

**Avaliação do cuidado às condições crônicas de saúde: a perspectiva do usuário**  
**Evaluation of care for chronic health conditions: the perspective of the user**  
**Evaluación de la atención de las enfermedades crónicas: la perspectiva del usuario**

Recebido: 09/02/2020 | Revisado: 17/02/2020 | Aceito: 21/02/2020 | Publicado: 17/03/2020

**Andreisi Carbone Anversa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8655-4490>

Universidade Federal de Santa Maira, Brasil

E-mail: [andreisianversa@hotmail.com](mailto:andreisianversa@hotmail.com)

**Aline Sarturi Ponte**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4775-3467>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: [alinesarturi@hotmail.com](mailto:alinesarturi@hotmail.com)

**Mithielle de Araujo Machado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9809-4188>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: [mithifisio2014@gmail.com](mailto:mithifisio2014@gmail.com)

**Elenir Fedosse**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9691-7491>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: [efedosse@gmail.com](mailto:efedosse@gmail.com)

**Resumo**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam as principais causas de mortalidade no mundo e são responsáveis por elevadas taxas de morbidade e diminuição na qualidade de vida. Tais condições apresentam como principais fatores de risco aqueles considerados modificáveis. Desse modo, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações intersetoriais e interdisciplinares, com o intuito de reverter o impacto dessas patologias. Dentre essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) merecem destaque. Este artigo tem como objetivo a caracterização do perfil sociodemográfico e a avaliação do cuidado de usuários com diagnóstico de HAS e/ou DM residentes em três municípios da região central do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, elaborado no interior da segunda edição do Programa

de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET SAÚDE (2012 a 2014). Para a coleta de dados, utilizou-se a Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas e os preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A amostra contou com 898 participantes residentes de três municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde-RS. Observou-se a predominância de pessoas do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto e casadas. Muitos usuários avaliaram o cuidado ofertado pelos serviços de Atenção Básica, como regular. Portanto, torna-se relevante modificar a forma do cuidar em saúde; uma possibilidade é envolver os usuários em seu processo de cuidado, garantindo uma co-responsabilização e maior resolutividade das demandas.

**Palavras-chave:** Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde; Satisfação do Paciente.

### **Abstract**

Chronic Non Communicable Diseases represent the main causes of mortality in the world and are responsible for high morbidity rates and decreased quality of life. Such conditions present as main risk factors those considered modifiable. Thus, it is necessary that health professionals develop intersectoral and interdisciplinary actions in order to reverse the impact of these pathologies. Among these diseases, Systemic Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) deserve mention. This article aims at characterizing the sociodemographic profile and understanding about the satisfaction of the care of users with diagnosis of systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus (DM) living in three cities of central Rio Grande do Sul. It is a descriptive and exploratory study, of a quantitative nature, prepared within the second edition of the Work for Health Education Program - PET SAÚDE (2012 to 2014). For data collection, the user evaluation on Care for Chronic Conditions and the precepts of the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) were used. The sample included 898 resident subjects from three municipalities belonging to the 4th Regional Health Coordination-RS. The predominance of women, with incomplete primary education and married was observed. Many users evaluated the care offered by Basic Care services as regular. Therefore, it is relevant to modify the form of health care; one possibility is to involve the subjects in their care process, ensuring co-responsibility and greater resolution of demands.

**Keywords:** Chronic Disease; Primary Health Care; Patient Satisfaction.

### **Resumen**

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan las principales causas de mortalidad en el mundo y son responsables de las altas tasas de morbilidad y de la disminución de la calidad de vida. Esas condiciones presentan como principales factores de riesgo los que se consideran modificables. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud desarrollen acciones intersectoriales e interdisciplinarias para revertir el impacto de estas patologías. Entre estas enfermedades, la Hipertensión Sistémica (SAH) y la Diabetes Mellitus (DM) merecen ser mencionadas. El presente artículo tiene por objeto caracterizar el perfil sociodemográfico y la comprensión de la satisfacción de la atención de los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y/o diabetes mellitus (DM) que viven en tres ciudades del centro de Río Grande do Sul. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de carácter cuantitativo, preparado dentro de la segunda edición del Programa de Educación a través del Trabajo para la Salud – PET SAÚDE (2012 a 2014). Para la reunión de datos se utilizó la evaluación del usuario sobre la atención de las enfermedades crónicas y los preceptos de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (CIF). La muestra incluyó 898 sujetos residentes de tres municipios pertenecientes a la 4ª Coordinación Regional de Salud-RS. Se observó el predominio de las mujeres, con educación primaria incompleta y casadas. Muchos usuarios evaluaron la atención ofrecida por los servicios de atención básica como regular. Por lo tanto, es pertinente modificar la forma de atención de la salud; una posibilidad es involucrar a los sujetos en su proceso de atención, asegurando la corresponsabilidad y una mayor resolución de las demandas.

