESFs, oito unidades básicas rurais, uma unidade básica urbana, o Centro Materno Infantil, CAPS AD, CAPS II, NASF, PIM e CAD.

A unidade conta com uma equipe composta por um enfermeiro, um médico da família e oito ACS ofertando uma população adscrita de 4.000,00 pessoas e atendimento á oito micro áreas sendo que três micro áreas encontram-se descobertas até o momento.

Tem como missão a prevenção, promoção e recuperação da saúde, respeitando os princípios do SUS, visando garantir maior resolutividade e qualidade da atenção básica, por meio de um atendimento humanizado e um ambiente acolhedor ao usuário, por intermédio de vínculos formados entre a equipe e usuários.

Na época do descobrimento do Brasil, o território, onde hoje é o Município de Venâncio Aires, era habitado por índios, que costumavam se localizar nos Vales dos rios e arroios. No século XVIII, as autoridades portuguesas estimularam o povoamento do solo do Rio Grande do Sul, concedendo sesmarias aos colonizadores (MOURA, 2013).

Os primeiros ocupantes da região foram luso-brasileiros e seus escravos e agregados, que desenvolviam atividades como a pecuária extensiva, o extrativismo de madeira e erva-mate e o plantio para consumo próprio. Eles se localizaram nos vales do Rio Taquari e seus afluentes, arroios Sampaio, Castelhana e Taquari-Mirim (MOURA, 2013).

Em termos econômicos, o município é considerado o maior produtor de tabaco do Brasil; porém, a área vem sendo reduzida gradativamente, na ordem de 3 a 4% ao ano, devido ao movimento internacional de combate ao tabagismo que incentiva os produtores a buscarem alternativas. O tabaco produzido (Virginia, Burley e Amarelinho) representa fonte de renda para quase quatro mil famílias (MOURA 2013).

3.3 Sujeitos do estudo

Referente aos sujeitos participantes da pesquisa, foram dezesseis usuários pertencentes à ESF 1; todos se disponibilizaram em responder as perguntas das quais lhes foram feitas. Os critérios de inclusão foram que os usuários, frequentassem a ESF por, no mínimo, um ano, e que fossem portadores de DCNT, no mínimo, três anos, adultos de ambos os sexos, diferentes raças, variados níveis de formação, crenças religiosas e situação conjugal.

Após parecer favorável da instituição (Anexo A) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistas foram realizadas nos dias em que eram realizados os grupos de educação em saúde para HAS e DM.

3.4 Procedimentos

Para a elaboração desta pesquisa, fez-se o referencial bibliográfico com busca nos bancos de dados Scielo, BVS e Cadernos do Ministério da Saúde, usando os descritores: Atenção Primária, DCNT e Diretrizes. Em relação aos aspectos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos envolvidos em nosso país, regulamentados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, esta pesquisa segue a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Neste sentido, após o contato com a instituição ESF 1, do bairro Coronel Brito, para sua autorização. O presente projeto foi encaminhado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, com a qual foi avaliado e aprovado mediante parecer número 2.167.768. O TCLE foi assinado em duas vias, uma para o entrevistado e outra para o entrevistador e serão guardados pelos próximos cinco anos.

3.5 Instrumento para a coleta de dados

As coletas de dados foram realizadas somente após o parecer favorável da Coordenação da ESF 1 do município (Apêndice A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC.

Os dados foram coletados na ESF na primeira semana do mês de setembro de 2017, por meio de uma entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, a qual seguiu um roteiro previamente organizado pela pesquisadora, contendo questões específicas sobre a referida temática (Apêndice C)

Para Fujisawa (2000), a entrevista semiestruturada é guiada pelo roteiro de questões, com o qual se permite uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado.

As entrevistas foram aplicadas e transcritas nos dias em que eram realizados os grupos de hipertensos e diabéticos na ESF, no momento em que os usuários aguardavam para iniciar a atividade. Eles foram informados sobre os objetivos e a metodologia do estudo, no caso de ocorrerem dúvidas sobre a pesquisa, as quais foram esclarecidas por uma conversa informal, que facilitou a comunicação e interação entre a pesquisadora e os pesquisados.

3.6 Análise de dados

Após a coleta, os dados foram dispostos e organizados em uma planilha para melhor entendimento e compreensão. Seguiu-se a análise temática, conforme Minayo (2010), a qual permite ao pesquisador trabalhar os dados com o intuito de entender os significados que os atores sociais compartilham nas suas realidades.

Segundo Gomes (2002) e Minayo (2004), a análise temática compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, conforme abaixo:

- a) **pré-análise:** é a fase na qual o investigador vai organizar o material a ser estudado, de acordo com os objetivos do estudo; é definido, principalmente, a unidade de registro, a unidade de contexto, os trechos significativos e as categorias. É necessário que faça uma leitura do material, descobrindo as

orientações para a análise e registrando as impressões das mensagens (GOMES, 2002);

- b) **exploração do material:** implica aplicar o que foi definido na pré-análise, sendo essa a mais demorada das três etapas, pois talvez haja necessidade de reproduzir várias vezes a leitura do material;
- c) **interpretação:** última etapa ocorre a partir de princípios de um tratamento qualitativo. Nesta fase, devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifestado (GOMES, 2002).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após análise do conteúdo das entrevistas, propiciou a construção de quatro temáticas para melhor discussão e interpretação dos mesmos:

- a) perfil dos entrevistados;
- b) entendimento dos pacientes sobre a sua doença e tratamento;
- c) a percepção e satisfação dos usuários sobre o trabalho desenvolvido pela equipe do ESF em relação ao tratamento;
- d) opinião / percepção dos usuários em relação às causas do abandono do tratamento.

4.1 Perfil dos entrevistados

A primeira categoria traz informações referentes ao perfil dos dezesseis entrevistados como sexo, idade, tipo de doença crônica, escolaridade e tempo que frequenta a ESF.

A maioria dos participantes é do sexo feminino, correspondendo a onze mulheres e seis homens. Segundo Silva et al. (2016), prevaleceu a participação de mulheres idosas acima de 60 anos de idade, comprovando que o gênero feminino notoriamente está à frente no cuidado da sua saúde, o que podemos associar a história cultural do matriarcado com a qual a mulher é responsável pelo cuidado dos filhos, casa e saúde da família.

Ainda sobre o sexo, Pierin et al. (2011) e Cavalari et al. (2012) revelam que homens tendem a ser menos adeptos ao tratamento da HAS, ou seja, procuram menos os serviços de saúde e as ações das estratégias da atenção básica são voltadas, na maioria das vezes, para as mulheres.

Quanto à idade dos entrevistados, estes variaram entre 26 e 83 anos, prevalecendo aqueles que possuem entre 60 e 83 anos (dez indivíduos), com as demais idades variando entre 26 e 59 anos (seis indivíduos).