**Palabras clave:** Enfermedad Crónica; Atención Primaria de Salud; Satisfacción del Paciente.

## 1. Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam, há tempos, as principais causas de mortalidade no mundo; com significativas mortes prematuras, as quais atingem pessoas com idade inferior a 60 anos (Brasil, 2011). No Brasil, além dos índices de óbitos, tais condições são responsáveis por elevadas taxas de morbilidade, perda de qualidade de vida, limitações nas atividades cotidianas e por impactos econômicos e sociais (Malta et al., 2015).

As DCNT englobam as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, tendo como principais fatores de risco aqueles considerados modificáveis: o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool (Malta et al., 2006).

Dentre essas doenças, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). A HAS é uma doença crônica multifatorial, de detecção tardia e evolução, muitas vezes, lenta e silenciosa. É considerada um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) (Carvalho et al., 2013). Já a DM caracteriza-se como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, decorrente da falta ou incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos no organismo (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014). Pode repercutir nos domínios físico, social e psicoemocional das pessoas acometidas (Almeida, 2012).

A HAS e a DM são condições clínicas que, frequentemente, associam-se e que, pelas consequências geradas, pela cronicidade e pelos altos custos com internações, configuram-se como um problema de saúde pública (Péres, Magna & Viana, 2003). Nessa perspectiva, há uma crescente preocupação com tais doenças.

Sabe-se que por meio de intervenções amplas de promoção de saúde, de melhoria da atenção à saúde e de qualidade no cuidado, o impacto das DCNT pode ser revertido (Brasil, 2011). Para isso, é necessário o desenvolvimento de ações que produzam resultados efetivos e que envolvam equipes multiprofissionais com abordagens, minimamente, interdisciplinares.

A interdisciplinaridade apresenta-se fundamental à medida que prevê espaços de articulação, convergência e complementaridade entre saberes e ações de distintos profissionais (Peduzzi, 2001), fato que conduz a uma perspectiva holista. Assim, a compreensão do trabalho interdisciplinar, embasado nas exigências de competências coletivas para a resolução de demandas, pode ser desencadeadora da integralidade do cuidado (Severo & Seminotti, 2010).

Outro aspecto fundamental no enfrentamento das DCNT é o de que as pessoas com tais doenças sejam atores principais em seus processos de cuidado e estejam satisfeitos com a atenção que recebem. A discussão sobre qualidade dos serviços de saúde é indispensável e crescente. Conforme Starfield (2004), o conceito de qualidade em serviços de saúde é considerado como grau de satisfação do usuário com relação aos serviços, com os custos da atenção à saúde, segurança e compatibilidade dos serviços, habilidade da equipe de saúde em contribuir para melhoria dos serviços prestados bem como tratamento. Assim, a satisfação do usuário em relação aos serviços, associada às suas necessidades e expectativas, afetam a aceitação e o envolvimento do sujeito em seu tratamento (Arruda & Bossi, 2017).

Nesse sentido, com base nos preceitos da qualidade dos serviços de saúde e na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a qual engloba o

sujeito em sua integralidade, este artigo tem como objetivo a caracterização do perfil sociodemográfico e a compreensão sobre a satisfação do cuidado de usuários com diagnóstico de DM e/ou HAS residentes em três municípios da região central do Rio Grande do Sul, RS.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, elaborado no interior da segunda edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde (2012 a 2014). O PET-Saúde configurou-se como um dispositivo voltado para o fortalecimento da integração ensino-serviço, possibilitando a formação de profissionais cientes dos princípios e necessidades do SUS (Batista et al, 2015).

Nesse contexto, o presente estudo envolveu a população com HAS e DM representativa de municípios de grande porte (261.031 habitantes), de médio porte (23.798 habitantes) e de pequeno porte (2.449 habitantes) da região central do Rio Grande do Sul. Ressalta-se que o município de grande porte tem quinze Unidades Básicas de Saúde (UBS), sete unidades distritais e quatorze Estratégias de Saúde da Família (ESF), o município de médio porte tem um unidades de saúde e quatro ESF e o município de pequeno porte tem duas UBS.

A população pesquisada correspondeu, portanto, aos usuários com tais doenças crônicas acompanhados na Rede de Atenção Básica dos três municípios, vinculados à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS-RS). Este estudo respeitou os seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, todas as classes socioeconômicas, com diagnósticos de DM e/ou HAS e que mantivesse acompanhamento em uma das unidades de saúde envolvidas no estudo. os critérios de exclusão foram: pessoas com idade inferior a 18 anos, que não residissem em um dos municípios envolvidos no estudo e que mantivesse acompanhamento em uma unidade de saúde que não estivesse vinculada ao projeto.

A amostra deste estudo foi definida a partir do cálculo amostral, este considerou nível de significância de 5% e erro de amostragem de 0,9. Para os municípios de médio e pequeno porte considerou-se a população total do município para a realização do cálculo amostral. No município de grande porte foram selecionadas três unidade de saúde que tinham em suas equipes preceptores do PET-Saúde. O cálculo amostral deste município foi realizado a partir da população total de cada unidade. Sendo assim a amostra total o estudo foi de 898 pessoas: 457 participantes residentes na cidade de maior densidade populacional, 323 residiam no

município de média densidade e 118 residiam no município de menor densidade populacional da 4ª CRS-RS.

Para a coleta de dados foi utilizada a “*Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas*”, que compõe o questionário de avaliação da implantação de ações de atenção às condições crônicas da cidade de Curitiba-PR. Este instrumento, originalmente denominado Patient Assessment for Chronic Illness Care (PACIC), proposto em 2004, por MacColl Institute for Health Care Innovation, foi utilizado nesse estudo por ter sido submetido a um processo de validação transcultural, conforme padrões internacionais recomendados pela Organização Mundial de Saúde. As dimensões abarcadas por esta avaliação são: Adesão ao Tratamento, Modelo de Atenção/Tomada de Decisão, Definição de Metas, Resolução de Problemas/Contextualização do Acompanhamento e Coordenação da Atenção ao Acompanhamento (Schawab et al., 2014).

Buscou-se identificar as barreiras e facilidades no acesso aos serviços de saúde e, desse modo, foram utilizadas 18 afirmativas, para as quais havia uma escala de valores - 1, 2 e 3, correspondentes a “nunca”, “algumas vezes” e “sempre”. Ressalta-se que a maioria dos usuários demandaram o auxílio dos pesquisadores para responderem ao questionário.

Para a identificação das condições de saúde, o estudo baseou-se nos preceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde – CIF (OMS). A CIF apresenta uma linguagem unificada e padronizada que permite descrever a saúde e os estados relacionados com a saúde das pessoas. É considerada um avanço na compreensão da saúde, pois engloba a pessoa em sua integralidade, abandonando o referencial biomédico como guia, na medida em que – a partir de seus componentes – descreve a funcionalidade e a incapacidade, com base no que o sujeito consegue e não consegue realizar em sua vida diária (Di Nubila & Buchalla, 2008).

A coleta foi realizada no período de setembro de 2013 a novembro de 2014, pela equipe do PET-Saúde, a qual englobava: duas professoras tutoras, seis servidores do sistema público de saúde (preceptores), duas voluntárias e 12 acadêmicos/bolsistas dos cursos de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmácia, Medicina, Enfermagem e Odontologia, da cidade de Santa Maria. A coleta ocorreu nas unidades de saúde e nos domicílios dos usuários, através de entrevistas fechadas, para preenchimento do questionário.

Os dados obtidos foram processados em planilhas no programa Excel®, analisados descritivamente em forma de frequências absolutas e relativas, através do Software *Statistica 9.1*. Os resultados também são apresentados em formato de tabelas para melhor compreensão.

Este estudo seguiu as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, a qual regulamenta as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, prevendo o engajamento ético e o respeito pela dignidade humana. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob parecer nº 507.220.

### 3. Resultados

Dos 898 participantes deste estudo, 617 foram do sexo feminino e 281 do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 15 à 102 anos, apresentando a média de 63,4 anos.

A Tabela 1 explana o perfil sociodemográfico, obtido através do questionário inicial da CIF, e apresentado pelas pessoas dos municípios pesquisados. Registrou-se o predomínio de pessoas com ensino fundamental incompleto (n = 509); casadas (n = 406); com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (n = 552).

**Tabela 1** – Caracterização Sociodemográfica e de saúde dos usuários dos municípios pesquisados, obtida por meio da CIF (n=898).

Variáveis	Municípios					
	Pequeno porte (n=118)		Médio porte (n=323)		Grande porte (n=457)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	84	71,1	209	64,7	325	71,1
Masculino	34	28,9	114	35,3	132	28,9
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	1	0,8	18	5,6	40	8,8
Ensino Fundamental Completo	11	9,3	33	10,2	48	10,6
Ensino Fundamental Incompleto	52	44,1	190	58,8	267	58,5
Ensino Médio Completo	19	16,1	37	11,5	51	11,2
Ensino Médio Incompleto	5	4,2	13	4	12	2,6
Superior Completo	9	7,6	6	1,9	1	0,2
Superior Incompleto	2	1,7	2	0,6	6	1,2
Especialista	-	-	3	0,9	3	0,6
Mestre	-	-	-	-	-	-
Doutor	3	2,5	-	-	-	-
Pós Doutor	-	-	-	-	-	-
Não respondeu	16	13,7	21	6,5	29	6,3
<b>Ocupação</b>						
Assalariado	7	5,9	44	13,6	45	9,9
Autônomo	8	6,7	41	12,7	46	10,1
Não Assalariado	1	0,9	3	0,9	2	0,4