Como podemos perceber, com a análise da temática e com o que os estudos nos trazem, a cada ano a população está envelhecendo mais e a maior parte é portadora de DCNT. O envelhecimento dos usuários reflete em um maior comprometimento das equipes e sobrecarga dos serviços de saúde (SILVA et al., 2015).

As doenças crônicas são mais frequentes em pessoas de maior faixa etária, sendo o envelhecimento populacional um fator importante para compreender o aumento e a probabilidade de acometimento das DCNTs (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014). Ainda, segundo Schmidt et al. (2011), no Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das mortes, atacando principalmente indivíduos com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade e idosos.

Com relação ao número de hipertensos e diabéticos, quinze usuários são hipertensos (HAS), sendo que dez pertencem ao sexo feminino e cinco ao sexo masculino; nove diabéticos (DM), sendo seis do sexo feminino e três do sexo masculino. A população estudada apresentou maior prevalência de portadores hipertensos, constatando-se que tanto a HAS, quanto a DM, foram acometidas, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino.

Este resultado se compara com o mesmo estudo que apontou no período de 2006 a 2011, o qual revelou que a prevalência de HAS aumentou progressivamente com a idade e foi maior entre mulheres adultas de menor escolaridade (ANDRADE et al., 2014).

Quanto à escolaridade, a maioria possui ensino fundamental incompleto (quatorze usuários), sendo que apenas dois usuários possuíam ensino fundamental completo.

Na investigação sobre as causas da extrema desigualdade que separa ricos e pobres, no Brasil, destaca-se em primeiro lugar a baixa escolaridade; com isso, surge a necessidade de aprimorar o acesso à educação em todos os níveis. Nesse contexto, ressalta-se que as ESF têm um papel fundamental, pois, criando laços com as famílias e comunidade, poderão identificar, estimular e acompanhar a adesão das pessoas à frequência escolar, estabelecendo, inclusive uma relação intersetorial saúde-educação, orientada nas diretrizes do programa (SANTOS, 2002 apud AGUIAR, 2012).

Estas observações mostram que as desigualdades sociais, a baixa qualidade de vida, a baixa escolaridade, a falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições predominantes, que também devem ser consideradas na abordagem às DCNT (OLIVEIRA; CALDEIRA 2016).

O tempo de residência na área de abrangência da ESF variou entre dez e dezesseis anos. Esse dado é de grande importância, pois se acredita que quanto maior o tempo de residência em uma área de ESF, maior a probabilidade de o

usuário ter utilizado os serviços da equipe e, conseqüentemente, ter contato com todos os membros da unidade adquirindo mais conhecimento, para, assim, extrair sua percepção (SANTOS; RIBEIRO, 2010).

4.2 Entendimento dos pacientes sobre a sua doença e tratamento

Esta temática traz dados referentes à percepção dos pacientes portadores de DIA e HAS sobre a doença. Também se destaca qual o entendimento dos pacientes sobre a sua doença e tratamento, trazendo, assim, informações para qualificar as ações de educação em saúde desenvolvidas na ESF.

Quando questionados sobre o entendimento de sua doença e tratamento, 13 usuários demonstraram insegurança em suas definições ou não sabiam responder à questão. Aqueles que responderam entendem a doença como algo que causa a morte e o medo de morrer, associando a doença como complicações, conforme as falas abaixo:

*“Não sei muita coisa, mas sei que se eu não me tratar posso morrer”
(Entrevistado B).*

*“Sim, só não entendo sobre as causas todas que elas podem me causar”
(Entrevistado G).*

A percepção da doença é definida como a forma que os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e a doença, levando em consideração suas experiências individuais e coletivas (GOMES et al., 2011).

O conhecimento disponível sobre a doença e o seu tratamento, sua percepção e eventual preocupação em relação ao diagnóstico, prognóstico, evolução, tempo de duração, gravidade da doença são fatores de extrema importância na adesão ao tratamento. A melhora da doença é capaz de provocar no indivíduo resultados positivos em relação à sua capacidade funcional, desempenho físico, aspectos emocionais, aspectos sociais e evolução do estado de saúde. Além disso, incentiva no paciente, e em sua família, condições para a confiança em si e nos outros, sendo possível que o paciente desenvolva a capacidade de autocontrole que, por sua vez, permite maior adesão ao tratamento e efeito em sua reabilitação (GOMEZ et al., 2011).

Gomes, Silva e Santos (2011) afirmam que, dentre as dificuldades encontradas pelos pacientes em aderir ao tratamento, encontra-se o fato de eles não entenderem por que precisam fazer o uso diariamente de diversos medicamentos e sofrer, com efeitos colaterais, para controlar um problema que ainda não manifestou seus sintomas.

A falta de conhecimento do paciente sobre a doença é um dos fatores dos quais mais interferem em seu comportamento frente à ingestão dos medicamentos, estando, entre eles, a inconformidade do uso da droga, número de drogas e quantidades de doses diárias de medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento, bem como o aumento de morbidades (HERNANDEZ, 2014).

Este achado aponta que podem existir falhas na comunicação entre a equipe assistencial e o paciente, no que diz respeito à informação relacionada à sua doença, principalmente no paciente já com a DCNT, ou seja, muitos pacientes podem se manter sem o conhecimento necessário de sua doença por falta de comunicação e um espaço acolhedor para expor suas dúvidas (LOPES et al., 2015).

Ainda restam as percepções dos entrevistados do estudo, os portadores de HAS relacionam o controle de sua doença, em muitos momentos, com o melhor controle dos níveis de PA, bem como o conhecimento relacionado a uma melhor adesão medicamentosa ao tratamento. É o que nos mostra as falas a seguir.

“Sei que se eu tomar a medicação certinho vou ter resultados favoráveis no controle da minha pressão” (Entrevistado F).

“Sempre que a minha pressão está alta tomo o remédio e resolve, então é só tomar o remédio que fica tudo bem” (Entrevistado R).

Em relação ao conhecimento do indivíduo frente à doença a falta de conhecimento, as crenças e os mitos que os pacientes têm sobre sua patologia, a desmotivação para controlá-la, a incapacidade para associar seu comportamento com o manejo de situações adversas, e as baixas expectativas no resultado do tratamento influenciam negativamente na adesão ao seu tratamento (BARRETO et al., 2014).

O conhecimento sobre a doença e aceitação do tratamento é essencial para o manejo de várias condições de saúde a aceitação da doença pelo indivíduo, o qual estabelece posição importante no desenvolvimento das ações de controle e cuidado. Muitas vezes, a negação da doença ou a resistência para seguir as recomendações

dos profissionais de saúde é a forma utilizada para não aceitar a condição de portador de uma doença crônica. Reconhecer e entender a presença da doença crônica é o que determina o sucesso do tratamento (BEZERRA et al., 2014).