<b>Estudante</b>	-	-	1	-	104	22,8
<b>Dona de Casa</b>	12	10,2	45	10,2	230	50,4
<b>Aposentado</b>	83	70,4	183	70,4	9	1,9
<b>Desempregado por questões de Saúde</b>	2	1,7	1	1,7	6	1,2
<b>Desempregado</b>	1	0,8	4	0,9	13	2,9
<b>Não respondeu</b>	4	3,4	1	3,4	2	0,4
<b>Diagnóstico</b>						
<b>Diabético</b>	19	16,1	29	9	27	5,9
<b>Hipertenso</b>	65	55	201	62,2	286	62,6
<b>Diabético e Hipertenso</b>	34	28,9	93	28,8	144	31,5

Legenda: n: frequência absoluta; %: percentual.

Fonte: elaborado pelos autores.

As Tabelas 2, 3 e 4 demonstra a avaliação dos usuários da rede de atenção básica em relação ao cuidado às condições crônicas, dos três municípios pesquisados. Destaca-se as 18 questões avaliadas e a frequência das respostas “nunca”, “algumas vezes” e “sempre”. regular.

**Tabela 2** – Avaliação dos Usuários da rede de atenção básica em relação ao cuidado às condições crônicas do Município de Pequeno Porte (n=118).

Questões	Escore					
	Nunca		Algumas Vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
<b>1. Perguntaram sua opinião quando foi definido o tratamento do seu problema de saúde?</b>	69	58,5%	13	11%	36	30,5%
<b>2. Deram opções de tratamento a você?</b>	70	59,4%	14	11,8%	34	28,8%
<b>3. Perguntaram se você teve problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos?</b>	61	51,8%	15	12,7%	42	35,5%
<b>4. Você recebeu, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar sua saúde?</b>	70	59,4%	20	16,9%	28	23,7%
<b>5. Você ficou satisfeito com seu tratamento?</b>	8	6,9%	18	15,2%	92	77,9%
<b>6. Explicaram que o que você faz para cuidar de si mesmo influencia em seu problema de saúde?</b>	21	17,9%	17	14,4%	80	67,7%
<b>7. Perguntaram o que você pretende fazer para cuidar do seu problema de saúde?</b>	69	58,6%	18	15,2%	31	26,2%
<b>8. A equipe de saúde ajudou a definir como melhorar sua alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool?</b>	27	22,8%	22	18,8%	69	58,4%
<b>9. Você recebeu uma cópia, por escrito, do plano para tratamento do seu problema de saúde?</b>	82	69,6%	9	7,6%	27	22,8%
<b>10. Você foi incentivado a participar de grupos de saúde?</b>	63	53,5%	22	18,6%	33	27,9%
<b>11. Perguntaram sobre seus hábitos de saúde?</b>	37	31,3%	15	12,8%	66	55,9%



12. A equipe de saúde levou em conta o que você pensa, no que acredita e no seu modo de vida, quando indicou seu tratamento?	56	47,4%	26	22,1%	36	30,5%
13. A equipe de saúde ajudou a planejar como cuidar da sua saúde nos momentos mais difíceis da vida?	37	31,3%	25	21,1%	56	47,6%
14. Perguntaram como seu problema de saúde afeta sua vida?	72	61,1%	10	8,4%	36	30,5%
15. A equipe de saúde lhe procurou, após a consulta, para saber como estava indo seu tratamento?	85	72,2%	10	8,4%	23	19,4%
16. Você foi orientado, individualmente ou em grupo, por alguém da equipe de saúde sobre cuidados com sua saúde?	40	33,8%	20	16,9%	58	49,3%
17. Você foi informado que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no seu tratamento?	33	27,9%	20	16,9%	65	55%
18. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas?	53	44,9%	10	8,5%	55	46,6%

Legenda: n: Frequência absoluta; %: Percentual.

Fonte: elaborada pelos autores.

**Tabela 3** – Avaliação dos Usuários da rede de atenção básica em relação ao cuidado às condições crônicas do Município de Médio Porte (n=323).

Questões	Escore					
	Nunca		Algumas Vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
1. Perguntaram sua opinião quando foi definido o tratamento do seu problema de saúde?	160	48%	27	11,2%	136	40,8%
2. Deram opções de tratamento a você?	235	70,5%	15	8%	73	21,5%
3. Perguntaram se você teve problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos?	180	54%	28	11,8%	114	34,2%
4. Você recebeu, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar sua saúde?	203	60,9%	31	12,4%	89	26,7%
5. Você ficou satisfeito com seu tratamento?	20	9,1%	46	13,8%	257	77,1%
6. Explicaram que o que você faz para cuidar de si mesmo influencia em seu problema de saúde?	59	17,7%	62	18,6%	202	63,7%
7. Perguntaram o que você pretende fazer para cuidar do seu problema de saúde?	143	46%	56	16,8%	124	37,2%
8. A equipe de saúde ajudou a definir como melhorar sua alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool?	83	28%	68	20,4%	172	51,6%
9. Você recebeu uma cópia, por escrito, do plano para tratamento do seu problema de saúde?	246	76,9%	18	5,4%	59	17,7%
10. Você foi incentivado a participar de grupos de saúde?	90	30%	58	17,5%	175	52,5%