4.3 A percepção e satisfação dos usuários sobre o trabalho desenvolvido pela equipe do ESF em relação ao tratamento

A terceira temática envolve as percepções e satisfação dos usuários frente ao trabalho desenvolvido pela equipe do ESF em relação ao seu tratamento, evidenciando pontos positivos e negativos, relação profissional-usuário, identificação dos usuários responsáveis por sua assistência e quais ações de saúde são desenvolvidas pela equipe.

Em relação aos cuidados prestados pelos membros da equipe de saúde da ESF, oito usuários responderam como “muito bom”, quatro como “bom”, cinco como “regular” e nenhum mencionou “indiferente”, ou seja, mais da metade dos entrevistados sentem-se bem acolhidos e recebidos por toda equipe destacando a atenção como afetiva, rápida e de grande ajuda.

Dos usuários entrevistados, ao analisar a relação profissional–usuário considerou-se como uma relação efetiva a avaliação de aspectos como educação, gentileza, boa vontade, acolhimento, cuidado à saúde, capacidade de escuta e capacidade de entender os motivos do paciente, conforme falas abaixo:

“Estou muito satisfeito, equipe acolhedora e muito amiga” (Entrevistado M).

“Não tenho o que reclamar, toda a equipe é muito gentil, sempre prontos para ajudar” (Entrevistado L).

Ressalta-se que a avaliação positiva dos usuários com relação aos profissionais confirma a importância do ESF no estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população assistida, já que o programa preconiza uma abordagem qualitativa do acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes (BRASIL, 2011).

Esse resultado é de especial importância ao avaliar o fato de que o encontro entre usuário e profissionais de saúde, que deve ser esperado entre os mesmos, por meio da capacidade de escuta, que permite a preocupação das necessidades de saúde do usuário, pois a necessidade pode estar relacionada com os desejos e

anseios pessoais diferentes dos sintomas que o levaram à consulta (COSTA et al., 2015).

Alguns autores, como Carvalho et al. (2014), destacam o acolhimento como um dispositivo para a reorganização do processo de trabalho na atenção básica de saúde, ou seja, não é somente o primeiro contato do usuário com o serviço, mas, sim, torna-se o momento e espaço, por meio do qual profissional-usuário sejam capazes de construir vínculo. No entanto, é preciso ressaltar que o acolhimento é mais que uma atitude, é uma forma de organizar os serviços de saúde e todos os profissionais devem estar envolvidos.

De acordo com Teixeira et al. (2013), a criação de vínculo entre a equipe e a comunidade promove uma relação de confiança e respeito que garante maior qualidade do serviço prestado. Nesse sentido, a unidade de saúde da família passaria a organizar melhor sua demanda de acordo com as necessidades e prioridades, e não mais estaria somente unida à ordem de chegada e à transcrição de receitas, evitando-se filas desnecessárias e perda de tempo por parte do usuário.

Refletir em satisfação do usuário é pensar qual é sua percepção ao avaliar um serviço, analisando que isso pode fazer com que o usuário busque ou não o serviço, ou seja, assim tornando relevante a escuta do usuário para a adequação e implementação dos serviços dentro de cada realidade social (SANTOS et al., 2015).

Vem crescendo a importância de avaliar na perspectiva do usuário quando a qualidade dos serviços de saúde. O papel do usuário como ator principal do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (DONATELA, 2003 apud DIAS, 2010).

Ainda quanto aos pontos positivos citados pelos entrevistados quanto à sua relação com os profissionais, observa-se que o bom relacionamento com o médico é o que mais prevalece entre os usuários entrevistados, ou seja, o cuidado em saúde para o usuário ainda está centrado na figura do médico, em procedimentos, medicações e na cura da doença. Isso é o que nos mostra as falas a baixo:

“Tenho mais contato com o médico” (Entrevistado N).

“O médico é o profissional que mais tenho contato e é a quem mais tenho confiança porque faz anos que ele acompanha a mim e minha família” (Entrevistado M).

Para Merhy e Franco (2005), a cultura médica traduz ainda a herança de uma saúde medicalizada, pois há uma exigência de remédios e exames por parte dos usuários, como se isso fosse à solução para as suas demandas, ou seja, essa demanda é socialmente construída e está relacionada ao perfil do Serviço de Saúde e à forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela.

Referente aos pontos negativos citados pelos entrevistados, destaca-se a falta de fichas, pois, segundo todos, existem poucas marcações, sempre para muito tempo depois de requisitadas. As falas a seguir demonstram o que foi relato por muitos entrevistados

“Poderia ter mais médicos mais fichas” (Entrevistado C).

“Existe ainda muita demora na marcação dos exames” (Entrevistado E).

Na visão de Silocchi et al. (2017), a falta de fixas e atendimento médico mostra a necessidade de melhorias para que se possa oferecer uma verdadeira atenção à saúde em que os serviços sejam ofertados com qualidade, de forma humanizada e, sobretudo, com responsabilidade sanitária, pois repercute negativamente na realização de atividades consideradas essenciais para o que se preconiza o programa do SUS.

A dificuldade de acesso a mais consultas, especializadas e exames complementares fere direitos constitucionais, quando se considera saúde como direito de cidadania e também corrompe princípios regulamentares do SUS, como a integralidade, a equidade e a universalidade da assistência (SANTOS et al., 2010).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL apud AMORIM 2004; ARAÚJO, 2004, p. 14), a ESF prevê como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios do SUS e dirigido aos indivíduos, a família e a comunidade.

Outro resultado importante da pesquisa é quanto à identificação dos profissionais responsáveis pela sua assistência. Grande parte dos usuários destacaram a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como alguém próximo a eles e interessado em ajudar. Segundo os usuários, juntamente com o médico, os ACS são os profissionais que possuem maior vínculo com os usuários quando

comparados aos demais membros da equipe. Portanto, isso mostra que o ACS é visto como um elo entre a equipe e a comunidade, sendo um facilitador no cuidado integral do usuário.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os ACS exercem função de elo entre a equipe e a comunidade, convivendo com seu cotidiano, estando mais próximo do usuário, com a singularidade de cada um, tornando-se, assim, um mensageiro de saúde de sua comunidade.

Em relação às ações de saúde que a equipe desenvolve com os usuários da ESF que possuem DCNT como (HAS – DM), citam, em todas as falas, atividades coletivas em grupos, que além da aferição da pressão arterial, da verificação da glicemia, realizam orientações gerais sobre saúde, por meio de discussões relacionadas a adequação alimentar e práticas de atividade física. Essas conversas em grupos são organizadas e desenvolvidas pelos profissionais da equipe, em especial, médico e enfermeira, conforme os relatos das falas abaixo:

“Sempre temos encontros de grupos duas vezes por mês, com atividades de ginástica e laboral, palestras muito boas” (Entrevistado M).