11. Perguntaram sobre seus hábitos de saúde?	119	35,7%	48	14,4%	156	49,9%
12. A equipe de saúde levou em conta o que você pensa, no que acredita e no seu modo de vida, quando indicou seu tratamento?	224	67,2%	28	11,5%	71	21,3%
13. A equipe de saúde ajudou a planejar como cuidar da sua saúde nos momentos mais difíceis da vida?	113	33,9%	64	19,2%	144	46,9%
14. Perguntaram como seu problema de saúde afeta sua vida?	173	55%	46	13,8%	104	31,2%
15. A equipe de saúde lhe procurou, após a consulta, para saber como estava indo seu tratamento?	74	22,2%	66	19,8%	183	58%
16. Você foi orientado, individualmente ou em grupo, por alguém da equipe de saúde sobre cuidados com sua saúde?	42	15,7%	88	26,4%	193	57,9%
17. Você foi informado que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no seu tratamento?	92	27,6%	32	12,7%	199	59,7%
18. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas?	160	48%	27	11,2%	136	40,8%

Legenda: n: Frequência absoluta; %: Percentual.

Fonte: elaborada pelos autores

**Tabela 4** – Avaliação dos Usuários da rede de atenção básica em relação ao cuidado às condições crônicas do Município de Grande Porte (n=457).

Questões	Escore					
	Nunca		Algumas Vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
1. Perguntaram sua opinião quando foi definido o tratamento do seu problema de saúde?	355	77,7%	33	7,2%	69	15%
2. Deram opções de tratamento a você?	351	76,9%	45	9,8%	61	13,3%
3. Perguntaram se você teve problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos?	262	57,4%	73	15,9%	122	26,6%
4. Você recebeu, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar sua saúde?	307	66,9%	57	12,4%	93	20,7%
5. Você ficou satisfeito com seu tratamento?	25	5,7%	67	14,6%	365	79,8%
6. Explicaram que o que você faz para cuidar de si mesmo influencia em seu problema de saúde?	91	19,6%	113	24,7%	253	55,7%
7. Perguntaram o que você pretende fazer para cuidar do seu problema de saúde?	190	41,6%	123	26,9%	144	31,5%
8. A equipe de saúde ajudou a definir como melhorar sua alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool?	88	19,3%	118	25,8%	251	54,9%
9. Você recebeu uma cópia, por escrito, do plano para	354	77,5%	38	8,3%	65	14,2%

tratamento do seu problema de saúde?						
10. Você foi incentivado a participar de grupos de saúde?	155	33,9%	77	16,9%	225	49,2%
11. Perguntaram sobre seus hábitos de saúde?	161	35,3%	134	29,3%	162	35,4%
12. A equipe de saúde levou em conta o que você pensa, no que acredita e no seu modo de vida, quando indicou seu tratamento?	270	55,8%	101	25,4%	86	18,8%
13. A equipe de saúde ajudou a planejar como cuidar da sua saúde nos momentos mais difíceis da vida?	188	41,2%	113	24,7%	156	34,1%
14. Perguntaram como seu problema de saúde afeta sua vida?	237	51,9%	91	19,9%	129	28,2%
15. A equipe de saúde lhe procurou, após a consulta, para saber como estava indo seu tratamento?	214	46,9%	87	19%	156	34,1%
16. Você foi orientado, individualmente ou em grupo, por alguém da equipe de saúde sobre cuidados com sua saúde?	77	16,9%	167	36,5%	213	46,6%
17. Você foi informado que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no seu tratamento?	163	35,6%	84	18,5%	210	45,9%
18. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas?	241	52,7%	73	15,9%	143	31,5%

Legenda: n: Frequência absoluta; %: Percentual.

Fonte: elaborada pelos autores

Na Tabela 5, tem-se os escores finais da avaliação, na qual o cuidado é classificado como insatisfatório, regular e satisfatório; sendo que a maioria dos participantes dos três municípios avalia o cuidado recebido como regular.

**Tabela 5** – Escore final da avaliação do cuidado às condições crônicas de saúde, dos três municípios pesquisados (n=898).

Satisfação	Municípios					
	Pequeno porte (n=118)		Médio porte (n=323)		Grande porte (n=457)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Insatisfatório</b>	38	32,2%	83	25,7%	152	33,3%
<b>Regular</b>	61	51,7%	184	57%	261	57,1%
<b>Satisfatório</b>	19	16,1%	56	17,3%	44	9,6%

Legenda: n: frequência absoluta; %: percentual.