“Sim a unidade de saúde dispõe de grupos, com palestras, verificação de pressão e para quem pode tem os grupos de caminhadas também” (Entrevistado B).

Os grupos surgem como cenários e procedimentos metodológicos que permitem concretizar uma concepção do ser humano em sua integralidade, para além do foco de entendimento do processo saúde-doença, ofertando uma formação em Saúde mais reflexiva, integrada e humanizada (MENEZES; AVELINO, 2016).

Ainda para Menezes e Avelino (2016), os benefícios dos grupos refletem em uma maior otimização do trabalho, diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo, bem como maior envolvimento da equipe e profissionais com o paciente.

É importante e fundamental conscientizar os usuários e instrumentalizá-los com conhecimento para que estes sejam protagonistas de suas histórias, ou seja, os grupos operativos tornam-se um instrumento de estratégia importante para alcançar esses objetivos, permitindo um conhecimento construído entre todos (MARTINS, 2016).

A participação dos usuários nas atividades educativas é de extrema importância, pois não é possível haver um controle de pressão arterial e glicemia, se

o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (MARTINS, 2016).

As vantagens dos grupos consistem em facilitar a construção coletiva do saber, bem como a reflexão acerca da realidade vivenciada por cada indivíduo, possibilitando a quebra da relação vertical profissional-paciente, facilitando a expressão das necessidades, angústias, e expectativas de cada um (VASCONCELOS et al., 2009).

Os usuários portadores de condições crônicas necessitam de cuidados preventivos, de ações de autocuidado, de educação em saúde, de tratamento e monitoramento, e devem ser acolhidos por diferentes membros da equipe de saúde. Nessa perspectiva, a atuação da equipe em rede é fundamental e amplia a dimensão do cuidado integral em saúde (SOARES, 2010).

Como as necessidades de saúde são sociais, extremamente dinâmicas e historicamente construídas, essas, por si só, demandam que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco para escutar, retraduzir e trabalhar as necessidades de saúde, em especial, na produção do cuidado integral às DCNT (VASCONSELOS et al., 2014).

Levando isso em consideração, a qualidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços de saúde é fundamental, pois cuidados inovadores em saúde a grupos com DCNT e seus familiares em uma ESF são essenciais para sensibilizá-los, de modo que juntos, familiares e profissionais formem o planejamento conjunto da assistência (SOUZA et al., 2012).

Reconhece-se que o conhecimento científico acerca das DCNT é um recurso relevante para direcionar a equipe multiprofissional para a tomada de decisões clínicas para o tratamento da doença, como também para prepará-la para educar os usuários para o conhecimento e adesão ao autocuidado (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

4.4 Opinião / percepção dos usuários em relação às causas do abandono do tratamento.

Essa temática traz as opiniões e percepções dos usuários em relação às causas do abandono ao tratamento, ou seja, todos aqueles fatores que podem interferir no insucesso e/ ou abandono ao tratamento.

Quando questionados sobre quais as causas do abandono ao tratamento, a maior parte das respostas relacionava-se ao esquecimento em relação à dificuldade em lembrar de tomar a medicação na hora certa, a desmotivação, medo de dependência do medicamento, falta de conhecimento sobre a doença, falta do apoio e ajuda familiar no tratamento, falta de medicações nas unidades de saúde bem como a falta de condições econômicas.

Os depoimentos dos entrevistados demonstram que a falta de conhecimento sobre a doença influencia diretamente na não adesão ao tratamento, bem como a ideia de que a hipertensão não é tão grave quanto outras doenças crônicas, conforme fala a seguir:

“Falta de conhecimento e alguém para nos ajudar a tomar as medicações certas” (Entrevistado H).

“Esquecimento e muitas vezes por não acreditar que pode ser realmente perigosa” (Entrevistado J).

“Muitas vezes porque esqueço, ou porque acho que não é tão grave assim” (Entrevistado E).

Com relação ao desconhecimento sobre a doença, Soares (2011) aborda que a falta de conhecimento e da informação completa e adequado sobre a patologia recebida por parte do usuário leva, muitas vezes, a não adesão ao tratamento.

Segundo Soares et al. (2010), a educação em saúde é parte fundamental no tratamento; é um direito e dever do paciente, ou seja, torna-se um dever dos responsáveis pela promoção da saúde o processo educativo, motivando o indivíduo a adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para a mudança de hábitos, com o objetivo geral de melhorar a qualidade de vida.

De Leu et al. (2015) nos traz que idade e o grau de escolaridade podem estar relacionados a falta de adesão à terapia medicamentosa, prejudicando em muitas vezes a assimilação das orientações dadas pela equipe de saúde, gerando um

menor entendimento da doença e, com isso, uma menor preocupação em seguir o tratamento prescrito.

A simples criação de políticas para prevenção de doenças não é o único fator que garante a resolução dos problemas em saúde, sendo necessária que exista adesão às políticas por parte dos pacientes, e isso depende de o paciente ter conhecimento sobre sua condição de saúde, de estar comprometido com o tratamento, e da equipe estar atuante por meio de esclarecimentos e incentivo (COSTA, 2008).

Segundo o documento *Adherence Meeting*, da World Health Organization (2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco grupos de fatores: os socioeconômicos, aqueles relacionados aos sistemas e profissionais da saúde, às condições de saúde, à terapia e aos pacientes.

Outro motivo descoberto neste estudo para o não seguimento de regimes terapêuticos entre os usuários, está relacionado à velhice, que, segundo os usuários, são as dificuldades decorrentes das modificações corporais com a progressão do envelhecimento, dificultando a compreensão e o cumprimento das prescrições, dificuldades essas que se evidenciam nas falas abaixo.

“Não saber identificar os remédios certos para tomar muitas vezes nem enxergam direito o que está escrito” (Entrevistado M).

“Não saber ler corretamente a medicação que vai tomar e muitas vezes acaba tomando errado” (Entrevistado B).

O não seguimento de regimes terapêuticos entre os idosos é frequente devido às dificuldades decorrentes das modificações físicas ou orgânicas próprias da velhice, como as motoras, as deficiências visuais e, com isso, a dificuldade de compreender como o tratamento deve ser realizado, o que compromete o cumprimento das prescrições nesses casos cabe aos profissionais das unidades buscarem estabelecer estratégias que colaborem na minimização desse problema (MARQUES et al., 2010).