Fonte: Os autores

#### 4. Discussão

Atualmente, convive-se com um aumento da expectativa de vida, o que se traduz como uma conquista dos povos, mas também compõe uma série de preocupações para os estados e a sociedade civil (Camarano, 2004). Destaca-se que tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento, o aumento da longevidade tem ocasionado mudanças na incidência e na prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Este fato vai ao encontro dos resultados deste estudo, no qual a média de idade dos participantes com DCNT é de 63,4 anos, caracterizando-os como pessoas idosas convivendo com comorbidades – HAS e DM.

Outro aspecto relevante é o percentual de mulheres compondo a amostra (69%), item que se justifica pela maior procura de pessoas do sexo feminino aos serviços de saúde, bem como pela maior longevidade que apresentam quando comparadas ao sexo masculino (Malta et al., 2014).

Destaca-se, ainda, que as desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, falta de acesso à informação e baixa escolaridade são condições que também influenciam nas doenças crônicas não transmissíveis (Costa & Thuler, 2012). Esta pesquisa corrobora os dados apresentados por Costa & Thuler (2012), visto que a maior parte dos participantes apresenta ensino fundamental incompleto. Os estudos de Freitas & Garcia (2012) também demonstram que pessoas com até oito anos de escolaridade são aqueles que mais referem o diagnóstico de diabetes e hipertensão.

A escolaridade, além de ser utilizada como uma característica sociodemográfica, reflete o nível de conhecimento das pessoas; nesse contexto, é possível que as pessoas mais escolarizadas compreendam melhor as recomendações realizadas pelos profissionais de saúde e consigam administrar de melhor forma seus cuidados com a saúde (Neves et al., 2017). A maior escolaridade pode ser considerada um aspecto protetor das DCNT, por desencadear um maior acesso às práticas de promoção à saúde e aos serviços de saúde (Malta et al., 2017), influenciando a autonomia do autocuidado dos usuários.

Torna-se necessário refletir sobre as altas taxas de HAS e/ou de DM, que podem ocasionar complicações uma vez que se caracterizam como principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular (López-Jaramillo et al., 2014). Entre as patologias cerebrovasculares, destacam-se os Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC – (isquêmico e hemorrágico), os quais causam limitações temporárias ou permanentes, afastando a pessoa de suas atividades familiares, sociais e profissionais (Brasil, 2011). Dependendo da área cerebral acometida, os AVC originam déficits variados.

As principais sequelas motoras encontradas são hemiplegia contralateral, hipotonias, movimentação involuntária, contraturas, posturas viciosas, alterações de sensibilidade e sensoriais, alterações na articulação oral, na deglutição e no controle autonômico. E, entre as alterações cognitivas, destacam-se as afasias, as apraxias, as agnosias e alterações de percepção, alterações de memória; distúrbio de atenção, iniciativa e concentração (Cecatto, 2011). Nesse contexto, é necessário que as equipes de reabilitação visem à recuperação precoce das sequelas, a orientação do usuário e de seus familiares.

Contudo, para além da reabilitação de doenças mais incapacitantes, a equipe de saúde deve envolver-se no cuidado com os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que fortalecendo a Atenção Básica (AB), poderia haver a redução dessas patologias. Para isso, é fundamental a formação de equipes interdisciplinares, que desenvolvam ações de promoção da saúde e promovam a atenção integral e humanizada à população atendida.

No cenário histórico dos serviços de AB e das profissões da saúde, constata-se, no entanto, o cuidado sobre as doenças já instaladas e a predominância de práticas individualizadas e assentadas na manifestação biológica. O cuidado integral, que compreende o ser humano como um ser biológico, psíquico, social e espiritual, e não como um ser fragmentado em seus sistemas funcionais (Moraes, Bertolozzi & Hino, 2011), pode representar, dessa forma, um desafio.

Ademais, as áreas da saúde, muitas vezes, privilegiam a extrema especialização e baseiam-se em intervenções/tecnologias duras, as quais são estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, estando sustentadas em instrumentos e procedimentos (Merhy & Franco, 2003), não acolhendo com eficácia o usuário. Esse panorama pode resultar em uma diminuição da satisfação dos usuários em relação ao cuidado recebido, conforme explicitado pelos resultados desta pesquisa.

Observa-se que, nas perguntas 1, 2 e 7 (tabelas 2, 3 e 4), nas quais se têm o levantamento sobre a escuta do usuário por parte dos profissionais de saúde e a co-responsabilização do cuidado entre ambas as partes, há, nos três municípios pesquisados, a predominância da resposta “nunca”; indicando que ainda existe uma supremacia das decisões da equipe sobre o usuário. Nessa perspectiva, percebe-se que apesar do discurso igualitário e da ênfase para maior comunicação, a hierarquia dos profissionais de saúde sobre as pessoas acolhidas se mantém (Bastos, 2003).