Analisando toda a dificuldade que a falta de adesão ao tratamento pode trazer ao sistema e ao próprio paciente, torna-se relevante o entendimento desse fenômeno para a busca de melhor estratégia na superação desse problema (LOPES et al., 2015).

O fator econômico também adquire especial importância para a adesão ou não ao tratamento. No Brasil, milhões de idosos em condições de pobreza não têm como custear suas necessidades básicas e não têm acesso aos medicamentos, a não ser aos da rede pública, ou seja, o fato de os usuários não encontrarem todos os medicamentos na rede pública e a falta de dinheiro para comprar na rede privada impede que eles sigam o tratamento, ocorrendo, muitas vezes, o abandono da prescrição médica (MARQUES et al., 2010).

Para Gusmão et al. (2009), a percepção por parte da equipe médica e dos demais membros da equipe de saúde sobre os fatores de risco que podem diminuir a adesão ao tratamento, permitiria a eles uma intervenção precoce com a adoção de medidas alternativas. Dessa forma, os fatores de risco podem ter relação com o paciente, o tratamento, o sistema de saúde e a equipe de saúde, com a doença e com o cuidador.

Araujo et al. (2006) relatam que se faz necessário a existência de uma equipe multidisciplinar ao se considerar que as DCNT se tratam de doenças multicausais e multifatoriais, exigindo diferentes abordagens em uma ação conjunta e integrada, sendo que o trabalho conjunto poderá proporcionar maior número de informações, que, por sua vez, propiciariam a prática de atitudes efetivas no controle da HA.

Para a maioria dentre os fatores que interferem na adesão ao tratamento, está à desmotivação, tempo prolongado do tratamento e receio. A dependência pela medicação se mostrou muito presente na opinião e percepção dos usuários entrevistados como pontos fundamentais no abandono ao tratamento, fato este que se apresenta nas falas abaixo.

“Não vejo resultado, ou seja, faz mal a medicação e não muda nada aí acabam desistindo do tratamento” (Entrevistado I).

“Ter que fazer o tratamento por um período muito longo causa desânimo e insatisfação, por isso muitas vezes acabam desistindo” (Entrevistado O).

“Tenho receio de ficar dependente do medicamento, por isso não tomo todos os dias” (Entrevistado P).

O tempo de uso dos medicamentos nas DCNT pode gerar comportamento desmotivador para uso contínuo e regular da medicação, como: percepção do uso contínuo como produtor de cansaço, dependência, a ausência ou melhora dos sintomas (ARAÚJO et al., 2006).

A boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo sobre seus malefícios, bem como os riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar. Os melhores resultados em termos de adesão são conseguidos com equipes multiprofissionais devido à complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui doença crônica (GUSMÃO et al., 2009).

No quesito enfoque familiar, o estudo revelou que a baixa participação da família no apoio e ajuda ao tratamento encontra-se muito presente entre todos os usuários entrevistados, pois estes relataram com grande frequência a falta de alguém para ajudar no seguimento adequado e contínuo do tratamento. Esses relatos aparecem com muita frequência nas falas dos entrevistados abaixo.

“Não ter ninguém da família para ajudar dificulta muito” (Entrevistado L).

“Não saber identificar os remédios certos para tomar e não ter ajuda muitas vezes de alguém em casa” (Entrevistado Q).

O apoio familiar é um fator importante para que o tratamento alcance seu objetivo e a presença da família junto ao paciente, fazendo com que ele se sinta seguro e amparado no convívio com a doença (ARAUJO et al., 2006).

Diante desse apoio, o suporte familiar vem sendo apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado nas DCNT, e no controle dos fatores de risco hereditários da doença, contribuindo concretamente para o sucesso e eficácia do tratamento ao indivíduo com DCNT, principalmente no que se refere a (HA – DM) (COSTA et al., 2008).

Isso mostra a importância dos profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, trabalhar com as famílias de forma a instrumentalizá-los, pois estes representam importantes aliados, tornando-se facilitadores no processo de adesão ao tratamento, ou seja, quando os familiares compreendem que o tratamento das DCNTs envolve necessariamente a intervenção sobre os fatores de risco modificáveis, como, por exemplo, o combate à alimentação inadequada e à inatividade física. Dessa forma, os familiares poderão contribuir para a melhor adesão ao tratamento de seus entes (BARRETO et al., 2014).

Segundo os relatos dos 16 entrevistados, o fator econômico como falta de dinheiro, juntamente com a ausência de medicamentos nas unidades, para

distribuição gratuita impede que muitos sigam de forma contínua e correta o seu tratamento, como percebemos nas falas a seguir.

“Quando falta medicação na farmácia principalmente, porque aí muitas vezes não tenho condições de comprar” (Entrevistado C).

“Falta de muitas medicações na farmácia, na maioria das vezes, nunca tem todos os medicamentos que se precisa” (Entrevistado D).

No Brasil, os pacientes têm acesso gratuito pelo SUS a um elenco de medicamentos essenciais, com ênfase para o tratamento das doenças mais prevalentes, como as DCN; entretanto, um estudo que avaliou a disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde pública no país encontrou baixa disponibilidade de medicamentos em todos os estratos populacionais (MENDES et al., 2014).

O fornecimento gratuito dos medicamentos é um forte aliado para a adesão ao tratamento, sendo uma das bases, se não o alicerce, do Serviço de Controle as DCNT. Sendo assim, esse achado reforça que a falta dos medicamentos ou a distribuição inadequada leva ao tratamento incompleto, ao abandono ou a falta de adesão, tendo em vista que, quando a UBS deixa de oferecer os medicamentos, os usuários acabam interrompendo o tratamento por não possuírem recursos suficientes para adquiri-los (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Além de um acesso à medicação, ações coletivas e individuais, mudanças nos hábitos de vida, busca ativa por pessoas com baixa frequência, devem ser ações para melhoria da adesão, além de novas pesquisas sobre o tema e um olhar multiprofissional (LOPES, 2015).

Seguindo essa mesma linha de pensamento, a responsabilização do profissional, ao inserir em sua prática cotidiana, o acompanhamento do paciente durante seu tratamento é de extrema importância, assim como a orientação de seu cuidador. O aconselhamento contínuo, presencial ou não, consiste em uma importante ferramenta de suporte para a melhoria da adesão, com custo reduzido e de fácil implementação nos serviços de saúde (GUSMÃO et al., 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de conhecer a percepção dos usuários com DCNT (DIA e HAS) sobre a sua adesão ao tratamento e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF, ficou evidenciado que grande parte dos usuários apresenta percepção e conhecimento sobre sua doença e tratamento ainda de uma forma um pouco vaga.

Essa é uma situação que possivelmente está relacionada ao baixo nível de escolaridade e idade avançada, da maioria dos entrevistados, tornando-se esses fatores que interfere na capacidade funcional e no pouco conhecimento dos mesmos.