Esta pesquisa vai ao encontro de outros estudos de Crevelim & Peduzzi (2005) que apontam que, na relação cotidiana das pessoas com o serviço, o usuário encontra-se ausente do planejamento assistencial e da tomada de decisões. Na perspectiva da democratização das

relações entre trabalhador e usuário, a população e os grupos sociais são concebidos como partícipes dos processos de saúde; nesse sentido, faz-se necessário efetivar essa participação.

A produção em saúde é resultado da articulação de diferentes processos de trabalho, que devem ser capazes de responder às necessidades de saúde da população. Ao utilizar as necessidades de saúde como objeto das práticas em saúde deve-se considerar as dimensões biológicas, culturais, econômicas e políticas que alocam os indivíduos em grupos sociais diferentes (Hino et al., 2009). As necessidades de saúde não são apenas necessidades médicas ou as relativas a problemas de doenças ou riscos, mas também aquelas que revelam os modos de vida (Moraes, Bertolozzi & Hino, 2011). Desse modo, consideram-se as necessidades de saúde como estruturante dos princípios da equidade e da integralidade da atenção em saúde. Assim, o acolhimento e a escuta das pessoas que buscam os cuidados em saúde potencializam as intervenções e práticas das equipes, aproximando-as das necessidades dos usuários e instrumentalizando-as no planejamento de ações (Cecílio, 2013).

As perguntas 4 e 9 (tabelas 2, 3 e 4) demonstram que raramente as pessoas recebem, por escrito, informações do seu plano de tratamento e de ações que visam a melhora de sua saúde. Além disso, o interesse da equipe de saúde sobre o impacto das patologias na vida dos usuários foi outro aspecto avaliado como insatisfatório, conforme as questões 12 e 14 (tabelas 2, 3 e 4). Desse modo, nota-se que a atenção e o cuidado ainda estão centrados na doença e nas condições biológicas.

Em uma avaliação dos serviços de atenção básica dos grandes centros urbanos (Brandão, Giovanella & Campos, 2013), os usuários avaliaram como “péssimo” e “ruim” a abordagem dos profissionais sobre as questões emocionais. Isto é, o enfoque nos aspectos emocionais e psicossociais das pessoas está pouco presente no cuidado.

Por outro lado, entre os questionamentos que obtiveram boa avaliação, nos três municípios, encontram-se os itens 6 e 8 (tabelas 2, 3 e 4), que envolvem ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Os profissionais da área da saúde devem procurar desenvolver meios, instrumentos e habilidades para oferecer, aos usuários, uma existência mais compreensiva e autônoma. É necessária à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (Merhy & Franco, 2003, Silva, Alvim e Figueiredo, 2008). Esses processos originam saúde e tornam as pessoas ativas em seu processo de cuidado.

Nessa perspectiva, a AB deve dispor de inovações no seu processo de cuidado, a fim de equacionar a relação oferta-demanda. As ações de educação e promoção em saúde são

mecanismos que tem apresentado resultados positivos, que são incorporados no comportamento da população (Pinto et al., 2017).

Além disso, quando indagados sobre o incentivo para a participação em grupos de saúde (questão 10 das tabelas 3 e 4), os residentes das cidades de médio e grande porte avaliaram de maneira satisfatória, contrapondo-se com o município de pequeno porte (questão 10 da tabela 2), que demonstrou insatisfação em relação a este aspecto. Esse fato pode ser justificado, pois nesse município, muitos dos domicílios visitados encontram-se em áreas rurais, onde a frequência dos grupos é menor e a distância até as unidades de saúde são relevantes, sendo uma barreira ao acesso. Segundo Bidlle et al. (2007), existem diversos fatores (psicológicos, geográficos e estruturais) que influenciam na utilização de serviços de saúde, agindo como facilitadores ou barreiras.

O encaminhamento para outras especialidades (questão 17 das tabelas 2, 3 e 4) também foi um aspecto com avaliação satisfatória, divergindo do estudo realizado no Nordeste do país (Arruda & Bossi, 2017), no qual o encaminhamento para às especialidades médicas e à burocracia para acessá-las foi motivo de insatisfação e descontentamento dos participantes envolvidos.

A partir do exposto, considera-se que a avaliação do cuidado ofertado pelos serviços de saúde é multifatorial, envolvendo diversas dimensões do processo de cuidado. É necessária, desse modo, uma constante reflexão acerca da organização e do planejamento das ações em saúde, para que essas sejam eficazes e responsivas as demandas da população.

## **5. Conclusão**

As DCNT constituem um problema de saúde de grande magnitude, que originam impactos sociais e econômicos, diminuição de qualidade de vida e índices elevados de óbitos. Os resultados deste estudo ratificaram a alta ocorrência de HAS e de DM nas populações pesquisadas, dados compatíveis com os nacionais; demonstrando a significativa prevalência dessas condições na sociedade brasileira.