Nesse sentido, outros fatores como esquecimento, falta de apoio familiar, falta de medicamentos, poucas fichas para atendimento médico, na unidade, ficaram evidenciadas nas falas dos entrevistados, contribuindo negativamente para uma melhor adesão do usuário ao tratamento.

Com base nos resultados encontrados, este estudo mostrou a necessidade dos profissionais de saúde das ESFs, em especial, o enfermeiro, que atua cotidianamente junto ao usuário, o qual desenvolve ações de promoção e prevenção com ações educativas mais adequadas ao perfil de sua população alvo, repassando informações utilizando uma linguagem que permita a melhor compreensão sobre o seu estado de saúde, incentivando e melhorando, assim, a qualidade de vida do usuário e seus familiares.

A adesão ao tratamento do usuário com DCNT é uma condição multifatorial da qual não deve ser responsabilidade somente do usuário, mas, sim, de um conjunto de fatores ligados ao usuário, a própria doença, ao tratamento, aos serviços de saúde que compreende seus profissionais e equipe, dos quais esses fatores podem interferir de forma negativa se não trabalharem de maneira correta para que essa adesão ocorra.

No que se refere em conhecer como ocorre a inserção do usuário com DCNT nas ações de saúde da ESF, a existência de grupos coletivos em saúde se faz presente no cotidiano dos entrevistados segundo seus relatos, o que mostra pontos positivos e o objetivo da equipe de saúde em organizar a atenção e promover a educação em saúde, contribuindo significativamente na construção do conhecimento sobre a doença e autocuidado do usuário.

Isso traz a importância de toda a equipe envolvida estar preocupada em aperfeiçoar e desenvolver sempre mais práticas de ações educativas, procurando, em conjunto, buscar alternativas para aumentar a adesão do usuário ao tratamento.

Quanto aos objetivos propostos em analisar a satisfação dos usuários a respeito das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, constatou-se um elevado grau de satisfação dos usuários sobre sua relação com a equipe, dando destaque ao bom acolhimento realizado por todos os profissionais, o que contribui, satisfatoriamente, no fortalecimento, no que se refere a atenção centrada no usuário.

Ressalta-se que os usuários percebem mudanças no funcionamento das unidades, uma vez que pontos importantes no que diz respeito ao atendimento foram afirmados e valorizados pelos usuários o que significa avanços da ESF.

Percebe-se que o caminho está sendo percorrido e já se notam mudanças, no entanto, tais mudanças ainda não foram capazes de romper com o entendimento reducionista de saúde que predomina na sociedade e nas práticas de atenção em saúde. Portanto, ainda há um longo percurso para concretizar as transformações na atenção básica à saúde e, conseqüentemente, estabelecer a ESF como prática de reorientação do modelo em saúde, frisando a importância da capacitação dos profissionais com as quais estejam ancoradas nas novas diretrizes do SUS e na reorganização dos processos de trabalho.

Este estudo foi importante para fornecer subsídios que contribuam, juntamente com outras pesquisas, para ampliar as ferramentas de trabalho que as equipes de saúde possuem, buscando praticar o que já se sabe e aprimorar o que já é realizado, para agregar, com sucesso, um serviço mais humanizado e organizado à equipe da ESF. Conclui-se que, neste momento, se faz necessário aprofundar as experiências e reflexões acerca da atuação em saúde para podermos melhor entender este processo, envolvendo os usuários como aliados na construção deste novo modelo de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. et al. *Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia - CE*. 2012
- ALMEIDA, A. M. D. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Módulo VI. Políticas de Saúde na Atenção às DCNT. UFSC. *Enferm. Pen. Florianópolis*, 2013. Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11968/mod_resource/content/2/Modulo6_DoencasCronicas.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2017.
- ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. *Rev. Baiana de enfermagem*, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 75-80, jan./dez. 2010.
- AMORIM, V. S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família*. 1. ed. Montes Claros, MG: Unimontes, 2004. 15 p.
- ANDRADE, S. S. C. A. et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev Bras Epidemiol*, 2014
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista8_2/v8n2a11htm>. Acesso em: 20 set. 2017.
- ARAÚJO, I. C. *Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará*. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BARRETO, M. D. S. et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Rev. Latino Am. Enferm*, 2014.
- BARRETO, M. D. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Rev. Latino Am. Enferm*, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.
- BEZERRA, A. S. M. et al. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm*, 2014
- BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert.; KJELLSTROM, Tord. *Epidemiologia básica*. 2. ed. Washington: Organização Mundial da Saúde, 2008.
- BRASIL. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p.1-3, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. *Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, seção 1:68, 13 nov. 2014.

_____. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, 31 dez. 2010.

_____. *Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde*. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento de 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, 2012.

_____. Secretária 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*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis*. Série Pactos pela Saúde, v. 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CARVALHO A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012.

CARVALHO FILHA, Francidalma S. S.; NOGUEIRA, Lídyia T.; MEDINA, Maria G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 265-278, 2014.

CARVALHO, R. S. *Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. 2002. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CASADO, L. et al. Fatores de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CHOR, Dora et al. Saúde no Brasil 4. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Veja*, v. 6736, n. 11, p. 60135-9, 2011. Disponível em: <http://media.dropdo.com.s3.amazonaws.com/5oH/brazilpor4_DCNT.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2017.

CONCEIÇÃO, C. C. et al. A atuação da Enfermagem frente aos fatores de risco da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa da literatura. *Interfaces Científicas. Saúde e Ambiente*, Aracaju, v. 2, n. 1, p. 9-24, out. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/download/835/495>>. Acesso em: 08 maio 2017.

COSTA, A. D. S. C. et al. Qualidade do atendimento ao cliente: um grande diferencial competitivo para as organizações. *Revista de Iniciação Científica – RIC*, Cairu, v. 2, n. 2, p. 155-172, jun. 2015.

COSTA, Rosana dos Santos; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, set./out. 2008.

COTTA, M. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=petricim+comprimido&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gws_rd=cr&ei=9F4YWcnpGYSjwQ>. Acesso em: 14 maio 2017.

DE LEU, J. S. et al. A adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso: revisão de literatura. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 9, n. 1, 2015. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/932_Leticia.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

DIAS, O. V. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. *Revista Pró-univerSUS*, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Revista APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 164-174, 2007.

ESKINAZI, Fernanda Maria Vieira; MARQUES, Ana Paula de Oliveira. Envelhecimento e a epidemia da obesidade. *Journal of Health Sciences*, 2015.

FUJISAWA, D. S. *Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de criança: implicações na formação do fisioterapeuta*. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, José Roberto. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, Petrópolis: Vozes, 2002.

GOMEZ, P. F. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a19v64n5.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2017.

GUANDALINI, V. R. *Estratégia Saúde da Família: avaliação dos cuidados em saúde e nutrição aos adultos diabéticos e hipertensos*. 2013. 110 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, Matão, SP, 2013. Disponível em: <<http://www2.fcfar.unesp.br/Home/Pos-graduacao/AlimentoseNutricao/valdete-regina-guandalini---do.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev. Bras. Hipertens.*, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr. /jun. 2006.

HERNANDES, M. G. *Ação de intervenção sobre os fatores intervenientes na adesão do tratamento da hipertensão arterial dos pacientes atendidos na estratégia de saúde da família da UBS Fiori Murano*. Campo Grande, MS, p. 15, 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Técnicas de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC, Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

LINHARES, S. et al. Implementação de protocolos para DCNT: Diabetes Mellitus e Hipertensão. *Série Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 231-237, 2014. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/201402/08%20IMPLEMENTA%E2%82%AC%C3%87O%20DE%20PROTOCOLOS%20PARA%20DCNT.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

LOPES, João Henrique Primini et al. Adesão do paciente à terapia medicamentosa da hipertensão arterial: revisão da literatura. *Rev. Odontol. Univ.*, São Paulo, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2017.

_____. *Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento*. 2015. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/23/10.%20DCNT%20e%20suporte%20de%20a%C3%A7%C3%B5es%20intersectoriais%202014.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

_____. *Mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011*. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

MARQUES, E. I. W. et al. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma Unidade de Saúde da Família do município de Passo Fundo - RS. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 267-279, 2010.

MARTINS, J. L. M. *Estratégias para melhorar o controle das doenças crônicas Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica*. Belo Horizonte, p. 14, 2016.

MEDINA, M. G. et al. *Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?* 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: DF, 2012.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Debate*, 2014.

MENEZES, K. K. P. D.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na atenção primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, p. 124-130, 2016.

MERHY, E. E, FRANCO, T. B. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005, p. 181-193.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, C. P. et al. *A importância da ESF na comunidade*. 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/trabalhos/5033.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

MOURA, M. Z. P. D. *Buscando suas raízes*. 1. ed. Venâncio Aires: Traço, 2013.

OGATA, M. N. et al. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais os usuários. *Rev. Eletr. Enf.*, 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com Diabetes Mellitus em um Serviço de Atenção Básica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2011.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-420.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Rev. Ciência Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

RAUPP, L. M. et al. *Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios*. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev. Bras. Cardiol.*, p. 35-42, 2014.

SANTOS, B. P. D. et al. Atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família: reflexões da perspectiva do usuário com doença crônica não transmissível. *Rev. Baiana de SP*, v. 38, n. 3, p. 665-678, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2014/v38n3/a4623.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017.

SANTOS, M. L. M. F. et al. Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, p. 163-171, 2015.

SANTOS, R. M. D.; RIBEIRO, L. D. C. C. *Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro*. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20373>>. Acesso em: 14 set. 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Saúde no Brasil: doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, p. 61-74, maio 2011.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis. *Trab. Educ. Saúde*, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200599&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2017.

SILVA, H. A. R. *Adesão ao tratamento de doenças crônicas no PSF*. Campos Gerais, MG, 2014.

SILVA, I. S. D. et al. *Fatores de risco para desencadeamento de doenças cardiovasculares*. 2016. Disponível em: <<https://www.unicruz.edu.br/seminario/anais/XXI2016/Gradua%E7%E3o%20-%20RESUMO%20EXPANDIDO%20-%20Biol%F3gicas%20e%20Sa%FAde/FATORES%20DE%20RISCO%20P>>. Acesso em: 07 set. 2017.

SILVA, J. V. M. *O enfermeiro e a avaliação do usuário sobre o atendimento do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2012. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oJulianaMottin.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2017.

SILVA, S. S. B. E. et al. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enferm.*, 2015.

SOARES, A. M. G. et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-independente. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 174-181, out./dez. 2010.

SOARES, M. L. M. *Proposta de monitoramento do idoso que está fazendo uso inadequado de medicação*. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Teófilo Otoni, 2011.

SOUZA, D. F et al. *O papel do enfermeiro em uma Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência*. 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5865.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2017.

TEIXEIRA, Clotilde et al. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 16, n. 4, p. 444-454, 2013.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3873.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003.

_____. *Relatório Mundial da Saúde 2008: cuidados de saúde primários - agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.

_____. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, 21 nov. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

ZAVATINI, M. A. et al. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 31, n. 4, p. 647-654, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Cuman/publication/51537117_Family_health_strategy_in_the_treatment_of_chronicdegenerative_diseases_achievements_and_challenge>. Acesso em: 18 abr. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Aceite

Santa Cruz do Sul, 27 de Junho de 2017.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, (CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "Doença Crônica não Transmissível: A Adesão dos Usuários ao Tratamento", desenvolvido pela acadêmica Graziela da Silva Freitas do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC, sob a orientação da professora Luciane Maria Schimidt, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na ESF da rede básica de saúde da cidade de Venâncio Aires.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

Adriana R. Machado

Assinatura e carimbo do responsável institucional.

Adriana R. Machado
Enfermeira
COREN 79842

Adriana R. Machado
Enfermeira
COREN 79842

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA CURSO DE ENFERMAGEM

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: A ADESÃO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO

Este projeto busca conhecer a percepção dos usuários com DCNT sobre a sua adesão ao tratamento e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF.

Tendo como objetivos contextualizar segundo o MS como são desenvolvidas as diretrizes para o cuidado das pessoas com DCNT na ESF, traçar o perfil dos usuários com DCNT da ESF, compreender como se dá a inserção dos pacientes com DCNT nas ações de saúde na ESF, bem como, analisar a satisfação dos usuários com DCNT a respeito das ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Aos sujeitos do estudo são assegurados o anonimato e o sigilo, terão conhecimento do projeto, quanto aos seus objetivos e o método de coleta de dados. Para a coleta de dados será utilizada entrevista, as mesmas após autorização do participante serão transcritas com a finalidade de manter a legitimidade das falas.

Apesar de primar-se pela privacidade e pelo anonimato dos sujeitos, pode ocorrer o risco para os participantes da pesquisa em relação ao constrangimento de opinar sobre o serviço de saúde durante os relatos à pesquisadora. Este estudo justifica-se pela importância da equipe da ESF desenvolver ações de saúde aos pacientes com DCNT de forma ampliada, evidenciando as necessidades advindas dos usuários tanto no tratamento como no acompanhamento desses pacientes.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Luciane Maria Schmidt, telefone (51) 996040306, e desenvolvido pela acadêmica de Enfermagem, Graziela da Silva Freitas, telefone (51) 980390603.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (51) 3717 7680.