Este estudo possibilitou uma reflexão acerca do cuidado ofertado pelos serviços de Atenção Básica, visto que muitas pessoas o avaliam como regular. Desse modo, torna-se relevante modificar a forma do cuidar em saúde; uma possibilidade é envolver os usuários em seu processo de cuidado, garantindo uma co-responsabilização e maior resolutividade das demandas.

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de ações, envolvendo equipes interdisciplinares, que ofereçam uma atenção humanizada e eficaz, produzindo maior



acolhimento por parte dos serviços e profissionais da saúde.

Sendo assim, torna-se relevante o desenvolvimento de estudos posteriores e a continuidade da pesquisa, realizando-se outros procedimentos necessários como verificação da sensibilidade e responsividade, além do julgamento de especialistas na área de saúde e de finalização da avaliação com a população afásica, passos que se pretende se desdobrar em futuras pesquisas.

## Referências

Almeida, S. A., Silveira, M. M., Santo, P. F. E., Pereira, R. C., Salomé, G. M. (2012). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Rev Bras Cir Plást*; 28(1):142-6.

Arruda, C. A. M., Bosi, M. L. M. (2017). Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface*, 21(61):321-32.

Bastos, L. G. C. (2003). *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

Batista, S.H.S.S., Jansen, B., Assis, E.Q., Senna, M.I.B, Cury, G.C. (2015). Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface*, 19:743-52.

Bidlle, L., Donovan, J., Sharp, D., Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of Health & Illness*, 29(7):983–1002.

Brandão, A. L. R. B. S., Giovanella, L., Campos, C. E. A. (2013). Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1):103 – 14.

Brasil. (2011) Ministério da Saúde. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de

Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

Camarano, A. A. (2004). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea.

Carvalho, M. V., Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L., Jardim, P. C. B. V. (2013). A influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol*, 100(2):164-174.

Cecatto, R. B. (2012). Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: Cruz, D. M. C. *Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Cerebral*. São Paulo: Rocca; 3-18.

Cecílio, L. C. O. (2013). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. 2013. <[http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade\\_e\\_Equidade\\_na\\_Atencao\\_a\\_saude.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude.pdf)>. Acessado em: 28 out. 2017.

Crevelim, M. A., Peduzzi, M. (2005). A participação da comunicação na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2):323-31.

Costa, L. C., Thuler, L. C. S. (2012). Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Estud Popul*, 29(1):133-45.

Di Nubila, H. B. V., Buchalla, C. M. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*, 11(2):324-35.

Freitas, L. R. S., Garcia, L. P. (2012). Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*, 21(1):7-19.

Hino, P., Ciosak, S. I., Fonseca, R. M. G. S., Egry, E. Y. (2009). Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. *Rev Esc Enferm USP*. 43(n. espe. 2):1156- 67.

Lopéz-Jaramillo, P., Ramiro, A., Diaz, M., Cobos, L., Bryce, A., Parra-Carrillo, J. Z. (2014). Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. *Arq Bras End & Metabologia*, 58(3):2005-225.

Malta, D. C., Cezário, A. C, Moura, L, Moraes Neto, O. L., Silva Junior. J. B. (2006). Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, 15(1):47-64.

Malta, D. C., Gosch, C. S., Buss, P., Rocha, D. G., Rezende, R., Freitas, P. C. (2014). Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc Saúde Coletiva*, 19(11): 4341-50.

Malta, D.C., Stopa, S.R., Szwarcwald, C.L., Gomes, N.L, Silva Júnior, J.B., Reis, A.A.C. (2015). A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*, 18 (2): 3-16.

Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Iser, B. P. M., Szwarcwald, C. L., Duncan, B. B., Schmidt, M. I. (2017). Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Saúde Pública*, 51(supl. 1):1-11.

Merhy, E. E., Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65):316-23.

Moraes, P. A., Bertolozzi, M. R., Hino, P. (2011). Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1):19-25.

Neves, R. S., Duro, S. M. S., Flores, T. R., Nunes, B. R., Costa, C. S., Wendt, A., Wehrmeister, F. C., Tomasi, E. (2017). Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saúde Pública*, 33(33):2-11.

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 35(1):103-9.

Péres, D. S., Magna, J. M., Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, 37(5):635-42.

Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Marinho, M. N. A. S. B., Vidal, E. C.F., Aquino, O. S. (2017). Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidade no território. *Rev. Bras. Enferm*, 70(5):970-77.

Schawab, G. L., Moysés, S. T., Kusma, S. Z., Ignácio, A. S., Moysés, S. J. (2014). Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*, 28(n.spe.):307-18.

Severo, S. B., Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.1):1685-98.

Silva, D. C., Alvim, N. A. T., Figueiredo, P. A. (2008). Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 12(2):291-98.

Starfield, B. (2004). *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. São Paulo: AC Farmacêutica.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Andreisi Carbone Anversa – 50%

Aline Sarturi Ponte – 20%

Mithielle de Araujo Machado – 20%

Elenir Fedosse – 10%