Data ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do participante voluntário

Nome e assinatura do Responsável Legal

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

I. Perfil dos entrevistados

Idade:

Escolaridade

Sexo:

Possui doença crônica? Qual?

II. Sobre a ESF

1. Tempo que frequenta a ESF?
2. Você está satisfeito com a ESF?
3. Quais são os pontos positivos da ESF?
4. Quais são os pontos negativos da ESF?
5. Como você avalia a qualidade dos cuidados prestados pelos membros da equipe de saúde da ESF?
 - () Muito bom
 - () Bom
 - () Regular
 - () Indiferente
6. Quais as ações de saúde que a equipe realiza com as pessoas que possuem doenças como: hipertensão e diabetes?
7. A ESF dispõe de grupos para hipertensos e diabéticos para a realização de atividades de saúde?
8. O senhor (a) recebeu orientações da equipe de saúde sobre os planos de cuidados que devem ser mantidos com o seu tratamento?

III Cuidados com a saúde

9. O que o senhor (a) conhece sobre a sua doença?
10. Você realiza o seu tratamento conforme as orientações dos profissionais dessa unidade?
11. Você recebe informações e orientações pela equipe de saúde sobre o uso correto dos medicamentos?

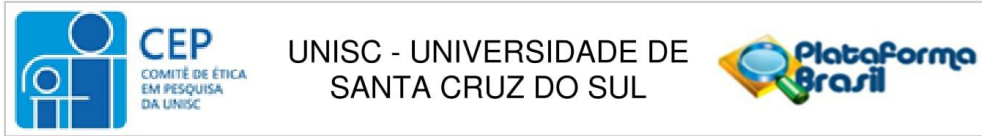
12. Quais são o(s) profissionais(s) de saúde responsável(s) pela sua assistência?
13. Para você quais são as causas para que as pessoas não façam o tratamento de forma adequada.

APÊNDICE D – Categorias da Análise Temática

I. Perfil dos Entrevistados	<p>Questão 1: Idade: Escolaridade: Sexo:</p>
II. Entendimento dos pacientes sobre sua doença e tratamento	<p>Questão 8: O senhor (a) recebeu orientações da equipe de saúde sobre os planos de cuidados que devem ser mantidos com o seu tratamento? Questão 9: O que o senhor (a) conhece sobre sua doença? Questão 10: Você realiza o seu tratamento conforme as orientações dos profissionais dessa unidade?</p>
III. A percepção e satisfação dos usuários sobre o trabalho desenvolvido pela equipe do ESF em relação ao tratamento	<p>Questão 2: Você está satisfeito com a ESF? Questão 3: Quais são os pontos positivos da ESF? Questão 4: Quais são os pontos negativos da ESF? Questão 5: Como você avalia a qualidade dos cuidados prestados pelos membros da equipe de saúde da ESF? () Muito bom () Bom () Regular () Indiferente Questão 6: Quais as ações de saúde que a equipe realiza com as pessoas que possuem doenças como: hipertensão e diabetes? Questão 7: A ESF dispõe de grupos para hipertensos e diabéticos para a realização de atividades de saúde? Questão 11: Você recebe informações e orientações pela equipe de saúde sobre o uso correto dos medicamentos? Questão 12: Quais são o(s) profissional(is) de saúde responsável(is) pela sua assistência?</p>
IV. Opinião/ percepção dos usuários em relação às causas do abandono do tratamento.	<p>Questão 13: Para você quais são as causas para que as pessoas não façam o tratamento de forma adequada?</p>

Fonte: dados da pesquisa (2017).

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: A ADESÃO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO

Pesquisador: Luciane Maria Schmidt Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70680517.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.167.768

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de TC do curso de Enfermagem apresentando a problemática de como acontece a adesão ao tratamento dos usuários com DCNT na ESF (Estratégia de Saúde da Família)? Considerando o contexto, que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis(DCNT) foram assumindo o seu lugar dentre o maior número de mortes no Brasil e no mundo e a incidência e a prevalência dessas doenças vêm aumentando progressivamente nas últimas quatro décadas,tanto a rede de atenção à saúde como os profissionais que fazem parte da área da saúde precisam adaptar-se à atual situação, reorganizando o cuidado às pessoas com doenças crônicas, proporcionando assim a estabilização da condição e qualidade de vida do usuário. O trabalho mostra que segundo a Organização Mundial de Saúde, melhorar a adesão ao tratamento pode ser o melhor investimento para gerenciar as condições crônicas de maneira efetiva,e ainda,os benefícios da adesão ao tratamento estendem-se aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia do país.Para tanto, a equipe da ESF deve estar preparada e treinada para dispor de um cuidado contínuo e integral as famílias cadastradas. Assim, a promoção da saúde depende do trabalho de uma equipe multiprofissional atuante, respeitando as particularidades das funções de cada profissional, que em conjunto realizam intervenções necessárias à sensibilização de mudança do estilo de vida.Portanto é necessário avaliar a

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.167.768

satisfação do usuários com DCNT a respeito das ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional para que a mesma possa conhecer melhores formas de aprimorar, qualificar e instrumentalizar as ações voltadas à promoção, prevenção, proteção, recuperação, reabilitação do indivíduo, sua família e comunidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

- Conhecer a percepção dos usuários com DCNT sobre a sua adesão ao tratamento e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da ESF.

Objetivo Secundário:

- Contextualizar segundo o MS como são desenvolvidas as diretrizes para o cuidado das pessoas com DCNT na ESF;

- Traçar o perfil dos usuários

com DCNT desta ESF;

- Compreender como se dá a inserção dos pacientes com DCNT nas ações de saúde na ESF;

- Analisar a satisfação dos usuários com DCNT a respeito das ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar de primar – se pela privacidade e pelo anonimato dos sujeitos, pode ocorrer o risco para os participantes da pesquisa em relação ao constrangimento de opinar sobre o serviço de saúde durante os relatos a pesquisadora.

Benefícios:

A importância da equipe da ESF desenvolver ações de saúde aos pacientes com DCNT de forma ampliada, evidenciando as necessidades advindas dos usuários tanto no tratamento como no acompanhamento desses pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta problema, objetivos e metodologia compatíveis

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão OK

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.167.768

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_955296.pdf	03/07/2017 17:42:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/07/2017 17:38:23	GRAZIELA DA SILVA FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetograziela.pdf	03/07/2017 17:38:05	GRAZIELA DA SILVA FREITAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.PDF	03/07/2017 17:34:38	GRAZIELA DA SILVA FREITAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeaceite.PDF	03/07/2017 17:34:21	GRAZIELA DA SILVA FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostook.pdf	03/07/2017 17:33:46	GRAZIELA DA SILVA FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 11 de Julho de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br